

# Direito à saúde e integralidade:

## uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação

Keila Brito-Silva<sup>1</sup>  
 Adriana Falangola Benjamin Bezerra<sup>2</sup>  
 Oswaldo Yoshimi Tanaka<sup>3</sup>

### Introdução

O presente artigo faz uma discussão acerca do direito à saúde e da integralidade e os entraves para sua garantia, bem como as possibilidades para superação dos desafios. Não existe, entretanto, a pretensão de esgotar todas as possibilidades que envolvem os tópicos abordados, mas desenvolver uma discussão acerca de aspectos fundamentais para efetivação do SUS.

O direito à saúde passa a ser assegurado constitucionalmente no Brasil em 1988, contemplando, além da universalidade do acesso, a equidade e a integralidade. Apesar de declarada como um direito constitucional, a população brasileira enfrenta desafios diversos para ter a saúde assegurada pelo Estado na amplitude do seu conteúdo.

O princípio da integralidade representa o reconhecimento da complexidade e das necessidades de cada indivíduo, demonstrando que o direito à saúde no Brasil não está restrito a uma “cesta-básica” de serviços, mas deve contemplar o essencial para um cuidado à saúde com dignidade.

Ao se consultar a literatura científica sobre este princípio, observa-se que a sua concepção é polissêmica, não havendo consenso entre os estudiosos. Encontram-se desde definições relacionadas à viabilização do acesso aos diferentes níveis de atenção, até a articulação dos diferentes serviços de saúde pautada no acolhimento e vínculo entre usuários e equipes.

Para qualquer dos sentidos atribuídos à integralidade, muitos são os fatores que interferem na sua efetivação. Apesar das dificuldades enfrentadas, diferentes estratégias têm sido utilizadas na perspectiva de se alcançar o direito à saúde em sua plenitude, superando os obstáculos que interferem nesta efetivação.

### Saúde, direito e cidadania

Em 1988, a correlação de forças políticas e sociais resultou em uma conjugação favorável para que a saúde e outros direitos sociais adquirissem o estatuto constitucional no país (L'Abbate, 2010).

<sup>1,3</sup> Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, São Paulo, SP Brasil. britokeila@hotmail.com

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pernambuco.

A constituição corresponde a um conjunto de normas que organiza os elementos constitutivos do Estado, objetivando declarar e garantir os direitos fundamentais (Slaibi, 2010). Além da importância da Constituição como lei fundamental de todo o ordenamento jurídico, Ximenes (2007) ressalta seu papel essencial na consolidação do Estado Democrático de Direito (EDD).

A República Federativa do Brasil, enquanto EDD, fundamenta-se em aspectos como: cidadania, dignidade e soberania popular. A saúde passa, então, a ser declarada como um direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la a todos os cidadãos (Brasil, 1988).

Historicamente, a responsabilidade do Estado pela vida de seus cidadãos é resultado do reconhecimento de problemas sociais e de saúde no âmbito da produção e reprodução da força de trabalho durante a Revolução Industrial (Ibanhes, 2010). O quadro de injustiça social resulta em manifestações de ordem política que influenciaram no olhar e no comportamento diante de direitos sociais (Dallari, Fortes, 1997).

O Estado de Direito passa do modelo tradicional de Estado Liberal de Direito para o EDD, resultando em um aprofundamento dos direitos humanos e fundamentais, que ganham novos valores, e a atuação do Estado é reivindicada (Luiz, Kayano, 2010). O direito à saúde, antes entendido como obrigação moral, passa a ser transformado em obrigação legal (Dallari, Fortes, 1997).

Anterior a Constituição de 1988, o acesso aos serviços de saúde no Brasil estava restrito ao trabalhador formal e àqueles que pudessem pagar pela assistência. Aos demais restava a saúde pública, cuja atuação restringia-se a ações preventivas segmentadas (Scorel, Nascimento, Edler, 2005).

A insatisfação com o descaso acumulado do Estado, frente às precárias condições de vida e saúde da população, resulta no movimento da reforma sanitária na década de 1970, criado em um contexto de resistência social e política ao regime autoritário (Scorel, Nascimento, Edler, 2005).

