

# Universalidade, integralidade, equidade e SUS<sup>I</sup>

## Universality, integrality, equity and SUS

Jairnilson Silva Paim<sup>II</sup>

Lígia Maria Vieira da Silva<sup>III</sup>

### Resumo

Este artigo tem como objetivo discutir as noções de universalidade, equidade e integralidade, a partir de uma revisão não sistemática da literatura. Apresenta uma breve contextualização histórica, destacando que a igualdade está associada à ideia de justiça desde a Revolução Francesa. Já a noção de universalidade está presente nas políticas do Welfare State, na Declaração de Alma Ata e na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Crítica a falta de precisão conceitual da noção de equidade, indicando alguns trabalhos teóricos para fundamentá-la. Discute os vários sentidos produzidos para a integralidade, assim como certas tentativas de operacionalizá-la mediante as propostas de vigilância da saúde, acolhimento e saúde da família. Finalmente, considera que essas noções podem dialogar com aquelas referentes à desigualdade, diferença e iniquidade, concluindo que, no caso do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalidade supõe acesso igualitário aos serviços e ações de saúde, a equidade possibilita a concretização da justiça e a integralidade requer ações intersetoriais e uma nova governança na gestão de políticas públicas.

**Palavras-chave:** Universalidade; integralidade; equidade

### Abstract

The objective of this article is to discuss notions of universality, equity and integrality, starting from a review of the systematic literature. It presents a brief historic context, highlighting that the equality is associated with the idea of justice since the French Revolution. The notion of universality is present in the policies of the Welfare State, in the Declaration of the Alma Ata and in the 8th National Health Conference. It criticizes the lack of conceptual precision of the notion of equity, indicating some theoretical works to act as a fundament for it. It discusses various senses produced for integrality, as well as certain efforts to make it operational by means of health care proposals, family protection and health. Finally, it considers that these notions may dialogue with those referring to inequality, difference and iniquity, concluding that, in the case of the Sistema Único de Saúde (SUS – Single Health Care System), universality supposes equal access to health services, equity allows for the solidification of justice and the integrality requires intersectorial action and a new government administration in public policies.

**Key-words:** Universality; integrality; equity

<sup>I</sup>Artigo baseado, parcialmente, no texto "Universalidade, Integralidade e Equidade" elaborado por um dos autores como subsídio para a formulação do Plano Nacional de Saneamento Básico do Ministério das Cidades.

<sup>II</sup>Jairnilson Silva Paim (jairnil@ufba.br) é professor titular do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA).

<sup>III</sup>Lígia Maria Vieira da Silva (ligiamvs@gmail.com) é professora associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA).



## Introdução

As noções de universalidade, equidade e integralidade têm estado presentes em documentos doutrinários e técnicos da área de saúde divulgados nos últimos sessenta anos. A criação da Organização Mundial da Saúde, a implantação de sistemas de saúde universais, a Declaração de Alma-Ata e a proposta *Saúde para Todos no ano 2000*, podem ter contribuído para o reconhecimento dessas noções enquanto princípios e diretrizes<sup>13</sup>.

Justamente num contexto internacional em que as desigualdades entre países, regiões, classes, grupos sociais e étnico-raciais mais se avolumam, organismos internacionais têm recorrido, também, à *equidade*<sup>17</sup>. Esta vem sendo reiterada como uma das referências para a formulação de políticas públicas, enquanto a *integralidade* parece ser menos enfatizada.

No Brasil, esses termos vêm sendo progressivamente utilizados em documentos técnicos e normativos<sup>2,9</sup>. A *equidade* aparece como sinônimo de igualdade, embora não conste entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), seja na Constituição, seja na Lei Orgânica da Saúde. Os princípios e diretrizes nesses marcos legais são a *igualdade*, a *universalidade* e a *integralidade*<sup>2</sup>.

O objetivo do presente artigo é discutir as noções de universalidade, equidade e integralidade a partir de uma revisão não sistemática da literatura.

## Universalidade, equidade e integralidade: breve contextualização histórica

As noções de *universalidade*, *equidade* e *integralidade* não podem ser compreendidas sem considerar a sua historicidade. Diante das articulações que se estabelecem entre saúde e estrutura social, cada sociedade engendra o seu sistema de proteção social e intervenções sanitárias, ainda que influenciada pelas relações internacionais. Com efeito, a reflexão sobre a incorporação dessas noções pelas políticas públicas demanda a identificação de dois vetores: o sanitarismo e os sistemas de proteção social.

O sanitarismo, embora surgido em sociedades capitalistas com predomínio do liberalismo econômico e político no século XIX, defendia a intervenção do Estado, particularmente nos problemas que os indivíduos e a iniciativa privada não eram capazes de resolver. Os reformadores sociais propunham uma legislação sanitária e ações para o enfrentamento de epidemias, constituindo as bases do que se reconhece como Saúde Pública<sup>20</sup>.

