

**PERSPECTIVAS DE INTEGRALIDADE EM PRÁTICA DE SAÚDE NA DÉCADA DE SETENTA: O SISTEMA DE SAÚDE COMUNITÁRIA NA VILA SÃO JOSÉ DO MURIALDO**

Helena Scarparo<sup>1</sup>

**Resumo**

O texto relata uma pesquisa sobre a emergência da noção de integralidade durante implantação de um Sistema de Saúde Comunitária, em Porto Alegre, nos anos setenta. A coleta e análise dos dados apoiaram-se na perspectiva da história oral e revelaram que noções de integralidade estão presentes, nos seguintes temas: pressupostos do projeto, comunidade como lócus de intervenção, participação e prática do cuidado.

**Palavras-chave:** Integralidade. Saúde comunitária. Participação. Cuidado.

**PERSPECTIVES OF INTEGRALITY IN HEALTH CARE PRACTICE IN THE SEVENTIES: THE SYSTEM OF COMMUNITY HEALTH IN VILA SÃO JOSÉ DO MURIALDO**

**Abstract**

This paper reports a research on the emergence of the notion of integrality during the implementation of a Community Health System in Porto Alegre in the 1970s. The data gathering and the analysis were based on the information collected from the oral history which revealed that notions of integrality were included in the following topics: assumptions of the project and the local community as a *locus* for experimentation, participation and the practice of health care.

**Key words:** Integrality. Community health. Participation. Health care.

---

<sup>1</sup> Psicóloga, doutora em Psicologia (PUCRS) e docente da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. E-mail: [scarparo@pucrs.br](mailto:scarparo@pucrs.br).

## Introdução

Ao pesquisar aspectos históricos da Psicologia Comunitária no Rio Grande do Sul (SCARPARO, 2002) constatei a relevância da área da saúde nas práticas psicológicas desenvolvidas em comunidades.

Foi no campo da saúde coletiva e no cotidiano das comunidades de classes populares que a psicologia, a partir da década de setenta, efetivou práticas interdisciplinares não convencionais que se consubstanciavam em tentativas pioneiras de se desvencilhar da centralidade dos sintomas e das dimensões elitista e individualista, predominantes nos fazeres na esfera da saúde.

O Brasil, assim como outros países da América Latina, vivia as mazelas da repressão política. Nesse tempo, não era permitido o acesso às idéias de autores que pudessem incitar o desejo de liberdade ou a lembrança da vida cidadã.

No espaço da “oficialidade”, as práticas eram inspiradas, na sua maioria, pela Psiquiatria Comunitária oriunda da Inglaterra, com propostas de saúde mental comunitária. Muitas dessas foram caracterizadas, mais tarde, como “preventivistas” (AROUCA, 1975; CAPLAN, 1980; LANCETTI, 1989). Informalmente articulavam-se espaços de militância e abertura para outras idéias que não aquelas permitidas/impostas pelo regime ditatorial. As leituras e discussões e cunho crítico eram motivo de ávidos estudos às ocultas e de encontros clandestinos nos quais se discutia Paulo Freire, Alfredo Moffat, Guattari, Laing e Cooper, entre outros (SCARPARO, 2005). Esses autores traziam aos seus leitores a esperança de usufruir relações igualitárias e apontavam para a necessidade de inventar e instituir espaços de cidadania.

Germinava nessas práticas, a semente da reforma sanitária e das discussões efetivadas, mais tarde, em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central era “Democracia e Saúde”, marcando o processo de redemocratização que se vivia no Brasil. As deliberações desse evento ampliaram a noção de saúde e lançaram as bases para formular a proposta do Sistema Único de Saúde – o SUS (BRASIL, 1986).

O Sistema Único de Saúde vinculou a garantia de saúde aos direitos humanos, apoiando-se nos conceitos de integralidade, equidade e universalidade que o consolidaram. Sua intencionalidade mais evidente era a de um sistema de saúde inclusivo, no qual a participação popular e o controle social foram considerados instrumentos essenciais de

efetivação da proposta. Assim, a saúde passou a ser entendida como uma conquista cotidiana da população e se refere às condições de moradia, alimentação, educação, transporte, trabalho, renda e acesso aos serviços entre outras. (BRASIL, 2003).

Dentre os marcos alicerçadores das políticas nacionais de saúde, o entendimento de integralidade foi o que, ao longo do tempo, mais ampliou suas significações, passando a implicar - além da compreensão da complexidade do sujeito - a qualidade da atenção e do cuidado oferecido a ele. Trata-se da complexidade da relação na elaboração, gestão e avaliação das relações de sujeitos ativos na esfera da saúde – produto da vivência de articular e implementar estratégias de deslocamento da perspectiva de adoecimento e sintomas para a dimensão do processo histórico e das condições de vida.