Após o fim da ditadura militar, em 1985, o esforço de construção da democracia ganhou ímpeto, levando à denominação da constituição de 1988 de Constituição Cidadã (Carvalho, 2005). Esta tinha a pretensão de alargar o conceito de cidadania, qualificando o povo brasileiro como cidadão e, assim, possibilitar sua participação no processo político de decisão. Entretanto, diante de tantas reformas e emendas propostas que visam reduzir garantias que possibilitariam uma maior participação do povo, fica difícil perceber este almejado incremento da cidadania no país (Costa, 2003).

O exercício limitado da cidadania é também influenciado pela percepção restrita da população acerca de seus direitos instituídos. É estabelecida uma relação ambígua entre os cidadãos e o governo: direitos são vistos como um favor em troca do qual se deve gratidão e lealdade, resultando em uma cidadania passiva e receptora, e não ativa e reivindicadora (Carvalho, 2005).

Com a ampliação do conceito de saúde, “a nova arena exige que se criem formas que materializem social e politicamente uma ação cuidadora integral, como direito de cidadania” (Puccini, Cecílio, 2004, p.1350).

Indiscutivelmente, a promulgação da carta constitucional foi uma grande conquista para os brasileiros, entretanto, não assegura a efetividade dos direitos e deveres constituídos (L'Abbate, 2010).

Segundo Houaiss, Villar e Franco (2001), o direito corresponde aquilo que é facultado a um indivíduo ou a um grupo de indivíduos por força de leis ou dos costumes; autorização legal para determinadas ações ou atividades. Dallari e Fortes (1997, p.188) definem o direito como “um sistema de normas que regulam o comportamento dos homens em sociedade”, pautado no princípio de justiça, em que as normas jurídicas visam limitar as condutas nocivas para a vida em sociedade.

Neste sentido, a saúde como direito contempla tanto aspectos individuais, privilegiando a liberdade, quanto sociais, privilegiando a coletividade. Portanto, as determinações jurídicas a respeito de fechamento de estabelecimentos que ofereçam risco ao consumidor, criação de ambientes livres do fumo, fiscalização da ingestão de álcool ao volante, são limitações ao direito individual em favor do coletivo.

De acordo com Bobbio (1992), a concorrência entre os direitos é um dos entraves na sua garantia; o reconhecimento do direito de alguns é o conseqüente suprimento do direito de outros.

Para o autor, o direito à saúde, classificado entre os direitos sociais, faz parte do conjunto de direitos mais difíceis de serem protegidos, se comparado aos direitos civis e políticos. O reconhecimento da saúde como um direito universal e integral esbarra no estágio de desenvolvimento insuficiente do Estado para sua garantia.

“A cultura organizacional, os diversos interesses financeiros e comerciais incompatíveis com o interesse público, e uma prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade”, foram heranças recebidas pelo SUS que interferem no funcionamento adequado do atual sistema, resultando em um direito compartimentado (Campos, 2003, p.571).

Nogueira e Pires (2004) consideram fundamental o debate acerca do alcance e conteúdo do direito à saúde:

Os interesses presentes e a capacidade organizativa dos diferentes grupos que compõem o setor darão o tom do debate e, [...], viabilizarão a inclusão e efetivação do direito à saúde com um perfil onde a democracia e a universalidade encontrarão abrigo amplo ou serão extremamente reduzidas. (Nogueira, Pires, 2004, p.758)

Carvalho (1999) define a existência de duas correntes polares no campo da saúde: uma adota o princípio da equidade e a outra é pautada na lógica do mercado, propondo a focalização de ações concentradas em grupos mais vulneráveis e a oferta de *cesta básica* de ações e serviços.

Mendes e Marques (2009) apresentam a trajetória do financiamento da saúde no período pós-constitucional, demonstrando que os problemas enfrentados pelo setor no campo do financiamento, notadamente a insuficiência de recursos, inviabilizam a realização de uma política mais efetiva.

Segundo os autores, foi a partir dos anos 1990 que se intensificaram os conflitos por recursos financeiros para a implementação de uma política de saúde universal. Um aspecto que caracteriza este conflito é a existência de dois movimentos contraditórios no caminho do financiamento da saúde: a “construção da universalidade” e a “contenção de gastos”.