Paralelamente, os países europeus desenvolveram sistemas de proteção social<sup>6</sup>, sofrendo influências econômicas, políticas e ideológicas. Nos países em que prevalecia o liberalismo, instituiu-se um sistema baseado na *assistência*, dirigido fundamentalmente aos pobres, que precisavam provar a sua situação de carência. Este tipo de proteção social, ainda vigente em muitos países,

é conhecido como *residual*, correspondendo a uma cidadania invertida.

No final do século XIX, teve início na Alemanha o *seguro social*, no qual trabalhadores, empresários e o Estado contribuiriam para a proteção dos indivíduos em casos de morte, aposentadorias, acidentes e doenças. O acesso a tais benefícios dependeria de contribuição prévia, de modo que este tipo de sistema de proteção social é denominado de *meritocrático*. Admite uma cidadania regulada, já que o acesso aos benefícios não é universal, nem se baseia na integralidade e na equidade, mas no mérito da contribuição.

Em meados do século XX, são propostas políticas públicas de caráter universal, integrantes dos *Welfare States*. A partir de então, configura-se um terceiro tipo de sistema de proteção social conhecido como *seguridade social*. Supõe a solidariedade da sociedade para a sua manutenção, de sorte que o seu financiamento tem origem nos impostos coletados de todos. Apresenta um caráter institucional e o acesso aos seus benefícios é inerente à condição de cidadania. A universalidade passa a ser contemplada e, num momento ulterior, ganha espaço a noção de equidade.

O Brasil incorporou o sanitarismo no alvorecer do século XX, ao tempo em que criou institutos de previdência específicos para cada categoria de trabalhadores, incluindo a assistência médica. Estas instituições do *seguro social* foram unificadas durante o autoritarismo, resultando no Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Na Constituição de 1988, foi concebida a Seguridade Social, composta pela saúde, previdência e assistência social, permitindo a implantação do SUS<sup>13</sup>.

### Universalidade

As noções de universalidade e equidade estão relacionadas ao princípio da igualdade que, por sua vez, está associado à ideia de justiça no pensamento dos principais filósofos<sup>18</sup>. O universal é aquilo que é comum a todos. Essa ideia está presente no lema da Revolução Francesa e nas promessas dos socialistas utópicos.

Na saúde, as propostas do *Welfare State* e da Conferência de Alma-Ata, defendendo o direito à saúde, reforçaram o princípio da universalidade. Assim, o Brasil implantou programas de extensão de cobertura, como o *Programa de Interiorização das Ações de Saúde Saneamento do Nordeste* (PIASS), que se ampliaram por meio das *Ações Integradas de Saúde* (AIS) e dos *Sistemas*

*Unificados e Descentralizados de Saúde* (SUDS), incorporando os princípios da *universalidade* e *integralidade*<sup>13</sup>. Estes foram reiterados na 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS)<sup>1</sup>.

Com a Constituição de 1988, foi possível incorporar os direitos sociais ligados à cidadania, inspirando-se no modelo da *Seguridade Social*. Depois de indicar a relevância das políticas econômicas e sociais para a garantia do direito à saúde, a Constituição fez referência ao *acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação*<sup>2</sup>.

### Equidade

Do ponto de vista etimológico, a palavra *equidade* está próxima da *igualdade* e ambas têm sido frequentemente usadas como sinônimos. São consideradas um contraponto para as desigualdades, sejam as socioeconômicas, sejam as de saúde. Assim, organismos internacionais admitem que *equidade* implica a diminuição das diferenças evitáveis e injustas, ao mínimo possível, e na oferta de serviços de saúde em função das necessidades e da capacidade de pagamento<sup>12</sup>. No entanto, muitos textos técnicos e artigos científicos usam a *equidade* sem preocupação com a precisão conceitual.

É possível distinguir a *equidade horizontal* e a *equidade vertical* baseadas na ideia aristotélica de justiça. A primeira diz respeito ao igual tratamento para iguais e a segunda supõe tratamento desigual para desiguais<sup>21</sup>. Embora a igualdade seja um valor importante, haveria situações em que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde. Nesses casos, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades. Assim, a questão posta vai no sentido de demonstrar que a igualdade pode não ser justa. Com vistas, sobretudo, à distribuição de recursos, a noção de *equidade* admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade.

Portanto, faz-se necessário explicitar um marco conceitual que permita analisar e interpretar a questão da *equidade*<sup>22</sup>. Estes autores partem da discussão sobre as diferentes fórmulas da justiça que implicam distintas categorias de igualdade, bem como do conceito de equidade no sentido dado por Perelman<sup>18</sup> como instrumento da justiça para resolver as contradições geradas pelas diferentes “classes de igualdades”. Consideram a

contribuição de Heller<sup>8</sup> em que equidade corresponde à justiça, admitindo um outro critério para sua definição: para cada um, aquilo que lhe é devido por ser um membro de um grupo ou categoria essencial.