O presente texto aponta manifestações da perspectiva da integralidade nas narrativas de profissionais da área da saúde que participaram ativamente da construção da Psicologia Comunitária no Rio Grande do Sul, notadamente na efetivação de um sistema de saúde comunitária na Vila São José do Murialdo, na década de setenta, em Porto Alegre. Para tanto, apresento algumas reflexões preliminares sobre integralidade seguidas de um breve relato sobre o referido Sistema de Saúde Comunitária, logo após descrevo os procedimentos adotados para coleta e análise dos dados, o resultado dessa análise e, finalmente, teço o algumas considerações acerca desses resultados.

### **Integralidade: construção e complexidade**

A idéia de integralidade tem gerado diferentes sentidos e possibilidades de interpretação. Como decorrência, estratégias e práticas diversas caracterizam as experiências apoiadas nesse pressuposto.

Tanto o planejamento quanto a execução das ações de integralidade supõem a flexibilização dos padrões convencionais de trabalho e produção de conhecimentos, na tentativa de transformá-los em interlocutores dos cenários nos quais se inscrevem. Trata-se de vivenciar e problematizar, pensar e duvidar da realidade dos fatos ou da absoluta veracidade de uma asserção. Assim, habitam o território da incerteza: o conhecimento produzido, os modos de organização dos serviços, as práticas efetivadas e, conseqüentemente, as relações do profissional com os valores e saberes que as estruturam. Do mesmo modo, problematizam-se os pressupostos das relações com equipe de trabalho e com a população.

Uma das decorrências dessa metamorfose é o estabelecimento de movimentos dialógicos nos quais vão se desenhando idéias sobre integralidade. Dentre eles destaco: a

intimidade necessária entre sujeito e conhecimento, a urgência em estabelecer interlocuções entre os diferentes saberes, a troca da perspectiva do adoecimento pela prática do cuidado e a necessidade de intensificação da escuta nos diferentes espaços formais e informais da convivência humana.

A necessidade de repensar a relação de intimidade entre o sujeito e o conhecimento por ele produzido relaciona-se às diferentes significações de conhecimento científico. Por exemplo, na esfera da psicologia, a cientificidade proposta por Wundt, em 1879, estabelecia a necessidade de separação entre o pesquisador e seu objeto de estudo, a exemplo das experiências da física e da biologia, à época. A problematização desse pressuposto tem levado à constatação de que as especificidades do sujeito interferem nos resultados dos estudos que realiza. Assim, as relações entre sujeitos e conhecimentos podem implicar a necessidade de assumir a integralidade como projeto e ter, como pano de fundo, a complexidade presente na diversidade das culturas e no diálogo com as especificidades humanas.

As fragmentações disciplinares, a cisão de tarefas e as fronteiras entre quem conhece e quem aprende se alteram e instituem um *conhecimento pertinente*, ou seja, aquele que *não mutila o seu objeto* (MORIN, 2000, p. 3). Não existe, portanto, a possibilidade de estabelecimento de definições apriorísticas, pelo contrário, o desafio consiste, exatamente em intensificar a produção de pensamentos e questionar conceitos dicotômicos e abstratos a partir da praxis.

A práxis denuncia a urgência em estabelecer interlocução entre diferentes saberes. Isso fica muito evidente quando se tem como metodologia de intervenção abordagens participantes, nas quais a produção do conhecimento supõe sujeitos e grupos produtores diretos de um saber científico e crítico que oriente uma ação coletiva, determinando claramente o uso e o destino político do saber produzido. Ademais, o imbricamento entre conhecimentos populares e produções acadêmicas - objetivo permanente nos trabalhos sociais comunitários - movimenta uma vasta rede de relações e propicia experiências que impelem, em última instância, o questionamento da separação entre a cultura da humanidade e a cultura científica.

No âmbito da saúde, a idéia de integralidade supõe transformações que desencadeiam proposição de relações que levem em conta a complexidade imposta pelas práticas com essa perspectiva. Nesse sentido, um sistema capaz de atendimento integral busca priorizar a criação de práticas que denotem a superação de dicotomias e fragmentações, contemplando as diversas dimensões do trabalho a ser efetivado. Assim, são abandonadas idéias baseadas nos binômios problema-solução, saúde-doença e terapeuta-paciente, por exemplo.