Na lógica da “contenção de gastos”, os direitos introduzidos pela Constituição estão entre os principais motivos para os desequilíbrios nas contas do governo. Defensores deste movimento propõem a redução do gasto em saúde e questionam a extensão da cobertura dos serviços (Mendes, Marques, 2009). A população se depara com uma conquista fracionada do direito à saúde, o risco da universalidade isenta de integralidade.

Puccini e Cecílio (2004, p.1350) criticam as concepções restritivas que propõem o provimento mínimo do direito à saúde: “a ética do direito à saúde abrangente e radical é, no seu âmago, antagônica à lógica social de funcionamento do sistema capitalista”.

Para Mattos (2001), apesar dos avanços conquistados com o SUS, o estrangulamento de recursos públicos e a difusão de determinadas ideias tornam o sistema vulnerável ao risco de distanciar-se de sua concepção original.

A participação dos indivíduos no processo de reivindicação dos direitos é fundamental para a concretização do SUS, entretanto, a desigualdade social e econômica existente diferencia as formas de organização para a conquista de direitos. É o que ocorre, por exemplo, no sistema segmentado de saúde dos Estados Unidos, onde o setor público está organizado em dois sistemas: **Medicaid**, exclusivo para os mais pobres, e **Medicare**, destinado para idosos de diferentes estratos sociais (Mendes, 2001).

As diferenças qualitativas entre eles são bastante significativas. O primeiro apresenta pior qualidade em relação ao segundo, visto que este é mais suscetível a pressões de grupos sociais mais organizados, especialmente segmentos de classe média. Esta abrangência favorece o fortalecimento das reivindicações por melhoria na qualidade dos serviços (Mendes, 2001).

Dallari (1988, p.60) destaca a importância dos profissionais de saúde no “debate sobre as formas possíveis de organização social e estatal que possibilitem a garantia do direito à saúde”. Entretanto, para que se tenham profissionais atuantes neste campo, faz-se necessário repensar a sua formação e dinâmica de trabalho imposta pelo sistema capitalista.

As universidades, ainda pautadas em currículos de base flexneriana, dificultam a formação de profissionais capazes de compreender o seu papel político na sociedade. Associada a este aspecto, a dinâmica de trabalho pautada na lógica de mercado contribui significativamente para uma atuação profissional cada vez mais biologicista e fragmentada.

Para Gonçalves (2008), a incorporação da sociedade civil no centro do processo de construção social é essencial para que a saúde seja transformada, tal qual foi idealizada na concepção do SUS.

Especificamente na dimensão da organização dos serviços e das práticas, Puccini e Cecílio (2004, p.1350) afirmam que os princípios do SUS, especialmente a integralidade, são qualificadores do direito social; “é sobre a integralidade do cuidado que se trava a disputa entre o mínimo e o básico”.

## A integralidade e seus sentidos

Na primeira metade do século XX, com a expansão das políticas sociais e dos sistemas de saúde, surge a diretriz política da integralidade. O exemplo mais expressivo desse ideal regulatório, nas políticas de saúde no âmbito das democracias ocidentais, é a criação do *National Health Service* (NHS), no Reino Unido. Em 1946, o NHS estabeleceu o princípio da responsabilidade coletiva por serviços completos e gratuitos para toda a população (Conill, 2004).

No Brasil, a integralidade passa a fazer parte das propostas de reforma no início da década de 1980, com a criação de programas abrangentes para grupos específicos, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Conill, 2004).

Apesar de ser um termo utilizado no campo da saúde desde a primeira metade do século passado, não existe um consenso quanto a sua definição.

Segundo Pinho et al. (2007), a integralidade compreende aspectos que envolvem desde a regulação das políticas públicas do setor ao olhar para o sujeito-usuário dentro de uma lógica de atendimento que considere o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano. Além destes aspectos, é possível identificar sentidos relacionados à integração da equipe multiprofissional e à oferta e articulação dos serviços em níveis crescentes de complexidade tecnológica (Silva Júnior et al., 2006).

A Constituição Federal de 1988 apresenta a integralidade pensada na lógica do acesso e articulação de todas as ações e níveis de atenção à saúde (Brasil, 1988).

Internacionalmente, este princípio parece estar relacionado, sobretudo, à oferta, organização e articulação dos serviços de saúde, numa perspectiva de uma integralidade do cuidado (Tanaka, Oliveira, 2007; Conill, 2004; Lorenzo, Keenoy, Gaspar, 2002; Leatt, Pink, Guerriere, 2000).

