

Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS

Comprehensiveness and healthcare technologies: a narrative on conceptual contributions to the construction of the comprehensiveness principle in the Brazilian Unified National Health System

Integralidad y tecnologías de atención a la salud: una narrativa sobre contribuciones conceptuales a la construcción del principio de la integralidad en el Sistema Único de Salud brasileño

Artur Olhovetchi Kalichman¹
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres²

Resumo

Dentre os princípios do SUS, o de integralidade talvez seja o mais desafiador na construção da Reforma Sanitária. É objetivo deste estudo identificar momentos críticos do debate conceitual em torno da integralidade e suas contribuições para a reflexão acerca de tecnologias de atenção à saúde no âmbito do SUS. O ensaio percorre algumas construções conceituais que se aproximam da questão da integralidade como princípio norteador de programas e ações de saúde em diversos planos e dimensões da organização da atenção à saúde – das interações intersubjetivas à organização de redes regionais. O estudo se baseou em revisão não sistemática da literatura sobre o tema da integralidade e afins na produção do campo da Saúde Coletiva brasileira nas últimas cinco décadas. Propõe-se uma cronologia/tipologia que se estende dos anos 1960 à década de 2010, dividindo-a em quatro períodos/categorias julgados significativos. A narrativa não pretende ser exaustiva, mas construir uma referência compreensiva capaz de contribuir para análises, avaliações e debates acerca da organização da atenção à saúde no SUS conforme o princípio da integralidade.

Integralidade em Saúde; Atenção à Saúde; Tecnologia Biomédica; Regionalização

¹ Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Correspondência
A. O. Kalichman
Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
Rua Santa Cruz 81, São Paulo, SP 04121-000, Brasil.
artur@crt.saude.sp.gov.br

Introdução

Dentre os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), o de integralidade talvez seja o mais desafiador na construção conceitual e prática da Reforma Sanitária. É ele que diz respeito diretamente à forma dos serviços se organizarem, envolvendo os saberes de profissionais, de usuários e da comunidade, buscando amalgamar, nos planos da gestão e da assistência, a qualidade técnica do trabalho ao sentido político de direitos e cidadania envolvidos na construção de um cuidado efetivo à saúde. Configura, assim, elemento fundamental para que a universalidade e a equidade da atenção à saúde, princípios consubstanciais ao de integralidade, se realizem de modo pleno, permitindo ao SUS perseguir os objetivos de que se investiu na Constituinte de 1988 ¹. Por outro lado, e pelo fato mesmo de ser uma construção em devir, uma experiência produzida em ato no processo de consolidação do SUS, ele não se deixa apreender completamente por qualquer tentativa de definição precisa, *a priori* e definitiva, mas comporta-se antes como um horizonte de diálogo ². Ele instrui e é instruído pelo conjunto de sujeitos e práticas cotidianas, é ação e reflexão, resultado da polifonia na interação entre valores, proposições políticas e instrumentos que movem as práticas de saúde rumo à sua reconstrução na perspectiva da Reforma Sanitária ^{2,3,4}. No momento delicado por que passa a construção do SUS, no qual, não obstante os seus inúmeros sucessos, uma série de obstáculos ameaçam a plena realização das propostas concebidas e pactuadas na *Constituição Federal* de 1988 ⁵, a recuperação histórica de alguns dos diversos sentidos conceituais e práticos assumidos pela integralidade ao longo da construção do SUS mostra-se estratégico não apenas para compreendermos as configurações concretamente assumidas hoje por esse princípio, mas também como forma de identificar nortes para ações políticas em defesa do SUS, de sua qualidade técnica, legitimidade social e sustentabilidade. Portanto, sem desconsiderar a multidimensionalidade teórica e prática do tema, mas privilegiando neste ensaio o ponto de vista da produção acadêmica e a perspectiva específica da reflexão acerca das “tecnologias de atenção à saúde” ⁶, é objetivo do presente estudo revisitar algumas construções conceituais significativas para o debate conceitual em torno da integralidade no Brasil ao longo das últimas cinco décadas, buscando contribuir para a elucidação de elementos-chave no modo como compreendem a questão da integralidade, propiciando a reflexão, debate e adensamento teórico desse princípio.

A construção da narrativa

O interesse em identificar e contrastar construções conceituais afins à integralidade ao longo da recente história do SUS surgiu de uma investigação acerca da operacionalização desse princípio na experiência concreta de um conjunto de serviços e ações de saúde no Estado de São Paulo ⁷. A percepção, porém, de que esses quadros conceituais, ao mesmo tempo em que permitiam elucidar alcances e limites das ações e serviços estudados, demonstravam um interesse que extrapolava essas experiências singulares, estimulou os autores a sistematizar e divulgar tal recuperação ao modo de uma narrativa de alcance mais amplo, válida para a reflexão sobre integralidade e arranjos tecnológicos da atenção à saúde de um modo mais geral.

A narrativa é um recurso discursivo que busca articular temporalidade, personagens, cenários e trama de modo a construir uma referência de sentido, um horizonte de compartilhamento dialógico de uma experiência prática ou reflexiva ⁸. No presente estudo, a narrativa está interessada em destacar como alguns sentidos assumidos pela integralidade – não fragmentação da atenção à saúde, respeito aos sujeitos e seus direitos, atenção à especificidade das necessidades de indivíduos e comunidades, busca de interações intersubjetivas ricas e criativas, interação entre saberes técnicos e práticos dos diversos sujeitos, articulação de diferentes profissionais, serviços e setores relacionados à construção da saúde – foram se organizando em quadros conceituais mais ou menos sistemáticos, relacionados a propostas técnicas diversas, aplicados a planos também diversos (desde as interações entre profissional e usuário até processos de gestão), mas sempre ricos em expressar seus desafios simultaneamente técnicos, éticos e políticos.