Fica evidente a necessidade de trocar a perspectiva do tratamento das doenças pela prática do cuidado. Como decorrência, os cuidadores articulam estratégias de trabalho que considerem o acaso e o resultado do processo de reflexão crítica sobre a própria prática. Nesse processo se produzem e se explicitam diferenças fazendo surgir coincidências e incompatibilidades entre as estratégias já instituídas e as críticas oriundas da experiência. Isso faz com que o sujeito problematize os vínculos, as aplicações e os efeitos dos conhecimentos produzidos revelando contradições e abrindo possibilidades. Tal prática impõe que se renuncie ao mito da generalização, pois é na especificidade de cada circunstância que se configura a relação entre o cuidador e as pessoas às quais se dedica.

### **O Centro Médico Social São José do Murialdo - prenúncio da lógica da integralidade?**

O Centro Médico Social São José do Murialdo tinha como predominantes as concepções de organização e prestação de serviços. Entretanto, idéias precursoras acerca da integralidade são evidentes nessa experiência nacionalmente conhecida de construção, na década de setenta, de um sistema de saúde comunitária junto a uma população residente em um bairro de classes populares de Porto Alegre, a Vila São José do Murialdo. Era denominado Centro Médico Social São José do Murialdo (BUSNELLO et al, 1975; BUSNELLO, 1976; SCARPARO, 2005).

Tratou-se de uma experiência que, a partir da proposição de um sistema comunitário de saúde, articulou espaços de organização popular, de ensino, de pesquisa e, como decorrência, de mudanças teóricas e práticas que atingiram resultados nem sempre esperados ou coniventes com as intencionalidades de seus idealizadores.

Enfrentar o desafio de implantar o referido projeto naquele período engendrou a necessidade de ressignificar concepções, de efetivar práticas participativas tendo em vista a organização e as necessidades da comunidade. Foi necessário também propor mudanças no que tange a mudanças nos padrões acadêmicos de formação profissional e, conseqüentemente, flexibilizar as fronteiras disciplinares e profissionais das equipes envolvidas. Foi a partir dessa proposta, por exemplo, que a Associação de Residência Médica homologou a oficialização da especialidade de “Médico Geral Comunitário” no Brasil. Essa tipologia profissional não estava regularizada até então. A Medicina era concebida e exercida de acordo com especialidades que se distanciavam de uma visão generalista. A formalização dessa tipologia e a instauração de uma residência médica foram etapas subseqüentes à

instalação da rede comunitária de saúde junto à população da Vila São José do Murialdo. A equipe envolvida nesta experiência também foi pioneira na efetivação de uma formação multiprofissional em serviço, freqüentada por psicólogos, enfermeiros, veterinários, assistentes sociais, filósofos e muitos outros profissionais que conheciam a importância e a relevância social de trabalhar nesse campo e, além disso, desejavam conhecê-lo e ter atuações competentes na área da saúde comunitária.

A diversidade que passou a habitar o universo de cada protagonista dessa experiência provocou estranhamentos e conferiu à vivência cotidiana ruptura e movimento (SCARPARO, 2005). Sendo assim, foi preciso tecer o trabalho, tendo em vista a urgência de dialogar e a necessidade de contatar e aprender com as diferenças – fatores essenciais para a prática da integralidade.

Em função disso, ao estudar as práticas de Psicologia Comunitária efetivadas no Rio Grande do Sul, deparei-me com idéias de integralidade povoando as narrativas das pessoas que participaram da construção do Centro Médico Social São José do Murialdo. Essas pessoas, residentes, estagiários, idealizadores e membros da equipe se dispuseram a partilhar suas memórias sobre as circunstâncias do trabalho que desenvolveram junto àquela comunidade, o que evidenciou que as perspectivas da integralidade já germinavam naquele território. Passo a descrever abaixo as circunstâncias do processo de investigação e alguns resultados e considerações referentes aos dados coletados.

### **Tecendo o processo de investigação**

Para conhecer detalhes dessa experiência analisei as narrativas de alguns de seus protagonistas, apoiada na perspectiva da história oral, um modo de pesquisar que possibilita esclarecer trajetórias, eventos ou processos de vida. Através da história oral se produz conhecimentos e se ressignifica o papel transformador da pesquisa histórica (FERREIRA e AMADO, 1996).

Além de apoiar-me nas perspectivas da história oral, utilizei como instrumento a entrevista-narrativa sugerida por Martin Bauer (2004). A prática de coleta e análise de narrativas proporciona aproximação de cenas que já não podem ser acessadas pela observação presente e que são instrumentos relevantes na recomposição dos acontecimentos protagonizadas através dos tempos no que se refere ao assunto de interesse para determinada pesquisa (SANTOS e PARRA FILHO, 1998; SCARPARO, 2000).

Para tanto, coletei relatos verbais de cinco profissionais que participaram da idealização e/ou implantação do referido Sistema de Saúde Comunitária. São eles as psicólogas Carmem Oliveira, Maria de Fátima Fischer e Sandra Fagundes além dos psiquiatras Ellis Busnello e Theobaldo Tomaz. A escolha dos participantes justificou-se nas informações contidas em documentos e publicações sobre a experiência e em indicações dos próprios entrevistados, durante os encontros para a coleta das suas narrativas.

