

# O cuidado sanitário como essência da integralidade: o ideal regulador do sistema público de saúde no tratamento da saúde mental<sup>1</sup>

*La atención sanitaria como esencia de la integridad: el ideal regulador del sistema de salud pública  
en el tratamiento de la salud mental*

*Health care as the essence of integrality: the regulatory ideal of the public health system in the  
treatment of mental health*

*L'assistenza sanitaria come essenza dell'integralità: l'ideale regolatore del sistema sanitario  
pubblico nel trattamento della salute mentale*

**Mônica Bruno Couto<sup>2</sup>**

Mestranda, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil

**Marcelo Lamy<sup>3</sup>**

Pós-Doutor, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil

**RESUMO: Contexto:** O cuidado é compreendido no campo da filosofia como dimensão essencial, isto é, como modo de ser da existência humana. No campo da saúde pública, o cuidado sanitário desponta como categoria estruturante do modelo de atenção à saúde que tem como fundamento o conceito da integralidade dentro do princípio basilar do Sistema Único de Saúde (SUS). **Problema:** No entanto, o problema reside na falta de exercício da prática o cuidado do outro, onde muitas vezes são adotadas práticas reducionistas biomédicas. **Objetivos:** Diante desse contexto, o presente artigo tem como objetivo refletir sobre o conceito de cuidado sanitário descrevendo sua centralidade na constituição do humano e sua contribuição para a efetivação da integralidade no modelo de atenção à saúde mental. **Métodos:** O presente estudo adotou uma abordagem qualitativa de caráter reflexivo e conceitual, utilizando como método heurístico de investigação de definição científica e filosófica. **Resultados:** A filosofia, as normas jurídicas e os paradigmas médicos estão em sintonia com relação ao seguinte resultado: a integralidade – definida como o acesso articulado e contínuo às ações e aos serviços de saúde, preventivos e curativos, em todos os níveis de complexidade que se fizerem necessários –, na saúde mental, depende do modelo de atenção fundado na ideia de cuidado. **Conclusões:** Conclui-se que a compreensão ampliada de essência do cuidado fortalece práticas e políticas públicas mais inclusivas, solidárias e orientadas às necessidades reais dos sujeitos, por isso adequadas à integralidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Reflexão Cognitiva. Modelos de Assistência à Saúde. Integralidade em Saúde. Sistemas de Saúde. Saúde Mental.

---

<sup>1</sup> Esse trabalho foi apresentado originalmente no VII Congresso Internacional de Direito da Saúde, realizado em 23, 24 e 25 de outubro de 2025 na Universidade Santa Cecília (Unisantia). Em função da recomendação de publicação da Comissão Científica do Congresso, fez-se a presente versão.

<sup>2</sup> Advogada. Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais Aplicadas (Unisantos). Mestranda Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu (Bolsista CAPES), Mestrado em Direito (Unisantia). Especialização em Pós-graduação Lato Sensu em Direito Previdenciário e Processo Previdenciário (Unisantia). Professora da Pós-Graduação Direito do Trabalho e Previdência Social.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-2315-3316>. CV: <http://lattes.cnpq.br/8283729715318336>. E-mail: [mc189645@alunos.unisantia.br](mailto:mc189645@alunos.unisantia.br).

<sup>3</sup> Advogado. Bacharel em Ciências Jurídicas (UFPR). Mestre em Direito Administrativo (USP). Doutor em Direito Constitucional (PUC-SP). Pós-doutor em Políticas Públicas em Saúde (Fiocruz Brasília). Pós-doutor em Direitos Fundamentais e Acesso à Justiça (UFBA). Professor Permanente e Vice-Coordenador do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, Mestrado em Direito (UNISANTIA). Professor da Master of Science in Legal Studies, Emphasis in International Law (MUST University). Professor no curso Direito e no curso Relações Internacionais (Unisantia). Líder do Grupo de Pesquisa CNPq\Unisantia "Direitos Humanos, Desenvolvimento Sustentável e Tutela Jurídica da Saúde". Diretor Geral do Observatório dos Direitos do Migrante (Unisantia). Coordenador do Laboratório de Políticas Públicas (Unisantia). Professor da Faculdade de Direito (ESAMC-Santos). ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8519-2280>. CV: <http://lattes.cnpq.br/9347562683746206>. E-mail: [marcelolamy@unisantia.br](mailto:marcelolamy@unisantia.br)