Nesse sentido, parte-se do rastreamento de noções como “integração de serviços” e “atenção integral” que tiveram penetração nos discursos médico-sanitários pré-SUS, embora ainda com conotações bastante diversas das que viria a assumir a integralidade como princípio, passa-se pelas discussões das Ações Programáticas, Clínica Ampliada, Vulnerabilidade, Humanização e Cuidado, até chegar às Linhas e Redes de Cuidado, tidas como a mais recente proposição tecnológica na busca da integralidade. As Linhas e Redes de Cuidado, como ponto de chegada da narrativa, não representam o ponto de maior maturidade ou legitimidade da trajetória conceitual da integralidade. Tampouco os conceitos de “integração de serviços” e “atenção integral”, seus pontos de partida, devem ser entendidos como bases de um desenvolvimento imanente e neces-

sário do que veio depois. Apenas se assume, com base em aprendizados vindos da epistemologia histórica⁹ e da hermenêutica filosófica¹⁰, que a recuperação do sentido de qualquer tradição discursiva não pode ignorar ingenuamente o poder elucidativo de suas expressões mais atuais, assim como sempre se beneficiará do resgate de elementos linguísticos sobre os quais se ergueram, ainda que para transformá-los ou negá-los.

A narrativa aqui desenvolvida baseou-se em revisão crítica, não sistemática, de literatura julgada pertinente em face das considerações acima. Foram incluídos livros, artigos de periódicos, teses acadêmicas e publicações técnicas acessados em diferentes bases de indexação, conforme conveniência, e eleitos segundo critérios exclusivamente baseados na linha de argumentação que os autores pretendem submeter à apreciação e ao debate público. Não se discriminou a literatura discutida entre bibliografia primária ou secundária, posto que, no caso deste estudo, textos programáticos e comentários críticos nem sempre se distinguem com precisão. Com base em alguns dos constructos, debates e inflexões práticas identificadas, propõe-se uma cronologia/tipologia que se estende dos anos 1960-2010, dividindo-a em quatro períodos/categorias julgados significativos.

A narrativa assim construída não pretendeu ser exaustiva quanto ao inventário das proposições e debates sobre a integralidade, nem reclama para si qualquer tipo de autoridade historiográfica. Uma rápida consulta às publicações do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas da Integralidade (LAPPIS)¹¹, por exemplo, será suficiente para verificar a pujança e variedade da produção sobre o tema. A exploração de outras contribuições também relevantes, como a produção sobre a Vigilância da Saúde¹², não caberia no espaço e escopo deste artigo. O que se pretende é fundamentar, no resgate histórico e interpretação dos quadros conceituais incluídos na narrativa, a construção de uma referência compreensiva capaz de contribuir para análises, avaliações e debates acerca de como o princípio da integralidade se relaciona a tecnologias de atenção à saúde em seus diferentes planos.

Pelos caminhos da integralidade no SUS

Integração de serviços, atenção integral – antecedentes da integralidade (1960-1970)

A integralidade surge como princípio do SUS na *Constituição* de 1988, embora noções afins tenham sido introduzidas no debate acadêmico da saúde bem antes, nas décadas de 1950/1960.

Duas noções fundamentais relacionadas à de integralidade são trazidas dos Estados Unidos – integração de serviços (nos anos 1920) e atenção integral (*comprehensive care*)¹³. Articulando-se entre si progressivamente ao longo da primeira metade do século XX, essas noções acabam por se tornar centrais em um movimento que se contrapõe à intensa especialização da prática médica e à maciça incorporação de tecnologias biomédicas para o diagnóstico e tratamento, estando na origem das propostas da Medicina Integral e da Medicina Comunitária como modelos de organização da atenção à saúde^{14,15}. Embasada no modelo de História Natural da Doença e Níveis de Prevenção¹⁶, essa contraposição se dá tanto pelo entendimento do ser humano como um todo “biopsicossocial”, postulando a necessidade de uma assistência integral à saúde de cada pessoa, quanto pela necessária integração e articulação das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de forma a garantir a integralidade da atenção à saúde também do ponto de vista da organização da atenção.

Na década de 1970, começaram a surgir dentro das universidades brasileiras serviços de assistência organizados pela lógica da atenção integral à saúde e da saúde comunitária. Na Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) foi inaugurado, em 1972, o Ambulatório de Medicina Integral (AMI)¹⁷ e na Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (FMUSP), em 1977, o Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa (CSEB)¹⁸, apenas dois exemplos de várias iniciativas semelhantes ocorridas nesse período.

O AMI foi implantado como um serviço ligado ao Hospital Universitário Pedro Ernesto, enfatizando a necessidade da atenção integral no atendimento a cada paciente: “...o paciente que chegava ao hospital tinha que necessariamente ser decomposto em aparelhos ou órgãos para receber os cuidados que necessitava ...isto leva a uma fragmentação característica de uma Medicina de tecnologia avançada e completamente ‘desumanizada’ ...Formamos médicos que sabem atender dentro de subespecialidades exigindo exames complementares sofisticados e tornando a Medicina desnecessariamente cara e restrita”¹⁷ (p. 432).

Já o CSEB, embora pertencente à USP, nasce integrado à rede estadual de Centros de Saúde que foi consolidada durante a segunda gestão de Walter Leser como Secretário de Estado da Saúde de São Paulo (1975-1979). Essa rede e a política de programação que a faria operar, foram a proposta paulista para responder à demanda por ampliação de cobertura assistencial para as chamadas populações carentes não cobertas

pela medicina previdenciária de então ¹⁹. A programação em saúde buscava integrar as intervenções de caráter individual e coletiva por uma lógica de saúde pública, buscando articular as antigas ações de educação em saúde e de atenção a algumas doenças infecciosas à necessária expansão de cobertura assistencial, tanto médica quanto de outras ações de caráter individual e coletivo.

A proposta de programação em saúde dos anos 1980 buscava, então, por intermédio da integração e interação de diversas práticas e profissionais, organizar o trabalho dos serviços e suas equipes multiprofissionais em torno de uma atenção integral à saúde ¹⁹.