O conjunto das análises desses conteúdos trouxe subsídios para a compreensão das relações entre as idéias sobre integralidade presentes nos princípios do Sistema Único de saúde (SUS) do Brasil e os conteúdos das narrativas examinadas.

Após a análise dos dados, enfocando a questão da integralidade, sobressaíram-se as seguintes temáticas: os pressupostos para a idealização do projeto, a comunidade como lugar da integralidade, a participação como possibilidade de escuta dos envolvidos na experiência e a troca da perspectiva do adoecimento pela prática do cuidado.

### **Pressupostos para a idealização e efetivação do projeto**

O “Projeto de um Sistema Comunitário de Saúde” foi elaborado no período de outubro de 1974 a abril de 1975. Busnello informou que a idéia inspiradora tinha origem nos conteúdos de Medicina Comunitária utilizados pela Escola de Saúde Pública da John Hopkins University, nas experiências cubana e francesa e nos conceitos divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que indicavam, na época, a necessidade de integração bio-psico-social nas práticas efetivadas. A saúde da comunidade como um todo era o objetivo do serviço e a avaliação do trabalho tinha como critério os índices de “melhoras e curas e não o número de doenças”.

Assim, para a elaboração do projeto a equipe considerou a transformação das concepções de saúde, de trabalho em equipe e de formação profissional. Era claro o objetivo de estabelecer proximidade com a população, tendo em vista suas especificidades. As práticas propostas incitavam redimensionar também as relações com o poder público no sentido de estabelecer canais de comunicação e reivindicação com os gestores das políticas públicas.

Ellis Busnello afirmou que a experiência vivida transformou também seu modo de pensar o sofrimento psíquico: disse que já não se limitava às demandas de sua formação de origem traduzidas na psicodinâmica, na psicologia e na etiologia dos transtornos mentais. Havia ampliado o espaço de compreensão dos fenômenos da saúde para o âmbito social. Assim, deveria haver integração entre o atendimento geral de saúde e o atendimento ao

sofrimento psíquico. Do mesmo modo, os níveis de prevenção primário, secundário e terciário careciam de integração ao contexto do atendimento.

A divisão das tarefas da equipe obedecia aos critérios da complexidade e a frequência e não da natureza dos atendimentos. Os profissionais que integravam a equipe eram denominados de “polivalentes”, ou seja, partia-se do pressuposto que deveriam estar habilitados para desenvolver qualquer atividade. Busnello citou, como exemplo, a aplicação de vacinas e a participação no processo de da implantação do saneamento básico na região. Usava-se a expressão “curinga do baralho” designando a expectativa para os integrantes da equipe e seu compromisso com a comunidade (BUSNELLO et al., 1975).

Theobaldo Tomaz recordou que a concepção de profissional polivalente levava à discussão da idéia de “democratização do serviço” ou seja socialização de saberes. Por exemplo, cabia à equipe delegar às pessoas da comunidade a tarefa de divulgar informações sobre saúde pública. Citou, como exemplo, membros da Igreja ou de terreiros de Umbanda.

Para Carmen Oliveira, Ellis Busnello foi o “grande intercessor”, pois marcou quem conheceu seu trabalho e seus projetos naquele período. Ressaltou que a experiência lá desenvolvida teve desdobramentos na criação de outras intervenções em comunidades. Essa percepção foi corroborada pela narrativa de Sandra Fagundes, para quem a articulação entre ensino, pesquisa e serviço foi fundamental. Lembrou que essa perspectiva, mais tarde, foi incluída na concepção de integralidade, para a organização de serviços de saúde comunitária.

Como denotam as narrativas acima os processos de idealização e implantação do sistema de saúde comunitária na Vila São José do Murialdo apóiam-se em idéias precursoras das práticas que buscam integralidade. As narrativas revelam o desejo de aproximação das especificidades da população atendida, de flexibilização das fronteiras disciplinares, de participação da população, da ampliação de conceitos e, especialmente da necessidade de refletir crítica e teoricamente sobre as práticas vividas no campo da saúde.

### **Comunidade como lugar da integralidade**

A comunidade aparece nas narrativas dos participantes deste estudo como palco e cenário das práticas no campo da saúde vividas na Vila São José do Murialdo durante o processo de intervenção aqui estudado. A intervenção inicial pode ser considerada a mudança do *locus* de trabalho do psiquiatra Ellis Busnello de um manicômio para uma comunidade, o que fez com que se constituísse uma equipe com a tarefa de instituir espaços



alternativos de trabalho e de produção de saberes. Como se pode constatar adiante, o desejo de estabelecer práticas de integralidade estava presente, apesar de não ter sido assim nomeado.