**RESUMEN:** *Contexto:* El cuidado se entiende en el campo de la filosofía como una dimensión esencial, es decir, como una forma de ser de la existencia humana. En el campo de la salud pública, el cuidado sanitario surge como una categoría estructurante del modelo de atención sanitaria que se basa en el concepto de integralidad dentro del principio básico del Sistema Único de Salud (SUS). *Problema:* Sin embargo, el problema radica en la falta de ejercicio de la práctica del cuidado del otro, donde a menudo se adoptan prácticas biomédicas reduccionistas. *Objetivos:* En este contexto, el presente artículo tiene como objetivo reflexionar sobre el concepto de cuidado sanitario, describiendo su centralidad en la constitución del ser humano y su contribución a la efectividad de la integralidad en el modelo de atención a la salud mental. *Métodos:* El presente estudio adoptó un enfoque cualitativo de carácter reflexivo y conceptual, utilizando como método heurístico de investigación la definición científica y filosófica. *Resultados:* La filosofía, las normas jurídicas y los paradigmas médicos están en sintonía con respecto al siguiente resultado: la integralidad —definida como el acceso articulado y continuo a las acciones y servicios de salud, preventivos y curativos, en todos los niveles de complejidad que sean necesarios— en la salud mental depende del modelo de atención basado en la idea de cuidado. *Conclusiones:* Se concluye que la comprensión ampliada de la esencia del cuidado fortalece prácticas y políticas públicas más inclusivas, solidarias y orientadas a las necesidades reales de los sujetos, por lo que son adecuadas para la integralidad.

**PALABRAS CLAVE:** Reflexión Cognitiva. Modelos de Atención de Salud. Integralidad en Salud. Sistemas de Salud. Salud Mental.

**ABSTRACT:** *Context:* Care is understood in the field of philosophy as an essential dimension, that is, as a way of being in human existence. In the field of public health, healthcare emerges as a structuring category of the healthcare model based on the concept of comprehensiveness within the fundamental principle of the Unified Health System (SUS). *Problem:* However, the problem lies in the lack of practice of caring for others, where reductionist biomedical practices are often adopted. *Objectives:* Given this context, this article aims to reflect on the concept of health care, describing its centrality in the constitution of the human being and its contribution to the implementation of comprehensiveness in the mental health care model. *Methods:* This study adopted a qualitative approach of a reflective and conceptual nature, using a heuristic method of scientific and philosophical investigation. *Results:* Philosophy, legal norms, and medical paradigms are in agreement with the following result: comprehensiveness—defined as coordinated and continuous access to preventive and curative health actions and services at all necessary levels of complexity—in mental health depends on a care model based on the idea of care. *Conclusions:* It is concluded that a broader understanding of the essence of care strengthens more inclusive and supportive public practices and policies that are oriented toward the real needs of individuals and are therefore appropriate for comprehensiveness.

**KEYWORDS:** Cognitive Reflection. Healthcare Models. Integrality in Health. Health Systems. Mental Health.

**RIASSUNTO:** *Contesto:* La cura è intesa, nell'ambito della filosofia, come dimensione essenziale, ossia come modo di essere dell'esistenza umana. Nel campo della sanità pubblica, la cura sanitaria emerge come categoria strutturante del modello di assistenza alla salute, che si fonda sul concetto di integralità all'interno del principio basilare del Sistema Sanitario Unico (SUS). *Problema:* Tuttavia, il problema risiede nella mancanza di esercizio della pratica della cura dell'altro, in cui spesso vengono adottate pratiche biomediche riduzioniste. *Obiettivi:* Alla luce di questo contesto, il presente articolo si propone di riflettere sul concetto di cura sanitaria, descrivendone la centralità nella costituzione dell'umano e il suo contributo alla realizzazione dell'integralità nel modello di assistenza alla salute mentale. *Metodi:* Questo studio ha adottato un approccio qualitativo di carattere riflessivo e concettuale, utilizzando come metodo euristico d'indagine la definizione scientifica e filosofica. *Risultati:* La filosofia, le norme giuridiche e i paradigmi medici sono in sintonia rispetto al seguente risultato: l'integralità — definita come accesso articolato e continuo alle azioni e ai servizi sanitari, preventivi e curativi, a tutti i livelli di complessità necessari — nella salute mentale dipende dal modello di assistenza fondato sull'idea di cura. *Conclusioni:* Si conclude che la comprensione ampliata dell'essenza della cura rafforza pratiche e politiche pubbliche più inclusive, solidali e orientate ai bisogni reali dei soggetti, risultando quindi adeguate all'integralità.

**PAROLE CHIAVE:** Riflessione cognitiva. Modelli di assistenza sanitaria. Completezza in Salute. Sistemi sanitari. Salute mentale.