No final da década de 1970 ocorre a conferência de Alma-Ata (Cazaquistão), na qual se cunha a proposta de saúde para todos no ano 2000, entendida como estado de completo bem-estar biopsicossocial. Essa definição, largamente coincidente com a ideia da atenção integral e centrada em práticas de atenção primária, avança na construção de um conceito da saúde que a toma não apenas como ausência de doença e não apenas na sua dimensão biológica. Tais propostas e definições da saúde que reconhecem seus determinantes sociais e reclamam para o sistema de saúde um papel também mais amplo de emancipação e melhoria das condições sociais, repercutem no movimento, que no país, ganha o nome de Reforma Sanitária e se integra, não sem reconstruções críticas, à construção do SUS e da própria luta pelo final da ditadura e pela redemocratização do país ^{5,20}.

A integralidade à época da construção do SUS (1980-1990)

O conceito de integralidade, no novo sentido que adquire no contexto da Reforma Sanitária, foi primeiramente utilizado pelo Ministério da Saúde no Brasil em 1983, quando começava a ser preparado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O Ministério da Saúde divulgou oficialmente o PAISM em 1984 por documento: *Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática* ²¹. É interessante notar nesse documento o duplo alcance da integralidade: orientar o conjunto das atividades propostas para a promoção, prevenção e assistência da população de mulheres; e propor atendimento integral à saúde de cada uma delas, em todos os seus ciclos e necessidades de vida, e não apenas nos aspectos maternos ou reprodutivos. Vale ressaltar também a participação ativa de mulheres oriundas do movimento feminista e de saúde e das universidades na construção do PAISM, aspecto que será ativamente valorizado

na conceituação de integralidade algum tempo depois, como se verá.

A década de 1980 foi marcada pela implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), estratégias que avançam na incorporação e ampliação do acesso à assistência médica individual dentro da rede pública de saúde e no processo de descentralização e fortalecimento da esfera estadual no Sistema de Saúde. Em 1986, ocorreu a *VIII Conferência Nacional de Saúde*, síntese do movimento pela Reforma Sanitária e que, de certa forma, antecipa o que dois anos depois se tornariam as bases do SUS na nova constituição brasileira ⁵.

No final dos anos 1980 e início dos anos 1990, emerge a proposta da Ação Programática em Saúde, formulada mediante as experiências colocadas pelo trabalho assistencial e gerencial desenvolvido no CSEB pelo Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP. Essa proposta foi descrita por seus formuladores como uma releitura da Programação em Saúde paulista dos anos 70 sob as novas perspectivas trazidas pela Reforma Sanitária e seus compromissos éticos e políticos com a saúde como um direito de todos e a construção de um sistema que fosse instrumento de sua promoção e garantia ¹⁹.

Os anos 1990 trazem como marca importante o estabelecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente Programa Saúde da Família (PSF), como organizadora da atenção primária dentro do SUS. A atenção primária continuava sendo vista como porta de entrada do Sistema, mas seu “modelo assistencial e tecnológico” passava a ser orientado pela proposta da ESF. Em São Paulo, o modelo de programação em saúde originalmente implantado por Walter Leser começara a ser desmontado e, em 1987, ocorreu o fim da carreira de médicos sanitários e de sua vinculação com os cargos de direção dos Centros de Saúde. Esses passaram a ser denominados unidades básicas de saúde e a operar em uma lógica assistencial que perde a vinculação programática ²².

A proposta de Ação Programática, a par disso, seguia buscando configurar-se como uma estratégia de efetivação da atenção integral baseada na identificação e resposta a necessidades de saúde epidemiologicamente apreendidas e democraticamente validadas, buscando um “modelo assistencial” socialmente organizado que articulasse as ações de intervenção coletivas e assistenciais individuais. Essa proposta começava também a problematizar a própria dimensão técnica das práticas e processos de trabalho em saúde e a forma como estão organizadas em um “modelo tecnológico”, sua produtividade e sua

efetividade na promoção e recuperação da saúde da população²³.

No início dos anos 1990, embora compartilhando alguns dos compromissos da proposta de Ação Programática, Campos²⁴ aponta a limitação de seu alcance para outros pontos de atenção da rede para além da atenção primária. Aponta também a pouca problematização das questões gerenciais e de planejamento e organização dos serviços no âmbito da proposta. Por fim, questiona se a vinculação da clínica ao saber epidemiológico por si só seria capaz de mudar substancialmente sua efetividade como tecnologia de atenção à saúde.

O desenvolvimento e desdobramentos do trabalho deste autor vão produzir, a partir de meados dos anos 1990, a proposta de uma Clínica Ampliada, conceito que será retomado posteriormente, assim como o de equipes de referência e novas estratégias de gestão dos serviços de saúde²⁵.

Como apontam Mota & Schraiber²², também foram feitas críticas à proposta de Ação Programática no que se refere à sua sustentabilidade, visto que o custo para efetivá-la plenamente limitava as possibilidades de sua expansão para outros contextos²⁶.

Em texto de 1995, Ayres²⁷ problematiza, por sua vez, as limitações dos enfoques da clínica tradicional e da epidemiologia do risco frente às pretensões emancipatórias e inclusivas da população/pacientes e dos trabalhadores da saúde mesmo no âmbito da proposta de Ação Programática. O autor ressalta “*que no trabalho em saúde os objetos são sujeitos*”²⁷ (p. 73) e argui até que ponto a clínica tradicional e o conceito de risco são capazes de “*discriminar e efetivar*” a presença dos sujeitos nos processos de trabalho em saúde.

De forma contemporânea às preocupações expressas acima, foi publicado no Brasil o livro *A AIDS no Mundo*²⁸ que trouxe para nosso contexto o conceito de vulnerabilidade. Como se lerá adiante, a vulnerabilidade será entendida como um conceito com potencial para encaminhar a superação das limitações do paradigma do risco dentro do trabalho com a AIDS e também na saúde coletiva de forma mais ampla^{2,28}.