A equipe tinha como objetivo principal o planejamento, gestão e avaliação de atividades que favorecessem a conquista da saúde pela população (BUSNELLO et al., 1975; NEWELL, 1975). Uma das experiências mais marcantes do processo de implantação do referido “Sistema de Saúde” foi descrita por Busnello como “inusitada iniciativa”. O fato se deu quando a equipe e a comunidade reivindicaram, junto à prefeitura de Porto Alegre, o saneamento para a região. O grupo conseguiu uma audiência com o prefeito da capital e solicitou o abastecimento de água até o alto do Morro da Cruz. O saneamento foi realizado e, a partir de então, segundo Busnello, acabaram-se os casos de diarreia. Para ele, tratou-se de “uma solução mais simples do que administrar antibióticos quando a população apresentasse diarreia”. Evidenciou-se um conceito diferenciado de saúde e, conseqüentemente, de trabalho nessa área. Nesse, a equipe e os moradores do lugar trabalhavam para levantar, analisar e atender as necessidades da comunidade.

Na busca de atendimento a tais necessidades, o projeto elaborado apoiou-se na perspectiva da atenção primária. Assim, o território foi delimitado tendo em vista cinco áreas geográficas. Cada uma delas ficaria sob a responsabilidade de uma equipe mínima em contato direto e cotidiano com a população. Essa equipe contava com um ou dois médicos generalistas, cerca de quatro auxiliares de saúde, voluntários e estagiários. Os voluntários eram moradores da comunidade (BUSNELLO et al., 1975; BUSNELLO, 1976).

Para que o trabalho surtisse os efeitos esperados era preciso promover a integração das equipes mínimas com seu entorno. Assim, cada grupo efetivava o levantamento dos recursos da área e das prioridades para a saúde, além de promover a participação da população em reuniões e assembléias comunitárias, fazer visitas domiciliares e articular espaços para que os moradores da comunidade se envolvessem no trabalho como voluntários. Maria de Fátima Fischer lembrou do mapeamento, que foi realizado com a comunidade. Através dele, passaram a conhecer melhor o lugar e construíam um entendimento global da área a partir das informações disponibilizadas pela população. O fato de considerar as peculiaridades da comunidade possibilitou que as intervenções se estruturassem atentando, em primeiro plano, aos modos de vida do lugar.

Carmem Oliveira ponderou que no decorrer da experiência emergia a intencionalidade de apropriação da “direção do processo” da comunidade, ou seja, percebia a necessidade de direcionar a comunidade para um lugar desejado pela equipe, “em nome da emancipação das classes populares”. Argumentou que se tratava de um processo de educação bancária, na

perspectiva de Paulo Freire. Já Maria de Fátima Fischer afirmou que pensar, planejar e realizar as intervenções a partir da participação da população foi uma “ferramenta metodológica” muito importante. Para ela, a comunidade contribuía com o processo e não se submetia às normas preconcebidas. Permanentemente, havia necessidade de rever questões teóricas e metodológicas, num processo de “inteligência socializada” (OLIVEIRA-FORMOZINHO e AZEVEDO, p. 127) que favorecia a construção de vínculos da equipe com a comunidade. Desse modo, conforme Maria de Fátima, não se concebia um planejamento que pudesse ser considerado “definitivamente pronto”, pois no cotidiano de trabalho se deparavam com empecilhos que não permitiam que as atividades seguissem de acordo com os planos iniciais. Como decorrência, as estratégias de ação eram freqüentemente mudadas.

A escolha de uma comunidade para a implantação desse projeto favoreceu sua aproximação de algumas perspectivas da integralidade que, mais tarde, vieram a compor os princípios do Sistema Único de Saúde no Brasil.

No espaço da comunidade se estabeleceram relações cotidianas que traduziram a complexidade e o dinamismo dos fenômenos humanos. É na comunidade e no cotidiano que nos convencemos da impossibilidade de exercer práticas emancipatórias calcadas nos processos de fragmentação dos sujeitos e da vida tão comuns na contemporaneidade. Desse modo, a comunidade é espaço privilegiado no qual se pode exercer a militância por relações humanizantes nas quais o encontro de pensamentos igualmente potentes pode criar possibilidades de troca da dicotomia doença-cura pela construção de relações nas quais as concepções adotadas levem à invenção de diferentes práticas de cuidado.