O SUS tem sido defendido como política, fundamentalmente, universal, mas que pode contemplar de forma progressiva a *equidade*<sup>14</sup>. Nessa perspectiva, o conceito de universalidade não se contrapõe ao conceito de equidade formulado por Perelman<sup>18</sup>. O sistema de saúde, ao ser universal, pressiona em termos de qualidade, tendo em vista a sua utilização por todas as classes sociais, ou pelo menos por parte das classes médias dotadas de maior poder de barganha e interferência no campo político. Dessa forma, conceber e implementar serviços de saúde universais pode ser uma estratégia de assegurar às classes populares acesso a serviços de melhor qualidade e, portanto, exercitar a equidade. Possibilitaria o exercício da justiça na esfera pública, levando em conta a identificação de grupos ou categorias essenciais, adotando uma perspectiva de *responsabilidade simétrica, comunicação e cooperação*<sup>8</sup>.

### Integralidade

Na Constituição, *integralidade* aparece como uma diretriz para a organização do SUS, ao lado da descentralização e da participação da comunidade. Embora alguns dos sentidos atribuídos pelos autores nacionais à noção de integralidade tenham alguma correspondência, na literatura internacional, aos termos *comprehensive medicine* e *comprehensive care* ou, ainda, continuidade e coordenação do cuidado, pretende-se, neste tópico, privilegiar a produção científica brasileira.

Originalmente, a ideia de integralidade surge com a proposta da Medicina Integral ou *Comprehensive Medicine*. Assim, a Medicina Integral seria capaz de articular as ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação<sup>15</sup>.

No Brasil, a integralidade apareceu no discurso governamental através do *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*<sup>3</sup> e das AIS. Nesse âmbito, o seu sentido estava relacionado à articulação entre prevenção e assistência. Os textos que alimentaram as discussões da 8ª CNS apontavam para este princípio<sup>1</sup>. Posteriormente, a Constituição incorporou-o como uma das diretrizes para o SUS: *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*. Já a Lei 8.080/90 refere-se à integralidade

da assistência, entendida como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”<sup>2</sup>.

Dessa forma, a Reforma Sanitária Brasileira contemplou originalmente a integralidade em pelo menos quatro perspectivas: a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.

A integralidade, como noção polissêmica, pode ser vista como *imagem-objetivo* ou bandeira de luta, como valor a ser sustentado e defendido, como dimensão das práticas e como atitude diante das formas de organizar o processo de trabalho<sup>10</sup>. Aparece, também, como categoria genérica capaz de englobar diversas dimensões do cuidado (acesso, qualidade, relações interpessoais) e até mesmo das pessoas, como “autonomia”. Outros autores admitem que os sistemas de serviços de saúde, organizados na perspectiva da integralidade da atenção, adotariam as seguintes premissas: a) primazia das ações de promoção e prevenção; b) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; c) articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; d) a abordagem integral do indivíduo e famílias<sup>7</sup>. No processo político-institucional, distintos modos tecnológicos de intervenção têm contemplado a integralidade buscando formas de operacionalização<sup>4</sup>.

Com base na revisão da literatura, podem-se identificar pelo menos cinco condições de adoção da integralidade: cuidado, prática, programa, política e sistema. Assim, a integralidade pode ser entendida como um enunciado de certas características do sistema, instituições e práticas.

No caso do *cuidado integral*, a pessoa é compreendida na sua totalidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Assim, a assistência médica integral, mesmo na dimensão individual, apresenta um caráter completo, valorizando as interações

entre os sujeitos e a construção de vínculos na atenção entre os usuários do cuidado e os cuidadores. A conversação sujeito-equipe possibilitaria a apreensão das necessidades que orientariam o estabelecimento do projeto terapêutico-assistencial<sup>11</sup>. A proposta de *acolhimento* poderia ser um exemplo desse *cuidado integral*.

A *prática integral* organiza e articula processos de trabalho e tecnologias distintos, possibilitando que trabalhos parcelares resultem numa intervenção mais abrangente e completa. É possível pensá-la para além de uma “atitude”, como racionalidade que orienta a combinação de tecnologias estruturadas para o enfrentamento de problemas e atendimento de necessidades. É o caso, por exemplo, da proposta da vigilância da saúde que orienta intervenções voltadas para o controle de danos, de riscos e de determinantes socioambientais em um dado território<sup>16</sup>.

Um *programa integral* permite explicitar objetivos, recursos e atividades contemplando necessidades de diversas ordens, inclusive os determinantes socioambientais de uma dada situação, embora com uma atuação predominantemente setorial<sup>19</sup>.