A integralidade desde a experiência do SUS (2000-2010)

Em 2000, Merhy²⁹ e Ayres³⁰ protagonizam um rico e produtivo debate, que parece expressar de forma eloquente as novas feições assumidas pela discussão da integralidade no contexto dos anos 2000. Da mesma forma que as proposições da Clínica Ampliada, o conceito de Cuidado e seus

desdobramentos práticos buscam encaminhar a superação dos limites colocados pela clínica tradicional e suas versões “degradadas” para um trabalho em saúde que reconhece sujeitos e suas necessidades, valoriza seus saberes e se responsabiliza por seus projetos terapêuticos.

Partindo da teoria do processo de trabalho em saúde, Merhy²⁹ apresenta uma tipologia das tecnologias utilizadas pelo médico no seu encontro com um usuário. As tecnologias duras, leve-duras e leves, articulam e portam, respectivamente: os instrumentos e intervenções de base científico-tecnológica, como procedimentos e exames; os conhecimentos de base científica utilizados para a “captura” e enquadramento clínico e epidemiológico do mundo do usuário; os saberes e práticas baseados na subjetividade que movem e informam o médico e o usuário no momento mesmo da relação que se estabelece entre ambos.

Da predominância de uso de cada um desses três tipos de tecnologia e de como se dá o balanço entre eles derivam, segundo esse autor, diferentes qualidades dessa relação. Quanto mais se usa as tecnologias duras, mais a relação é capturada pelo enquadramento científico tecnológico biomédico, tanto na identificação de necessidades, como na definição das finalidades do trabalho. Quanto mais tecnologias leves informem a relação, mais ela se torna permeável ao mundo, à presença do usuário na definição das necessidades e finalidades do trabalho. Há, portanto, uma tensão na produção de um Projeto Terapêutico dentro dessa disputa e captura de necessidades e finalidades.

O autor avança e considera que as tecnologias leves se associam ao que caracteriza como a dimensão cuidadora do trabalho médico no que ele tem em comum com outros tipos de trabalho em saúde, enquanto as leve-duras e duras associam-se a outra dimensão do trabalho médico que é profissional centrada e própria de seu recorte científico tecnológico específico. Dependendo do modelo de atenção, a dimensão cuidadora pode estar anulada pelo predomínio da dimensão “profissional específica”.

O autor também aponta como aspectos que caracterizam a dimensão cuidadora do trabalho médico um posicionamento ético que propicie o diálogo com acolhimento e criação de vínculo e responsabilização, o reconhecimento das formas como o usuário constrói e expressa sua necessidade de saúde e a articulação de saberes para a construção de um projeto terapêutico.

Debatendo o artigo de Merhy²⁹, Ayres³⁰, partindo da concordância com o conjunto de proposições apresentadas no texto e com a proposta de que a noção de Cuidado pode carrear para

a assistência legítimas aspirações por saúde de indivíduos e populações, aponta uma dúvida a respeito de tratá-la como tecnologia, ainda que adjetivada de leve. Sustenta que a intersubjetividade viva do momento assistencial permite escapar a uma objetivação dessubjetivadora exatamente porque ali se efetiva uma troca, um espaço relacional que extrapola o tecnológico, embora dependa dele.

Ayres considera que o saber que informa esse espaço relacional e permite a plena presença do usuário no ato assistencial não é de natureza técnica ou científica e sim prática, no sentido da tradição aristotélica que distingue *praxis*, *techné* e *episteme*.

Em textos posteriores, Ayres^{31,32} amplia e adensa essa discussão com um recorte que a toma pela sua dimensão filosófico-conceitual. O saber que se dirige ao êxito técnico constrói objetos, enquanto o saber na direção do sucesso existencial é o que constitui sujeitos, afirma. Partindo desse posicionamento, o autor propõe a subsunção do interesse pelo controle técnico das doenças na ideia de sucesso prático, tomando os projetos de felicidade das pessoas como horizonte normativo para as intervenções que, então, poder-se-á chamar propriamente de Cuidado.

Em 2001, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Como discutido por Deslandes³³, o termo humanização, tal como apresentado nessa política, ainda que não se constitua em suporte teórico-metodológico claramente definido, buscava informar “*uma nova práxis na produção de cuidado em saúde associada ao reconhecimento dos direitos dos pacientes, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional*”³³ (p. 7). Fica evidente a proximidade da proposta de humanização com o conjunto de temas e preocupações abordados até aqui sobre a integralidade do cuidado em saúde. Tanto é assim que a humanização é retomada e trabalhada nesta perspectiva por muitos, senão todos, os demais autores aqui citados.

Também em 2001, foi publicado o livro *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*³⁴. Trata-se do primeiro livro de uma série de publicações do LAPPIS, acima citado.

Nesse livro, Cecílio³⁵ e Cecílio & Merhy³⁶ apontam dois temas incorporados pelo SUS como estratégias de implementação da integralidade. O primeiro é a própria humanização. O outro é a noção de linha e rede de cuidado, também presente no mesmo capítulo e retomado e aprofundado posteriormente em outro texto, cujo título é *A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar*³⁶. Nesses textos, é interessante confirmar a expansão do campo de aplicação

dos conceitos de integralidade e Cuidado para a orientação e gestão de modelos “tecnológicos” para além da atenção primária, bem como sua aplicação para o planejamento, organização e gestão do modelo “assistencial” mediante proposta de Linhas e Redes de Cuidado. Na mesma direção, Franco & Magalhães Jr.³⁷ apresentam a experiência da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte chamada *BH-VIDA: Saúde Integral*.

No texto de Cecílio & Merhy³⁶, anteriormente citado, o foco é colocado na integralidade pelo ponto de vista hospitalar e de como articular tanto o cuidado integral ao paciente internado como o cuidado hospitalar na Linha e na Rede de Cuidado como um todo. Já a experiência da cidade de Belo Horizonte, relatada por Franco & Magalhães Jr.³⁷, tem como ponto de partida a Atenção Básica, organizada pelas equipes de Saúde da Família e sua responsabilidade como gestora do cuidado integral da saúde de seus usuários, tanto no âmbito de sua resolubilidade, que se espera seja qualificada e potencializada, como no encaminhamento regulado do paciente por todos os níveis ou pontos de atenção da rede de serviços.