### **A troca da perspectiva do adoecimento pela prática do cuidado**

Na medida em que o projeto ia sendo implantado, sua execução exigiu bem mais do que a atenção aos índices epidemiológicos da população atendida. As narrativas e textos relativos ao projeto em foco denotaram a existência de intencionalidades contrárias à ênfase nos medicamentos e técnicas que priorizassem a cura das doenças em detrimento da preponderância de atividades visando os cuidados com a manutenção da saúde. Para tanto, havia preocupação com a execução permanente de atividades de treinamento em serviço, além da realização de estudos e pesquisas para determinar prioridades da comunidade e formas de organização do trabalho (BUSNELLO; ZIMERMAN; NETO, 1973; BUSNELLO, 1976).

No que tange às formas de organização do trabalho, os objetivos propostos para as equipes mínimas de saúde, nas subáreas previamente determinadas, contemplavam a

habilitação para proporcionar os cuidados primários de saúde. Ou seja, cabia à equipe articular práticas que considerassem especificidades da comunidade e, conseqüentemente, contemplar a vida cotidiana da população. Essa ênfase direciona o foco da atenção para as circunstâncias geográficas, culturais, históricas e econômicas entre outras. Era preciso embrenhar-se no percurso, atribuir-lhe significados e construir-se como trabalhador de saúde visando compreender o processo da própria intervenção orientado para as metas contratadas com a equipe e com a população. Nesse sentido, Theobaldo Tomaz chamou a atenção para o fato de que enquanto o projeto era posto em prática, a equipe efetivava sua formação na área. Denominou essa experiência de “processo formador-formando extremamente dinâmico e desafiador”. Como afirmaram Busnello, Averbuck e Fischer em suas narrativas o “treinamento em serviço” e a avaliação permanente dos resultados era atribuição de toda a equipe.

A interação do usuário com o sistema proposto não obedecia, apenas, à procura espontânea. Estava presente a perspectiva de contato permanente com a população para possibilitar a atenção a circunstâncias que merecessem cuidados. Desse modo, a população era alvo de interesse genuíno e permanente, tendo em vista suas especificidades. Por exemplo, a identificação de problemas era associada aos modos de vida da comunidade e os encaminhamentos para serviços especializados só aconteciam depois de esgotadas as possibilidades de resolução na região de origem do usuário. De qualquer forma, se fosse necessário um encaminhamento havia a prática de controle e monitoramento dos itinerários do usuário para resolver seus problemas de saúde.

O cuidado dispensado não se restringia ao tratamento das questões tradicionalmente compreendidas pertencendo ao cotidiano de um profissional de saúde com atendimentos ambulatoriais e visitas domiciliares a pessoas acamadas. Havia também colaboração da equipe para o encaminhamento de problemas que dependiam de ações então consideradas externas ao Sistema de Saúde como, por exemplo, questões relativas à construção de moradias ou, até mesmo, junto ao movimento social dos sem-terra, na Fazenda Anoni, e ao processo de assentamento de moradores da Vila em outros espaços da cidade (SCARPARO, 2005). Nesses momentos foi constatada a insuficiência dos recursos teóricos disponíveis para dar conta dos questionamentos que emergiam das vivências naquela comunidade.

Maria de Fátima Fischer lembrou de momentos importantes do trabalho, nos quais não conseguiu encontrar respostas nos aportes teóricos aos quais tinha acesso. Salientou questões relativas às construções teóricas da psiquiatria e da psicologia, referentes às drogas quando compreendidas na esfera das comunidades e dos movimentos sociais. Narrou que na comunidade viviam traficantes muito conhecidos na cidade. Em decorrência, questões

relativas às drogas eram motivo de intervenções, pois a equipe estava intervindo no lugar e no tempo em que se davam os fenômenos. Houve, então, a tentativa de romper com a lógica moralista de combate ao usuário e problematizar a questão das drogas como fenômeno político e social. Discussões nesse sentido também atravessavam outros temas. Numa dessas discussões, foram pauta predominante as metodologias utilizadas para favorecer a adesão da população aos grupos propostos para estabelecer o cuidado à saúde da comunidade. Por exemplo, foi discutido como se procederia a “convocação interna” dos moradores da comunidade se o convite para participar das atividades se dava no sentido de se integrarem ao “grupo de desnutridos, de alcoolistas ou de dependentes químicos”. Essa narrativa denota tentativas de compreender como as práticas profissionais engendram lugares sociais que podem favorecer a discriminação e o preconceito. Nessa perspectiva, a prática do cuidado exige disponibilidade contínua de fazer-se competente para gerar possibilidades de escuta, integrar saberes, incorporar afetos e estabelecer redes de relações solidárias.

### **Participação: possibilidade de escuta dos envolvidos na experiência**

A possibilidade de escuta dos diferentes envolvidos no processo de articulação das práticas de saúde propicia a multiplicação de espaços nos quais são expressos diferentes posicionamentos e interesses.