Mattos (2001) define a integralidade a partir de três conjuntos de sentidos: relacionado às práticas dos profissionais de saúde; à organização dos serviços e das práticas de saúde; e à abrangência das políticas de saúde.

O primeiro sentido está relacionado ao movimento da medicina integral que criticava os currículos de base flexneriana formadores de médicos com atitudes fragmentárias e reducionistas, centrado na doença, tendo como campo privilegiado de atuação o hospital, desconsiderando o social, o coletivo, o público e a comunidade (Flexner, 1910).

O movimento da medicina integral tinha como proposta realizar reformas curriculares nos cursos médicos. A integralidade estaria relacionada à postura desejável dos profissionais de saúde: olhar atento sobre as necessidades do sujeito-usuário que ultrapassam o sofrimento por ora apresentado.

O segundo sentido discute a tentativa de superar a dissociação entre as práticas de saúde pública e assistencial consolidada no país nos anos 1970. Os serviços devem estar organizados para atender de forma abrangente as necessidades da população de sua responsabilidade. Nesta concepção, a integralidade não seria apenas uma atitude, mas um modo de organizar o processo de trabalho.

Por fim, o terceiro sentido corresponde às respostas governamentais dadas a problemas específicos de saúde. Neste contexto, a integralidade está relacionada às configurações de políticas específicas e/ou especiais. Defende-se a ampliação do olhar sobre os sujeitos a serem tratados e do elenco de ações contempladas nestas políticas, tanto preventivas quanto assistenciais.

Mattos (2001, p.61) conclui afirmando que, para qualquer dos sentidos por ele apresentado, “a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo”.

Hartz e Contandriopoulos (2004, p.S331) relacionam a integralidade com a integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo que nenhum ator/organização dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde.

Cecílio (2001) define a integralidade da atenção em duas dimensões: focalizada e ampliada. A primeira seria o compromisso e a preocupação da equipe de saúde de um determinado serviço – por isso focalizada – em realizar a melhor **escuta** possível das **necessidades de saúde** trazidas por aqueles que buscam atendimento. Estas englobam: boas condições de vida; capacidade de acesso e consumo de toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; vínculos (a)efetivos entre usuário e equipe/profissional que estabeleçam relação de confiança.

Considerando a abrangência desta concepção, a integralidade não pode ser plena no espaço singular dos serviços, por mais competente e comprometida que seja a equipe. Neste sentido, Cecílio (2001) aponta para a segunda dimensão: a integralidade pensada em rede, por isso ampliada. Esta corresponde à articulação entre os serviços de saúde e outras instituições, visto que as várias tecnologias estão distribuídas em diferentes serviços e a melhoria das condições de vida depende de uma atuação intersetorial.

A intersetorialidade corresponde à articulação de saberes e experiências no enfrentamento de situações complexas. A atuação simultânea de vários setores permite a compreensão abrangente dos problemas e o esforço coletivo pela sua resolução (Junqueira, Inojosa, 1997). Superar a fragmentação de saberes pela especialização excessiva e desenvolver ações intersetoriais pode ser um caminho na busca de soluções para a integralidade das ações em saúde (Pauli, 2007).

A abrangência e amplitude de concepções atribuídas à integralidade caracterizam a sua relevância na operacionalização do SUS. Observa-se, no entanto, que a sua efetivação, em qualquer dos sentidos atribuídos, constitui um verdadeiro desafio para o Sistema.

Dentre os diversos fatores que interferem na efetivação deste princípio, podem-se citar: as heranças recebidas pelo SUS, fruto do modelo hegemônico de atenção à saúde de enfoque curativista; a formação dos profissionais com currículos de base flexneriana; a conseqüente prática fragmentada dos profissionais, e os interesses de mercado contraditórios ao SUS (Oliveira, Casanova, 2009; Magalhães Júnior, Oliveira, 2006; Campos, 2003).

## Desafios e caminhos para efetivação da integralidade

Em entrevista sobre os vinte anos do SUS, Jairnilson Paim aponta a integralidade como o princípio mais negligenciado no âmbito do SUS, estando mais recentemente entre as principais preocupações no meio acadêmico e nas instâncias do SUS (Vaitsman, 2009).