Esse texto aponta a inovação de desenvolver e operar linhas de cuidado dentro das práticas assistenciais do SUS e as vê como “*uma primeira experiência de radical integralidade na atenção à saúde*”³⁷ (p. 131). Pela proposta, as linhas de cuidado seriam organizadas por áreas, como atenção ao idoso, saúde da criança, saúde materna, atenção ao agudo, atenção às doenças cardiovasculares e saúde bucal.

Ambos os textos destacam os desafios da gestão da Linha de Cuidado – seja dentro de cada nível ou serviço, seja no conjunto da rede e no caminhar do usuário por seus diversos pontos – para a garantia da integralidade e da qualidade da atenção à sua saúde. São discutidos, então, alcances e limitações das estratégias para gerenciar dentro do hospital, de forma colegiada com as equipes multiprofissionais e as corporações, as unidades de produção e linhas de cuidado, ou garantir a pactuação e o compromisso técnico e político entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais, nos diferentes pontos de atenção da rede de cuidado no município.

Em 2004, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar é ampliado como uma política para o conjunto das ações e serviços de saúde e renomeado como HumanizaSUS. Nessa sua nova versão são lançadas várias cartilhas que vão dando mais concretude teórica e metodológica para essa política.

A cartilha do HumanizaSUS, que teve a primeira edição publicada em 2008³⁸, retoma os conceitos de Clínica Ampliada, equipes de referência e de gestão democrática nos serviços de

saúde como estratégias concretas para promover a humanização, tanto da atenção quanto da gestão. Essa preocupação e vinculação entre as formas de realizar a atenção e gerir os profissionais, equipes, serviços e a própria rede é uma marca importante, tanto dos textos que abordam as Linhas e Redes de Cuidado como daqueles que tratam da Clínica Ampliada.

Valendo-se das contribuições do filósofo e militante esquerdista Antônio Gramsci, da fenomenologia materialista de Sartre e dos trabalhos desenvolvidos no campo da psiquiatria por Franco Basaglia, Campos³⁹ defende ser fundamental ampliar o objeto de trabalho da clínica. Para além das doenças, seria necessário incorporar como seu “encargo” e “responsabilidade” também os “problemas de saúde” (situações que ampliem o risco ou vulnerabilidade das pessoas). Mas o autor aponta como ampliação mais relevante a consideração de que não há problema de saúde ou doença que não estejam “encarnados” em sujeitos, em pessoas. “*Clínica do sujeito: essa é a principal ampliação sugerida*”³⁹ (p. 852), conclui o autor.

Nesse sentido, as finalidades e objetivos do trabalho clínico também devem ser ampliados, incluindo não só a produção da saúde, por distintos meios – curativos, preventivos, de reabilitação ou com cuidados paliativos, mas também ampliando a autonomia dos usuários.

A proposta de equipes de referência multiprofissionais e com trabalho interdisciplinar reconhece e valoriza como atividade clínica não só a prática médica, mas também a dos outros profissionais da saúde. Reconhece também a necessidade de recorrer a outros conhecimentos já sistematizados na psicologia, pedagogia, antropologia, ciências sociais e outras para informar sobre o “*funcionamento do sujeito quando considerado para além de sua dimensão orgânica ou biológica*”⁴⁰ (p. 853).

A proposta de projetos terapêuticos singulares, elaborados conjuntamente pelas equipes de referência para casos mais complexos, é uma das estratégias colocadas pelo autor como forma de criação de um ambiente de trabalho propício à abertura das estruturas disciplinares. Essa estratégia busca também a construção de responsabilidade e vínculo entre equipe de saúde e paciente, bases para o exercício da Clínica Ampliada.

Essa mesma equipe de referência, ou um conjunto delas, é apontada como orientadora para a formação de uma “unidade nuclear de poder gerencial”. Organizar os serviços e departamentos dentro dos hospitais não com base em especialidades médicas ou de outro corte profissional, mas sim em “*equipes interprofissionais e interespecialidades organizadas em função*

de grandes áreas voltadas para uma mesma finalidade e para um mesmo objeto (encargo)”⁴⁰ (p. 854). Esse novo tipo de arranjo ou “departamento” é denominado pelo autor de unidade de produção^{38,39,40}.

Campos & Amaral⁴⁰ propõem também estratégias de gestão, a seu ver, as mais apropriadas para assegurar a gestão democrática das unidades de produção. É proposta uma estratégia de cogestão colegiada, envolvendo as equipes de referência e o gestor da unidade de produção, que teriam reuniões periódicas para avaliação, elaboração de projetos e decisões estratégicas. Instâncias também colegiadas articulariam as diferentes unidades de produção, seus gestores e a superintendência do hospital. É sugerida também a participação dos usuários em Conselhos Gestores e outras formas.

A vinculação das dimensões da gestão do cuidado individual, da gestão dos serviços em que esse cuidado é produzido e de sua gestão sistêmica nas linhas e redes é apontada e retomada por Cecilio⁴¹. Pela interpretação do conto *A Morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói*, o autor descreve e analisa as diferentes características, atores e processos micro e macropolíticos envolvidos em cada uma das três dimensões da gestão do cuidado denominadas de profissional, organizacional e sistêmica. Essas três dimensões são descritas como círculos concêntricos denotando a interação e “*imanência entre elas*”.

O autor aponta o potencial criativo das tecnologias leves que surgem no próprio encontro entre usuário e profissional para a efetivação da integralidade do cuidado nessa dimensão, resgatando pela narrativa ficcional suas principais características. Discute, então, como a gestão organizacional e a gestão sistêmica do cuidado poderiam propiciar ou dificultar a realização desse potencial nos encontros entre profissionais e usuários e nos demais encontros que ocorrem em todos os nós das várias dimensões da rede assistencial⁴¹.

O autor ressalta que tais nós são “*conexões humanas*”, cuja potência criativa pode ser mais ou menos realizada dependendo de como se dá o exercício da gestão da rede como um todo, de como ela informa, modela e monitora a gerência dos serviços e de como ela, por sua vez, informa, modela e monitora o cuidado produzido em cada encontro entre profissionais e usuários.