## Introdução

O cuidado no âmbito da filosofia, alcança a raiz da existência humana e tem como característica singular, colocar cuidado em tudo que projeta e faz, pois, sem cuidado, “o ser humano desestrutura-se, definha e morre” (Boff, 1999, p. 39).

O cuidado desponta na saúde coletiva como fundamento essencial do modelo proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através do método de Eric Cassell, importante médico da família americana, que aponta para o fato de que “existem pessoas que sofrem e não estão doentes (ou enfermas), e muitas podem estar gravemente doentes (e enfermas) e mesmo assim não sofrer” (Caderno de Atenção Básica, nº34, 2013, p. 29). Para Carnut, “o cuidado emerge como categoria central na prática de quaisquer profissionais de saúde, exigindo ética, solidariedade e confiança” (2017).

Entretanto, o cuidado sanitário, no âmbito da saúde mental, ainda encontra obstáculos institucionais, epistemológicos e sociais que persistem, haja vista, pelas práticas fragmentadas, marcadas pelo modelo biomédico reducionista (que ainda exerce forte influência), que privilegiam práticas medicalizantes em detrimento da escuta e do vínculo.

Além disso, a fragmentação da rede de atenção rompe continuidades no cuidado, especialmente em momentos de crise, quando vínculos construídos em serviços territoriais são desfeitos pela internação hospitalar. A escassez de recursos, a precariedade de serviços comunitários e o estigma associado ao sofrimento psíquico contribuem para esses rompimentos.

Esse cenário revela controvérsias teóricas e operacionais. De um lado, a filosofia e a ética fundamentam o cuidado como atitude essencial e transformadora e, de outro, os desafios estruturais, políticos, culturais e territoriais limitam a sua aplicação.

A proposta desta investigação encontra-se no diálogo entre a reflexão filosófica de Leonardo Boff (1999) e Heidegger (1889-1976), que compreendem o cuidado como atitude ética e modo de ser, e as disposições constitucionais e normativas que orientam o Sistema Único de Saúde, em especial o comando imperativo da integralidade como diretriz estruturante prevista na Constituição de 1988 e na Lei nº 8.080/1990. A integralidade articulada ao cuidado e à atenção primária é o eixo estrutural do SUS.

Ademais, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) e a Observação Geral nº 14 do Comitê da ONU sobre esse pacto, reforça a necessidade da compreensão do cuidado sanitário como obrigação ética e jurídica do Estado.

Os textos de Ayres (2003), Merhy (2000) e Mattos (2008) reforçam que a integralidade somente se realiza quando o cuidado é assumido como eixo central, superando reducionismos e promovendo vínculos entre sujeitos, equipes e territórios.

Dessa forma, a pesquisa tem por objetivo refletir sobre a centralidade do cuidado sanitário na constituição do humano e sua contribuição para a efetivação da integralidade no modelo de atenção à saúde mental, analisando sua relevância ética, filosófica e normativa. Busca, assim, oferecer elementos que fundamentem políticas públicas inclusivas, solidárias e orientadas às necessidades concretas dos sujeitos.

No tocante a metodologia, o presente estudo adotou uma abordagem qualitativa de caráter reflexivo e conceitual, utilizando o método heurístico reflexivo – sugerido por Abraham A. Moles e que tem por “objetivo explorar [...] o pensamento, a doutrina ou os conceitos antes estabelecidos (Lamy, 2020, p. 84) – do subtipo definições, vocacionado para “tomar ideias armazenadas na linguagem (em teorias ou em textos de outros pensadores ou cientistas), retificando-as, renovando-as, circunscrevendo-as em noções, conceitos ou definições” (Lamy, 2020, p. 86).

Do ponto de vista operacional, debruçou-se sobre material bibliográfico (livros e artigos científicos) e documental (normas internacionais e nacionais, parlamentares e regulamentares) referenciado no Caderno de Atenção Básica nº 34 do Ministério da Saúde. Em complemento, foi realizada a coleta bibliográfica utilizando os termos “integralidade”, “saúde mental” e “cuidado” nas plataformas Scielo, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual da Saúde, a partir de 2021 (ano da Lei n. 10.216, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental).

A análise do material seguiu a técnica da leitura sintópica, recomendada por Mortimer Adler, que almeja apenas identificar como cada texto consultado responde às perguntas feitas pelos pesquisadores (Lamy, 2020, p. 145).