A partir do momento em que o acesso universal se tornou constitucional, muitas barreiras formais foram vencidas, entretanto barreiras informais ainda permanecem. As práticas dos serviços continuam com uma percepção segregada do usuário e negam as complexidades, particularidades e necessidades de cada indivíduo (Mattos, 2004).

Para exemplificar esta realidade, pode-se citar a expansão significativa da Atenção Básica (AB), por meio da Estratégia de Saúde da Família. Esta surge com o objetivo de reorientar o modelo de atenção, tendo, entre seus princípios fundamentais, a integralidade. Observa-se, entretanto, o comprometimento desta premissa na atuação das unidades básicas em virtude da reprodução de atendimentos especializados, típicos do modelo hospitalocêntrico, caracterizando a fragmentação do trabalho desenvolvido (Campos, 2003).

A prática fragmentada, que vem caracterizando o SUS, reflete a influência dos modelos de atenção, considerados insuficientes para responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde da população (Oliveira, Casanova, 2009; Campos, 2003).

Analisando a crise da medicina, Luz (2007) aponta para vários aspectos críticos: a relação médico-paciente, pautada na mercantilização e fragmentação do usuário; a grave competição intracategorias [especialidades médicas] e intercategorias [médicos e outros profissionais]; a fragilidade das instituições de ensino na formação de profissionais de saúde aptos a resolverem/equacionarem problemas de saúde-doença de uma parcela significativa da população.

Discutindo as dificuldades enfrentadas na construção da atenção integral à saúde, Magalhães Júnior e Oliveira (2006, p.55) também criticam

o padrão da formação dos profissionais médicos subordinada às exigências do mercado de trabalho de recorte liberal, que valoriza o especialista e tende a formá-lo hegemonicamente com uma visão estanque do usuário/paciente e desvinculada do funcionamento real do sistema.

Os autores apontam ainda a fragilidade do processo de referência e contrarreferência e a dificuldade de se estabelecerem vínculos entre médicos e usuários, fundamental na adesão ao tratamento. Outra dificuldade apresentada é a política de financiamento da atenção secundária pautada no pagamento individual de procedimentos, que leva a graves estrangulamentos na oferta de consultas especializadas e exames de média complexidade.

O resultado desse panorama para os usuários do SUS é enfrentar longos períodos de espera para acessar determinados serviços, o que impede o prosseguimento na condução do seu quadro clínico e descredibiliza todo o sistema de atenção. (Magalhães Júnior, Oliveira, 2006, p.55)

Tal realidade não é exclusividade do Brasil ou de outros países em desenvolvimento. Segundo Lorenzo, Keenoy e Gaspar (2002), a Espanha enfrenta desafios semelhantes para alcançar um atendimento integral na perspectiva do acesso aos diferentes níveis de atenção:

La capacidad de respuesta al proceso integral de atención es a menudo lenta. El tiempo total desde que un paciente acude por primera vez a su médico de familia hasta que recibe el diagnóstico y tratamiento correspondiente es muy largo. (Lorenzo, Keenoy, Gaspar, 2002, p.409)

Leatt, Pink e Guerriere (2000) descrevem o sistema de saúde canadense como uma miscelânea de partes desconectadas: prestação de cuidados descoordenada, muito foco no tratamento da doença, tempos de espera inaceitáveis para os serviços, dentre outros.

A conquista do direito ao acesso universal, mas não integral, é um risco destacado por Barata, Tanaka e Mendes (2004). Eles identificam que, apesar do avanço no processo de descentralização, as condições de regionalização e hierarquização continuam insuficientes para contemplar os princípios da integralidade e da equidade na assistência à saúde.

A expansão desordenada dos serviços de saúde no Brasil reflete uma desintegração da assistência, demonstrando a fragilidade do princípio da integralidade e quanto o país pode estar distante da "verdadeira rede de saúde" referida pelos autores.

Como afirma Conill (2004, p.1420), "não interessa ter acesso a cuidados parcelares e descontínuos [...], o que vale a pena verificar é se está ocorrendo acesso a um sistema com cuidados integrais".

Apesar das dificuldades, podem-se citar exemplos de avanços no campo da integralidade em seus diferentes sentidos.