Como vimos anteriormente, a implantação do projeto ocorreu em um momento de repressão política, no qual estratégias de participação não eram bem-vindas. Theobaldo Tomaz explica essa aparente contradição referindo que, em função da ideologia norte-americana, presente nas intervenções do Murialdo, os militares não interferiam no trabalho. Concomitantemente, concluiu que havia uma “acomodação natural” da esquerda ao nicho engendrado no campo da saúde pública. Para ele, não se tinha uma percepção clara do que estava acontecendo, pois é mais fácil entender os acontecimentos históricos quando nos distanciamos dos fatos. Nessa época, iniciava-se timidamente um “sopro de abertura”, que favorecia a lembrança da necessidade de efetivar práticas participativas. Ainda assim, disse ele, tratava-se de uma realidade “muito dura”.

Provavelmente em função das perspectivas apontadas no projeto, da vivência de sua implantação e das marcas deixadas pela experiência de viver em um país assolado pela ditadura, a idéia de que todos os setores da população devem participar das decisões que afetam sua saúde foi uma constante nas narrativas dos participantes deste estudo.

Ao lembrar da sua experiência, Maria de Fátima Fischer disse que participou de intervenções nas quais se efetivaram práticas participativas e se estabeleceram “pactos” com a população. As intervenções eram discutidas, elaboradas e decididas pelos grupos envolvidos, o que fortalecia o dinamismo e a integração daquele grupo social. Citou como exemplo, a participação de dois representantes da comunidade nas reuniões de equipe, para planejar e debater a viabilidade das ações de saúde comunitária que poderiam ser implementadas. Disse que, nesses momentos as pessoas envolvidas no trabalho dialogavam com suas próprias vidas e as relacionavam às discussões efetivadas junto à equipe. Podemos considerar que através dessa escuta havia o envolvimento com os demais integrantes da equipe que confrontavam as verbalizações dos moradores com as suas perspectivas articulando outras possibilidades e alternativas de efetivarem suas práticas.

Maria de Fátima referiu, ainda, que quando se dava conta de que o sofrimento das pessoas associava-se a fatores de ordem econômica e social, por exemplo, abria-se a possibilidade de criar ferramentas psicológicas que pudessem ser alternativas no acompanhamento desse processo. Ao mesmo tempo, como ponderou Carmem Oliveira, apesar do contato com toda a cultura das classes populares e da intencionalidade de participação, o modelo de intervenção favorecia teorias pequeno-burguesas. Por exemplo, o atendimento às pessoas era pautado pela idéia de família nuclear numa comunidade na qual a estrutura familiar tinha outro tipo de concepção. Desse modo, a escuta era impregnada das concepções de classe que caracterizavam os integrantes da equipe e que muitas vezes não eram alvo de reflexões críticas.

A estruturação da residência e do curso de especialização para profissionais da saúde, segundo Teobaldo Thomaz, foi pautada pela intenção de formar uma equipe democrática de profissionais generalistas. O projeto pedagógico não fazia distinção de atividades ou conteúdos para os participantes da especialização e da residência. A farmacologia e a responsabilidade formal pelo receituário era a única diferença entre a Medicina e as outras áreas.

Da mesma forma que os profissionais, os estudantes da graduação que estagiavam no local planejavam, discutiam e avaliavam as atividades. Maria de Fátima Fischer considerou que a supervisão permanente vivenciada na experiência do Murialdo foi um exemplo do que seja “a arte de fazer trabalhos comunitários”, nos quais o inusitado está sempre presente. Ressaltou que a convivência com profissionais da Filosofia, da Antropologia e da Sociologia era extremamente mobilizante. Nas suas palavras, essa experiência “virava a gente do avesso”.

No que se refere à escuta e participação dos integrantes da equipe, fenômenos inter e transdisciplinares aconteciam quando se explicitavam as divergências entre os participantes. Observou processos nos quais emergiam atitudes de respeito e valorização do conhecimento do outro, no sentido de se articular estratégias de intervenção, que transitavam entre os membros da equipe e que já não podiam ser caracterizadas como pertencendo a alguma área do conhecimento. Na época, denominavam de equipe multiprofissional. Somente mais tarde concluiu-se que se tratava de um recorte interdisciplinar e, algumas vezes, transdisciplinar.

Theobaldo Thomaz avaliou que essa experiência dispersou idéias de igualdade entre as profissões da saúde. A equipe trabalhava “genericamente”. Alguns profissionais enfatizavam a saúde mental, outros à saúde geral, mas todos eram considerados agentes de saúde. As relações democráticas estendiam-se aos “agentes espontâneos de saúde da comunidade”. Em decorrência, eram realizadas muitas reuniões, com o objetivo de fomentar a “ideologia comunitária” e preservar, através da escuta, as relações igualitárias.