*Políticas públicas integradas* ou integrais implicam a articulação de políticas, programas e projetos, exigindo ação intersetorial e gestão compartilhada e pactuada, a exemplo da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do SUS, bem como de iniciativas recentes de “sistemas únicos” de assistência social (SUAS) e de segurança pública (SUSP).

O *sistema integral* permite o entrosamento de políticas, programas, práticas e cuidados. O caráter sistêmico e integral do conjunto das intervenções contribuiria para assegurar maior efetividade, pois poderia atuar sobre as manifestações fenomênicas (nós críticos e acumulações), assim como sobre as regras básicas.

Apesar da relevância da ampliação de novos sentidos e significados para essa noção, caberia uma justificada cautela diante de tal alargamento semântico, pois, além de exponenciar a polissemia, pode resultar no esvaziamento teórico de um conceito em construção, sacrificando o seu potencial heurístico.

### Desigualdades, diferenças e iniquidades

A literatura tem revelado uma elevada produção de pesquisas sobre desigualdades em saúde<sup>5</sup>. Embora muitos estudos não se preocupem em conceituar *desigualdade*, estes têm indicado assimetrias de indica-

dores de saúde entre classes sociais, bairros, raça-cor, estratos de renda, educação, ocupação, etc.

No caso da *diferença*, pode ilustrar a diversidade no domínio da vida biológica, como a mortalidade entre jovens e idosos.

Quanto à *iniquidade*, corresponde à injustiça, seja como negação da igualdade no âmbito da superestrutura político-ideológica, seja como um produto inerente à própria estrutura social.

Assim, os termos *diferença*, *desigualdade* e *iniquidade* tendem a dialogar com as noções revisitadas ao longo deste texto, uma vez que a sua superação pode ser objeto de políticas públicas para o desenvolvimento do SUS.

### Comentários finais

A revisão dos estudos sobre *universalidade*, *equidade* e *integralidade* aponta para distintas definições e abordagens teórico-conceituais. Ideologias e teorias competem na construção de conceitos, de modo que foi possível verificar desde elaborações mais superficiais e parciais, até a produção de conceitos teóricos derivados de fundamentação filosófica, além de pesquisas empíricas.

Enquanto a *diferença* apresenta-se aceitável na perspectiva biológica ou cultural, a *desigualdade* e a *iniquidade* são produzidas socialmente e remetem para uma reflexão sobre a justiça.

A defesa de políticas públicas universais e igualitárias não impede que, num momento seguinte, prevaleça o princípio da *equidade*. Se é possível constatar sistemas universais que buscam a *equidade* para se tornarem mais justos, não se conhecem experiências de políticas focalizadas que resultassem em sistemas universais.

No SUS, *universalidade* supõe que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural. A *equidade* possibilita a concretização da justiça, com a prestação de serviços, destacando *um grupo ou categoria essencial* alvo especial das intervenções. E a *integralidade* tende a reforçar as ações intersetoriais e a construção de uma nova governança na gestão de políticas públicas.

### Referências

1. Abrasco. Pelo direito universal à saúde. [Contribuição da Abrasco para os debates da VIII Conferência Nacional de Saúde; 1985 Novembro; Rio de Janeiro, Brasil].
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília: CONASS; 2003.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.
4. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8 (2):569-584.
5. Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
6. Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.23-64.
7. Giovanella L, Lobato L de VC, Conill EM, Cunha EM. Sistemas Municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate* 2002; 26 (60): 37-61.
8. Heller A. Além da Justiça. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1998.
9. Kadt E, Tasca R. Promovendo a equidade: Um novo enfoque com base no setor da saúde. Hucitec-Cooperação Italiana em Saúde: São Paulo-Salvador; 1993.
10. 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: UERJ/IMS; 2001. p. 39-64.
11. Mattos RA. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (05):1411-1416.
12. OPS. La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los Procesos de Reforma del Sector Salud. Washington: OPS, 1997.
13. Paim JS. Saúde Política e Reforma Sanitária. CEPS-ISC: Salvador; 2002.
14. Paim JS. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade* 2006; 15 (2):34-46.
15. Paim JS. Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI. Salvador: EDUFBA, 2006b.153p.
16. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 547-573.
17. Paim JS, Vieira da Silva LM. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos JR, organizadores. Gestão em redes. Práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 91-111.
18. Perelman C. Ética e direito. São Paulo: Editora Martins Fontes; 1996.
19. Ribeiro C. A integralidade e seus percursos no SUS. Florianópolis; 2008. Dissertação de Mestrado [Pós-Graduação em Saúde Pública] - Universidade Federal de Santa Catarina.
20. Rosen G. Uma história da Saúde Pública. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Editora da Universidade Estadual Paulista/ABRASCO; 1994.
21. Vieira da Silva LM, Almeida-Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saúde Pública* 2009; 25 (2):5217-26.
22. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int Jour Health Serv* 1992; 22: 429-45.