O sistema de saúde britânico, assim como o brasileiro, provê cobertura universal baseado nos princípios de equidade e integralidade. A organização dos sistemas por intermédio da compra de serviços pela AB garante a atenção integral aos usuários do NHS (Tanaka, Oliveira, 2007).

Em Québec, no Canadá, o fornecimento de cuidados integrais foi a inovação de maior expressão encontrada na reforma desta Província, sendo observada duas tendências nas práticas:

De um lado, um entendimento ampliado significando a incorporação de ações preventivas, sociais e comunitárias, com introdução de ações da esfera da saúde coletiva nos serviços tradicionalmente dominados pelo cuidado médico. Por outro, representava a garantia de maior continuidade de uma atenção médica de primeira linha, agora mais completa. (Conill, 2004, p.1419)

Oliveira e Casanova (2009) destacam a Vigilância à Saúde (VS) como uma das principais propostas de mudança na organização das práticas de saúde na busca da integralidade. Segundo Paim (2003), a VS é um modelo assistencial alternativo que amplia a concepção de saúde tendo como pressuposto uma visão mais integral do processo saúde-doença.

As atuações das equipes de saúde, sob o enfoque da VS, devem ser pautadas na relação dialógica estabelecida entre estas e a comunidade, priorizando a escuta do outro na identificação das necessidades (Oliveira, Casanova, 2009; Cecílio, 2001).

Para estabelecer este tipo de relação, a questão da humanização precisa estar presente. Esta engloba concepções que se relacionam tanto aos direitos dos usuários quanto à postura ética de respeito ao outro, incluindo, obviamente, o profissional de saúde que também necessita de condições dignas de trabalho para exercer seu papel de cuidador (Fortes, 2004).

Puccini e Cecílio (2004, p.1344) reforçam esta ideia afirmando que

com as propostas de humanização, cresce uma valorização das inter-relações humanas, como uma trincheira de resistência contra o avassalador convencimento da superioridade moral do mercado, e eleva-se a um valor superlativo a busca da dignidade humana.

A transformação no campo destas inter-relações dificilmente será concreta em um sistema regido pelos modelos de atenção tradicionais. Neste sentido, Campos (2003) também aponta a VS como uma estratégia para alcançar a integralidade. Para ele, este modelo pode ser considerado um eixo reestruturante da maneira de agir em saúde que possibilita que os problemas sejam analisados e enfrentados de forma integrada.

Especificamente no campo da formação profissional, nos últimos anos, diversos esforços têm sido despendidos pelo Ministério da Saúde e da Educação na perspectiva de reverter a lógica flexneriana da formação. Tem sido observado investimento tanto na modernização curricular [Pró-Saúde], quanto no incentivo aos alunos no Pet-Saúde. Além de cursos presenciais e à distância ofertados e financiados para profissionais que já atuam nos serviços públicos. De acordo com Rocha e Caccia-Bava (2009, p.1342), tais políticas “valorizam os saberes existentes na rede assistencial e permitem incorporar à formação acadêmica a lógica do SUS”.

Com relação às dificuldades no âmbito da referência e contrarreferência, Magalhães Júnior e Oliveira (2006) apontam como saída a formulação de estratégias que possibilitem uma melhor comunicação entre os profissionais e serviços dos diferentes níveis de atenção.

Os caminhos para superar os desafios da integralidade são diversos e complementares. Várias localidades têm experimentado diferentes estratégias de superação. Para que se possa conhecer as fragilidades e potencialidades das estratégias adotadas, é importante impulsionar o desenvolvimento de estudos que permitam esse desbravamento.

## Considerações finais

Como observado no instituído pelo arcabouço legal do SUS, o direito à saúde, no Brasil, é pensado numa perspectiva da integralidade. A trajetória e o tempo vivido, por sua vez, são permeados de desafios que se contrapõem ao estatuto constitucional. Entretanto, apesar de todos os obstáculos encontrados no caminho, as conquistas obtidas nos vinte anos de SUS demonstram a força e potencial existente no atual sistema de saúde brasileiro.

O conhecimento de experiências exitosas no campo da integralidade possibilita um novo despertar na crença de mudanças possíveis em direção ao avanço na conquista do direito à saúde pleno e não mais compartimentado. Tal despertar pode contribuir, inclusive, para impulsionar o exercício da cidadania com pressão e mobilização política na luta pelo direito à saúde integral.