Aponta, então, duas estratégias de gerência organizacionais denominadas como instrumental e comunicativa e assumidas como modelos polares. A estratégia instrumental teria um caráter normativo de implantação de projetos, processos e fluxos de trabalho definidos pela alta direção sem participação dos trabalhadores e dos

usuários. Já a estratégia comunicativa buscaria construir coletivamente esses projetos, processos e fluxos, reconhecendo a presença e as necessidades de trabalhadores e usuários. O autor afirma também que, em contextos reais, as duas estratégias podem ser (e são) utilizadas concomitantemente. Destaca, no entanto, a tendência, associada ao uso excessivo das estratégias instrumentais, denominadas de “gerencialismo”, de empobrecer o potencial criativo e as possibilidades de efetivação da integralidade do cuidado no encontro entre o usuário e o profissional.

Como se pôde ver até aqui, o princípio da integralidade e a busca pela sua efetivação tem se dirigido a diversos planos e dimensões da atenção à saúde. Viu-se também que as diversas conformações que adquirem nessa diversidade de aplicações, embora guardando especificidades, dialogam entre si e apresentam convergências, divergências e complementaridades.

Apontando para esse amplo alcance do conceito, Ayres² identifica 4 eixos em torno dos quais a integralidade tem sido experimentada como movimentos reconstrutivos no campo da saúde:

- a) Eixo das necessidades – diz respeito à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta a necessidades que não se restrinjam a distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo, sem descuidar deles;
- b) Eixo das finalidades – remete aos graus e modos de integração entre ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde/reinserção social. Lida com a noção de eficiência dos serviços e de seu acesso oportuno e conveniente por indivíduos, famílias e comunidades;
- c) Eixo das articulações – refere-se aos graus e modos de composição dos saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersectoriais para criar as melhores condições para oferecer resposta efetiva às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada;
- d) Eixo das interações – problematiza a qualidade e natureza das interações nas práticas de cuidado, objetivando condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde, condição de realização dos eixos anteriores.

O autor² indica, nessa situação, três proposições conceituais, respectivamente, no plano do saber, da técnica e da ética, que lhe parecem fecundas para instruir modelos de atenção à saúde pelo princípio da integralidade. São elas: a Vulnerabilidade, o Cuidado e a Humanização.

O quadro da Vulnerabilidade é apresentado como um modo de saber que busca “fazer a Epidemiologia dialogar com outras ciências e com outros saberes não científicos, uma possibilidade

de construir saberes compreensivo-interpretativos, produtores de sínteses aplicadas”² (p. 16). A proposição do Cuidado é retomada como conjunto de princípios e procedimentos capazes de “recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas”² (p. 18), de modo a estreitar as conexões entre capacidades técnicas e sensibilidade às aspirações práticas de sujeitos, concorrendo para a efetiva construção de seus projetos de felicidade. Finalmente, a Humanização é vista como a dimensão ética implicada na prática dos saberes e fazeres da integralidade, a disposição para o encontro entre os profissionais de saúde, e deles com os usuários na perspectiva de emancipação dos sujeitos².

A formalização das redes e o futuro da integralidade (de 2010 em diante)

Com base na síntese acima, e considerando os últimos desdobramentos apontados, especialmente no respeitante ao eixo das articulações acima citado, esta narrativa finalizará na publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010⁴², que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Entende-se ser essa proposição a mais recente expressão da busca pela efetivação da integralidade como princípio do e no SUS. Antes de se dedicar à análise da proposta política definida nessa Portaria, serão recuperadas de forma sumária e muito breve algumas grandes políticas estruturantes do SUS que a antecederam para que a última possa ser colocada em perspectiva histórica.

As quatro *Normas Operacionais Básicas* (NOB) editadas em 1991, 1992, 1993 e 1996 tinham como principal objetivo regular o processo de descentralização gerencial e de transferência de recursos e responsabilidades do Ministério da Saúde para a esfera estadual e particularmente municipal dentro do SUS. A *Norma Operacional das Ações de Saúde* (NOAS 2001) vem como estratégia de “correção de rumo” de um processo de municipalização considerado excessivo e em busca da construção da regionalização da assistência à saúde. Entre 2006 e 2010, tem-se a fase dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, constituindo no seu conjunto o Pacto pela Saúde. O Pacto de Gestão, com a criação das Comissões Gestoras Regionais (CGR) define claramente o espaço regional como “locus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal”⁴².

A política de organização da Rede de Atenção à Saúde é colocada como *“estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência”* 42. Vê-se aqui também a vinculação entre atenção e gestão no diagnóstico da fragmentação de ambas na produção do cuidado em saúde no SUS.

Outro trecho da portaria aponta que: “[a]... organização da atenção e da gestão do SUS [...] se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção [...]; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS)” 42.

A portaria conceitua as Redes de Atenção à Saúde como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Pode-se ver que o conceito de Rede atualiza o modelo de atenção, mas ainda visando à articulação das ações de promoção, prevenção e assistência em seus diversos pontos e níveis de atenção na busca da integralidade do cuidado. Essa atualização se vale tanto das elaborações teóricas advindas do trabalho com a integralidade e suas estratégias de operacionalização quanto do próprio processo de amadurecimento e descentralização gerencial do SUS, ainda que com todos os problemas apontados acima.

As Linhas e Redes de Cuidado, como modelo de atenção à saúde, buscam dar conta dos vários níveis de atenção mantendo na Rede Básica de Saúde, organizada por intermédio da ESF, a porta de entrada principal e a responsabilidade pela gestão do cuidado do paciente e pelo acesso regulado a todos os pontos e níveis do sistema. A proposta incorpora também muitos dos conceitos, arranjos e dispositivos elaborados com base nas proposições da clínica ampliada e do cuidado, acima mapeadas, para a superação das limitações, tanto da clínica quanto da

gestão tradicionais, na busca pela integralidade. Pode-se constatar também que o conceito de vulnerabilidade começa a ser incorporado nessa portaria para as análises das situações de saúde, por mais que o enfoque de risco ainda seja o mais prevalente.