O exame desta experiência aponta para práticas no campo da saúde que favoreceram a produção das diferenças através da problematização e da flexibilização de fronteiras disciplinares e de classe principalmente. Essa trajetória foi caracterizada pela busca em estabelecer estratégias coletivas que implicassem na prática de articular cotidiano ao alheio, as contradições às ambigüidades e o desejo à produção de saberes.

### **Algumas considerações**

As noções de integralidade, tão presentes nas discussões sobre saúde coletiva na contemporaneidade fazem parte de um processo histórico de engendramento de práticas em saúde nas quais se imbricaram constatações, convicções, ambigüidades e contradições. A experiência do Centro Médico Social São José do Murialdo é uma delas. Acontecimentos diversos, ideologias contrapostas, conhecimentos científicos e populares dialogaram e produziram seus efeitos nas diferentes esferas do pensar-agir.

A integralidade não pode ser encarada como um conceito, mas sim como um desafio que impele a produção e a explicitação das diferenças num espaço no qual não há lugar para as dicotomias. No campo da saúde produzir dicotomias é uma prática corrente. Dissociações entre sujeito e contexto, indivíduo e sociedade, cura e prevenção, terapeuta e paciente promovem relações verticais e alienadas. Em tais relações a consecução de espaços de dominação e a confirmação das desigualdades sociais ocorrem nas práticas cotidianas. Também no cotidiano se engendram práticas democráticas e participativas na medida em que se explicitam antagonismos e se produzem diferenças nas relações.

. Os antagonismos perceptíveis no processo de explicitação e produção de diferenças consubstanciam-se num movimento dialógico e, como tal, marcado por dificuldades e incertezas. Essas impõem auto-reflexão e integração com as incontáveis e imprevisíveis possibilidades. Como escreveu Edgar Morin (2006), as ações não se restringem às intenções que as originaram. Via de regra, seus desdobramentos têm efeitos inusitados que abrem os caminhos da incerteza, onde não há lugar para a predição.

Conseqüentemente, o sujeito que se dispõe a militar no campo da saúde tende a se reconhecer como sujeito epistemológico, protagonista da livre expressão e encorajador da promoção de pensamento crítico, mesmo quando o contexto se mostra adverso. No caso em estudo, em meio a um cenário de repressão política patrocinada pelo Golpe Militar de 1964, foram estabelecidas estratégias simultâneas de acomodação e de resistência às práticas repressoras. Assim, os indícios de integralidade associadas ao conhecimento e às ações efetivadas no Centro Médico Social São José do Murialdo foram forjados pela necessidade de problematizar o uso dos saberes e das práticas de saúde e os efeitos desses usos em cada contexto.

### Referências

- AROUCA, S. *O Dilema Preventivista: Contribuição Para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva*. 1975. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1975.
- BAUER, M; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático*. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 05 mai. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. *O CNS e a construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde*. Brasília, DF: Editora MS, 2003.
- BUSNELLO, E. *A Integração da Saúde Mental num Sistema de Saúde Comunitária*. 1976. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1976.
- BUSNELLO, E. et al. *Projeto de um Sistema Comunitário de Saúde*. Centro Médico Social São José do Murialdo da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1975.
- BUSNELLO, E.; ZIMERMAN, D., NETO, F. A Equipe do Serviço Psiquiátrico de Comunidade. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 131-136, 1973.

CAPLAN, G. *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

FERREIRA, M.; AMADO, J. (Orgs.). *Usos & abusos da história oral*. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

LANCETTI, A. Prevenção, Preservação ou Progresso em Saúde Mental. *Saudeloucura*, São Paulo, n. 1, p. 75-89, 1989.

MORIN, E. *Os Sete Saberes necessários à Educação do Futuro*. São Paulo: Ed. Cortez, 2000.

OLIVEIRA-FORMOZINHO, J.; AZEVEDO, A. O projeto dos claustros: no Colégio D. Pedro V. In: \_\_\_\_\_; KISHIMOTO, T. (Orgs.) *Formação em contexto: uma estratégia de integração*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

SANTOS, J.; PARRA F<sup>o</sup>, D. *Metodologia Científica*. São Paulo: Futura, 1998.

SCARPARO, H. Pesquisa Histórica em Psicologia. In: \_\_\_\_\_. (Org.) *Psicologia e Pesquisa – Perspectivas Metodológicas*. Porto Alegre: Sulina, 2000.

SCARPARO, H. *Psicologia Comunitária no Rio Grande do Sul – Registros da construção de um saber-agir*. EDIPUCRS: Porto Alegre, 2005.

**Recebido para publicação: 30/05/2006**

**Aceito para publicação: 30/11/2006**