### Colaboradores

Keila Brito-Silva e Oswaldo Yoshimi Tanaka responsabilizaram-se pela concepção e produção do manuscrito. Adriana Falangola Benjamin Bezerra foi responsável pela produção do manuscrito e colaborou na revisão.

### Referências

- BARATA, L.R.B.; TANAKA, O.Y.; MENDES, J.D.V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saude**, v.13, n.1, p.15-24, 2004
- BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF: Senado Federal; Centro Gráfico, 1988.
- CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Cienc. Saude Colet.**, v.8, n.2, p.569-84, 2003.
- CARVALHEIRO, J.R. Os desafios para a saúde. **Estud. Av.**, v.13, n.35, p.7-10, 1999.
- CARVALHO, J.M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
- CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Eds.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2001. p.113-26.
- CONILL, E.M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saude Publica**, v.20, n.5, p.1417-23, 2004.
- COSTA, E.D.P. Povo e cidadania no Estado Democrático de Direito. **Rev. Fac. Direito UFPR**, v.38, n.0, p.101-21, 2003.
- DALLARI, S.G. O direito à saúde. **Rev. Saude Publica**, v.22, n.1, p.57-63, 1988.
- DALLARI, S.G.; FORTES, P.A.C. Direito sanitário: inovação teórica e novo campo de trabalho. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p.187-202.
- SCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.
- FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching, 1910.
- FORTES, P.A.C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saude Soc.**, v.13, n. 3, p.30-5, 2004.
- GONÇALVES, R.F. **Confiabilidade dos dados declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco. 2008.
- HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad Saude Publica**, v.20, supl.2, p.331-6, 2004.
- HOUAISS, A.; VILLAR, M.; FRANCO, F. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.



- IBANHES, L.C. A constitucionalização dos direitos sociais no Brasil: difusos e coletivos ou confusos e seletivos? **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, v.12, n.3, p.213-9, 2010.
- JUNQUEIRA, L.A.P.; INOJOSA, R.M. **Desenvolvimento social e intersectorialidade: a cidade solidária**. São Paulo: FUNDAP, 1997.
- L'ABBATE, S. **Direito à saúde: discursos e práticas na construção do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.
- LEATT, P.; PINK, G.; GUERRIERE, M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. **Healthc. Pap.**, v.1, n.2, p.13-55, 2000.
- LORENZO, S.M.; KEENOY, E.M.; GASPARG, O.S. Situación actual y futuro de la atención primaria. **Informes SESPAS 2002: invertir para la salud. Prioridades en salud pública, 2002**. Valencia: Generalitat Valenciana, 2002, p.395-438.
- LUIZ, O.C.; KAYANO, J. Saúde e direitos: princípios para ação. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, v.12, n.2, p.115-21, 2010.
- LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MAGALHÃES JÚNIOR, H.M.; OLIVEIRA, R.C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em BH. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio Grande do Sul: Edusc, UFRS: IMS/UERJ;
- MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saude Publica**, v.20, n.5, p.1411-6, 2004.
- \_\_\_\_\_. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Eds.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2001. p.39-64.
- MENDES, A.; MARQUES, R.M. Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro. In: Encontro Nacional de Economia Política, 14., 2009, São Paulo. **Anais**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009. Disponível em: <[http://www.apufpr.org.br/artigos/trabalho\\_cronica\\_de\\_uma\\_crise\\_anunciada\\_financiamento\\_sus\\_aquilas\\_mendes\\_e.pdf](http://www.apufpr.org.br/artigos/trabalho_cronica_de_uma_crise_anunciada_financiamento_sus_aquilas_mendes_e.pdf)>. Acesso em: 31 ago. 2010.
- MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.
- NOGUEIRA, V.M.R.; PIRES, D.E.P. Direito a saúde: um convite à reflexão. **Cad. Saude Publica**, v.20, n.3, p.753-60, 2004.
- OLIVEIRA, C.M.; CASANOVA, A.O. Vigilância à saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Cienc. Saude Colet.**, v.14, n.3, p.929-36, 2009.
- PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.567-86.
- PAULI, L.T.S. **A integralidade das ações em saúde e a intersectorialidade municipal**. 2007. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.
- PINHO, L.B. et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v.9, n.3, p.835-46, 2007.
- PUCCINI, P.T.; CECÍLIO L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saude Publica**, v.20, n.5, p.1342-53, 2004.
- ROCHA, J.S.Y.; CACCIA-BAVA, M.C.G.G. A atenção básica na construção da saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.14, supl.1, p.1336-45, 2009.