É importante destacar que a portaria também incorpora várias estratégias e dispositivos vindos de outros referenciais teóricos na área da gestão em saúde. Dois desses referenciais valem ser destacados. O da “qualidade” e o da “medicina baseada na evidência”. A utilização de critérios como segurança, eficácia, adequação ao usuário e de diretrizes e protocolos clínicos na definição e manejo das tecnologias e práticas em saúde a serem utilizadas nas Linhas e Redes de Cuidado parece também uma atualização importante da proposta.

Outra dimensão da atualização desse modelo de atenção à saúde diz respeito ao caráter regional das Linhas e Redes, determinado pelo processo de descentralização e municipalização do SUS. Isso implica a pactuação das três esferas de governo ou, ao menos, do nível estadual e municipal/regional. Essa pactuação, em uma relação que se pretende mais horizontal e solidária, formalmente contratada entre os entes da federação, focada nas necessidades de saúde da população daquela região e com a participação de seus representantes, pode ajudar a superar a verticalização, centralização e a fragmentação apontada na gestão e nas políticas e programas do SUS.

Considerações finais

São vividas no presente momento as interpelações que vêm sendo produzidas pela implantação das Redes Regionais Temáticas, e são experimentados os alcances e limites deste novo modelo na superação da fragmentação da atenção e da gestão em saúde para a produção de um cuidado integral. Vale então, à guisa de conclusão, e retomando questões que foram apontadas na tessitura do enredo desta narrativa, apontar alguns dos desafios enfrentados na construção e gestão desse modelo de atenção dentro do SUS.

O primeiro deles, e talvez o mais importante, é a distância que existe entre a formulação de propostas e políticas e sua efetiva realização. Pode-se exemplificar tal ordem de desafios ao se tomar como exemplo a questão da atenção à saúde da mulher. Viu-se que aqui se produziu a primeira experiência institucionalmente organizada de busca da integralidade no cuidado por meio de modelo da ação programática, concretizada na proposta do PAISM. Foi essa, também, a primeira

área temática a contar com a proposição técnica de uma Rede de Cuidado pelo Ministério da Saúde, que veio a ser conhecida como Rede Cegonha⁴³. Entre o PAISM e a Rede Cegonha, foi lançado em 2002 o Programa Humanização do Parto⁴⁴ e, em 2004, a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher⁴⁵.

Apesar da atualização sucessiva das propostas de efetivação de um cuidado humanizado, integral e baseado nas evidências científicas representado por essas políticas e modelos, a dimensão do cuidado profissional pouco se moveu naqueles sentidos propostos. A persistência do elevado número de partos por via cesariana na rede privada, de episiotomia e indução do parto na rede pública e a ausência de acompanhantes durante o trabalho de parto em ambas demonstra a força de resistência que pode existir em práticas profissionais e culturas institucionais fortemente arraigadas em poderes e ideologias impermeáveis, ou mesmo contrários a tais proposições. Essas forças “blindam” o núcleo tecnológico e a organização dos processos de trabalho, apesar das evidências científicas apontarem necessidades de mudança e legítimos anseios da gestão e das usuárias dos serviços⁴⁶.

Outros desafios relevantes são relativos, de um lado, à centralização ou verticalização das propostas programáticas e, de outro, à fragmentação da gestão sistêmica do cuidado, associadas à excessiva ênfase na municipalização. A proposta de redes regionalizadas de atenção à saúde tem o propósito de “corrigir”, de uma só vez, esses dois problemas da gestão do cuidado no SUS. Em que pese a real potencialidade das redes regionalizadas de atenção à saúde como estratégia de “correção de rumo”, a consolidação das redes

e principalmente dos seus espaços e instâncias de articulação e gestão regional representam um enorme desafio político e institucional.

O funcionamento dos colegiados regionais de gestão, em que se dão as negociações entre os municípios e deles com a representação das Secretarias Estaduais, reproduzem muitas das assimetrias de poder antes identificadas apenas nas relações com o Ministério da Saúde, e também são atravessados pelos interesses dos diferentes municípios e pela maior ou menor capacidade de articulação da instância estadual⁴⁷.

As estratégias de consolidação dessa instância regional dentro do SUS tem gerado propostas que vão da qualificação e responsabilização sanitária dos municípios e estados para uma gestão mais republicana dos espaços regionais^{48,49} até as que apontam um esgotamento do modelo atual e propõem a criação de uma nova forma de gestão tripartite do SUS, não mais com base municipal e sim regional e de base autárquica como forma de reverter a fragmentação atual do sistema⁵⁰.

Como se verifica, não são poucos nem pequenos os desafios colocados para a efetivação da integralidade, seja no plano da atenção, da gestão ou da construção de políticas. Todavia, e em que pesem a eficácia e a potência sempre relativas dos modelos de atenção em saúde em face das realidades concretas e complexas, a continuidade e radicalização do processo de implantação das redes regionais de atenção parece ser um caminho possível, desde que não perca sua sintonia com as demais esferas de reconstrução das práticas de saúde e ouça as múltiplas vozes que defendem, com o princípio da integralidade, o direito de todos à saúde.

Colaboradores

A. O. Kalichman contribuiu substancialmente para a concepção do artigo, fez sua primeira versão e a revisão final para submissão. J. R. C. M. Ayres contribuiu substancialmente para a concepção do artigo e fez sua revisão crítica com importantes contribuições intelectuais.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer aos revisores pelas críticas e contribuições que, sem dúvida, contribuíram para a melhoria deste manuscrito.