SILVA JÚNIOR, A.G. et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p.61-89.

SLAIBI, M.C.B.G. O direito fundamental à saúde. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, v.12, n.3, p.227-33, 2010.

TANAKA, O.Y.; OLIVEIRA, V.E. Reforma(s) e estruturação do sistema de saúde britânico: lições para o SUS. **Saude Soc.**, v.16, n.1, p.7-17, 2007.

VAITSMAN, J. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: “Um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)”, por Jeni Vaitsman, Marcelo Rasga Moreira e Nilson do Rosário Costa. **Cienc. Saude Colet.**, v.14, n.3, p.899-901, 2009.

XIMENES, J.M. Reflexões sobre o conteúdo do Estado Democrático de Direito. **Rev. Cient. Eletrônica ATENA**, v.2, p.14, 2007. Disponível em: <[http://www.iesb.br/ModuloOnline/Atena/arquivos\\_upload/Julia%20Maurmann%20Ximenes.pdf](http://www.iesb.br/ModuloOnline/Atena/arquivos_upload/Julia%20Maurmann%20Ximenes.pdf)>. Acesso em: 3 jan. 2011.

O presente artigo discute aspectos que interferem na garantia do direito à saúde e sua relação com o princípio da integralidade. Para tanto, são descritas questões históricas e culturais que contextualizam esta realidade. Também são apontados os limites e as possibilidades para garantia da integralidade como parte do direito à saúde, com foco no SUS. A abrangência do conteúdo do direito à saúde e a limitação daquilo que é efetivamente alcançado demonstram a dificuldade para sua garantia plena, aspecto igualmente observado em outros países. O direito compartimentado vivenciado na prática do SUS é antagônico ao princípio da integralidade em seus diferentes sentidos. Apesar dos desafios para efetivação da integralidade, diversas iniciativas foram identificadas e têm sido utilizadas na perspectiva de superar as dificuldades e alcançar o direito à saúde em sua plenitude.

*Palavras-chave:* Direito à Saúde. Integralidade. Saúde Pública.

Right to healthcare and comprehensiveness: a discussion on the challenges and paths towards its implementation.

The present study discusses issues that interfere with assurance of the right to healthcare and its relationship with the principle of comprehensiveness. For this, the historical and cultural issues that contextualize this reality are described. The limits and possibilities of assuring comprehensiveness as part of the right to healthcare are indicated, focusing on the Brazilian National Health System (SUS). The scope of the right to healthcare and the limits that are reached in practice demonstrate the difficulty in fully assuring this right. This has also been observed in other countries. The compartmentalized right that is experienced in practice in SUS is contrary to the principle of comprehensiveness, in its different concepts. Despite the challenges involved in making comprehensiveness effective, many initiatives have been identified and used from the perspective of overcoming the difficulties and achieving the full right to healthcare.

*Keywords:* Right to healthcare. Comprehensiveness. Public Health.

Derecho a la salud e integridad: una discusión sobre los desafíos y los caminos para su realización.

El objetivo fue desarrollar una discusión sobre los puntos que afectan a la garantía del derecho a la salud y su relación con el principio de la integridad. Se describen los aspectos históricos y culturales de esta realidad y se señalan los límites y las posibilidades de asegurar la e integridad como parte del derecho a la salud, centrándose en el Sistema Único de Salud. La amplitud de los contenidos del derecho a la salud y el límite de lo que fue posible alcanzar muestran la dificultad para su plena garantía. Lo mismo se observa en otros países. El derecho estricto en la práctica del Sistema Único es opuesto al principio de la integridad en sus diferentes significados. A pesar de los desafíos a la realización de la integridad, iniciativas han sido identificadas y utilizadas en la perspectiva de superar las dificultades y lograr el derecho a la salud en su plenitud.

*Palabras clave:* Derecho a la salud. Integridad. Salud Pública.

Recebido em 13/09/2010. Aprovado em 22/03/2011.