Referências

1. Pinheiro R, Ferla A, Silva Jr. AG. Integrality in the population's health care programs. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12:343-9.
2. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc* 2009; 18 Suppl 2:11-23.
3. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Abrasco; 2001. p. 39-64.
4. Pinheiro R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Abrasco; 2001. p. 15-28.
5. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EdUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
6. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde e tecnologias: contribuição para a reflexão teórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1988. (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 6).
7. Kalichman AO. A integralidade no cuidado das pessoas vivendo com HIV e AIDS: a experiência do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS da SES-SP [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.
8. Ricoeur P. Del texto a la acción: ensayos de hermenéutica II. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2010.
9. Lecourt D. Para una crítica de la epistemología. México DF: Siglo XXI; 1986.
10. Gadamer HG. Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Editora Vozes; 2004.
11. Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade. <http://www.lappis.org.br/site/> (acessado em 21/Abr/2016).
12. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS* 1998; 7:7-28.
13. Mello GA, Viana ALA. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 2012; 19:1219-39.
14. Arouca ASS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1975.
15. Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1979.
16. Leavell HR, Clark, EG. Textbook of preventive medicine. New York: McGraw-Hill; 1953.
17. Noronha JC, Oliveira JA, Rodrigues RD, Landmann J. Transformações de um ambulatório de medicina integral com vistas a um programa de atenção médica primária. A experiência do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1977; 11:429-43.
18. Cyrino AP, Schraiber LB. O projeto Centro de Saúde de Escola e sua proposta tecno-assistencial. In: Cyrino AP, Magaldi C, organizadores. Saúde e comunidade: 30 anos de experiências em extensão universitária em saúde coletiva. Botucatu: Cultura Acadêmica/Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho; 2002; p. 37-66.
19. Nemes MIB. Prática programática em saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Goncalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações da unidade básica. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2000. p. 48-65.
20. Escorel S. Reviravolta na saúde pública: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
21. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1984. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6).
22. Mota A, Schraiber LB. Atenção primária no sistema de saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saúde Soc* 2011; 20:837-52.
23. Schraiber LB, organizadora. Programação em saúde hoje. São Paulo: Editora Hucitec; 1990.
24. Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Editora Hucitec; 1991.
25. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Mehry EE, Campos GWS, Cecílio LCO, organizadores. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1994. p. 29-87.
26. Merhy EE, Queiroz MS. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cad Saúde Pública* 1993; 9:177-84.
27. Ayres JRCM. O enfoque de risco na programação em saúde. *Saúde Soc* 1995 4:71-4.
28. Mann J, Tarantola D, Netter T. A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Editora Relume-Dumará; 1993.
29. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas – contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface Comun Saúde Educ* 2000; 6:109-16.
30. Ayres JRCM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface Comun Saúde Educ* 2000; 6: 117-20.
31. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001; 6:63-72.
32. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface Comun Saúde Educ* 2004; 8: 73-92.

33. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9:7-14.
34. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Abrasco; 2001.
35. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Abrasco; 2001. p. 113-26.
36. Cecilio LC, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Abrasco; 2007. p. 199-212.
37. Franco TB, Magalhães Jr. HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Jr. HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora Hucitec; 2006. p. 125-33.
38. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
39. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS, organizador. Saúde paidéia. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. p. 51-67.
40. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12:849-59.
41. Cecílio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface Comun Saúde Educ* 2009; 13 Suppl 1:545-55.
42. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 7 jan.
43. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 27 jun.
44. Secretaria Executiva, Ministério da Saúde. Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
45. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
46. Diniz SG, d'Oliveira AFL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reprod Health Matters* 2012; 20:125-32.
47. Carneiro OS, Forster AC, Ferreira JBB. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. *Saúde Debate* 2014; 38:57-68.
48. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12:301-6.
49. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:2753-62.
50. Campos GWS. Regionalização é o futuro do SUS. Entrevista para Região e Redes: Caminhos da Universalização da Saúde no Brasil. <http://www.resbr.net.br/regionalizacao-e-o-futuro-do-sus/> (acessado em 31/Out/2015).

Abstract

Comprehensiveness is the most challenging principle for building health reform in the Brazilian Unified National Health System (SUS). This study aims to identify critical moments in the conceptual debate on comprehensiveness and its contributions to reflection on healthcare technologies in the SUS. The essay addresses some conceptual constructs that approach comprehensiveness as an underlying principle in health programs and actions at various levels and in various dimensions of the healthcare organization – from intersubjective interactions to the organization of regional networks. The study was based on a non-systematic literature review on comprehensiveness and related themes in the Brazilian public health field in the last five decades. The study proposed a chronology/typology spanning the 1960s to the 2010s, divided into four significant periods or categories. The narrative is not intended to be exhaustive, but to build a comprehensive reference base capable of contributing to analyses, assessments, and debates on healthcare organization in the SUS according to the comprehensiveness principle.

Integrality in Health; Health Care; Biomedical Technology; Regional Health Planning

Resumen

Entre los principios del Sistema Único de Salud brasileño (SUS), el de integralidad tal vez sea el que más desafíos supone de todos los presentes en la construcción de la Reforma Sanitaria. El objetivo de este estudio es identificar momentos críticos del debate conceptual, en torno a la integralidad y sus contribuciones, para la reflexión acerca de tecnologías de atención a la salud en el ámbito del SUS. El ensayo recorre algunas construcciones conceptuales que se aproximan a la cuestión de la integralidad, como un principio director de programas y acciones de salud en diversos planos y dimensiones de la organización de la atención a la salud, desde las interacciones intersubjetivas, a la organización de redes regionales. El estudio se basó en una revisión no sistemática de la literatura sobre el tema de la integralidad y cuestiones afines en la producción del campo de la Salud Colectiva brasileña durante las últimas cinco décadas. Se propone una cronología/tipología que se extiende desde los años 60 a la década de 2010, dividiéndola en cuatro períodos/categorías considerados como significativos. La narrativa no pretende ser exhaustiva, sino construir una referencia comprensiva capaz de contribuir a análisis, evaluaciones y debates, a cerca de la organización de la atención a la salud en el SUS, según el principio de la integralidad.

Integralidad em Saúde; Atenção a la Salud; Tecnología Biomédica; Regionalización

Recebido em 06/Nov/2015
Versão final reapresentada em 25/Abr/2016
Aprovado em 13/Jun/2016