## Resultados e Discussão

O presente trabalho obteve resultados que permitem confirmar que o cuidado sanitário se revela como categoria central para compreender e efetivar a integralidade em saúde, especialmente no que se refere ao modelo de atenção à saúde mental do sistema público de saúde.

No campo da filosofia, Leonardo Boff (1999) reforça a centralidade da ética do cuidado como uma atitude permanente de responsabilização e envolvimento, o que representa uma atitude de ocupação, preocupação e de um momento de atenção.

Ao ser compreendido como dimensão constitutiva de existência, o cuidado se apresenta como elemento indispensável para sustentar práticas humanizadas e projetar políticas públicas voltadas a promoção do bem-estar social dos indivíduos.

No Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC, art. 12) e na Observação Geral nº 14 (2000) do Comitê da ONU, resta estabelecido o direito ao mais alto nível possível de saúde. Para que isso seja possível, esses documentos afirmam que o direito à saúde é indissociável das condições sociais, econômicas e culturais, garantias da dignidade, da igualdade e da efetivação do princípio da integralidade.

A Constituição Federal de 1988, estabeleceu em seu artigo 198, inciso II, a integralidade como diretriz fundamental. A Lei nº 8.080/1990, que regulamenta a organização do sistema, reforça a diretriz e dá um primeiro passo para a sua operacionalização, ao defini-la como o conjunto articulado e contínuo de ações preventivas e curativas em todos os níveis de complexidade.

A Lei nº 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, ao superar a lógica asilar e hospitalocêntrica e colocar o cuidado integral no território (eixo estruturante da política pública de saúde mental), conectou logicamente a integralidade com um modelo atento ao cuidado que chamamos atenção nesse trabalho.

O Caderno de Atenção Básica, nº 34, do Ministério da Saúde, por sua vez, revela os avanços necessários e os desafios a serem enfrentados na efetivação da integralidade em saúde mental, haja vista a proposição que faz de um modelo de atenção à saúde mental que valorize a escuta, o acolhimento e o cuidado, focado na construção de vínculos e tratamentos compreensivos de todas as dimensões da pessoa.

Os resultados relatados em maiores detalhes a seguir mostram que a integralidade somente se concretiza quando o cuidado é assumido como atitude essencial, respaldada por fundamentos filosóficos, normativos e práticos, quando essa é a referência para a organização do SUS e para a humanização da atenção em saúde mental.

## 1 O cuidado como atitude essencial e transformadora

O cuidado quando analisado em sua dimensão mais profunda, revela-se como elemento constitutivo da existência humana que extrapola a ideia de ato de atenção pontual para se configurar como uma atitude que estrutura as relações.

A filosofia, a ética e as práticas em saúde convergem para demonstrar que cuidar é estruturar a vida, transformando tanto o indivíduo, quanto a coletividade.

No contexto filosófico, Martin Heidegger (1889-1976), que trata com excelência do cuidado (*sorge*) como a estrutura ontológica fundamental do ser humano. O "ser-aí" ou a presença humana no mundo (*dasein*), a presença singular do homem no tempo que se realiza numa relação contínua, ciente da sua existência e de que deve confrontar questões como a mortalidade e a busca por um sentido para a sua vida, está entrelaçada com a ideia de cuidado.

O cuidado, nessa perspectiva, não é um ato circunstancial, mas a própria condição que sustenta a vida e o convívio humano. Como observa Ayres (2003), ao interpretar Heidegger, o cuidado é a marca essencial do existir, pois “o ser-aí é, em seu ser, essencialmente cuidado” (Heidegger, 1995, apud Ayres, 2003).

Essa formulação indica que o cuidado antecede qualquer prática ou técnica, constituindo-se como fundamento originário da vida.

Outrossim, o filósofo Leonardo Boff, em sua obra *Saber Cuidar*, ressalta o caráter ético do cuidado:

“Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (Boff, 1999)

Nesse contexto, o cuidado revela-se como essencial, pois garante a preservação da vida em múltiplas dimensões: biológica, emocional, social e espiritual e não se limita ao campo da saúde, mas se projeta como fundamento ético para todas as esferas da vida.

Na reflexão sobre o adoecimento, o autor enfatiza: “não é uma parte que está doente, mas é a vida que adocece em suas várias dimensões” (Boff, 1999).

Ainda, ao tratar da prática do cuidado, o autor traz resultados de concretizações que se destacam em dimensões fundamentais: O cuidado com o outro e o cuidado com o corpo, na saúde e na doença:

“A doença significa dano à totalidade da existência. Não é o joelho que dói. Sou eu, em minha totalidade existencial, que sofro. Portanto, não é uma parte que está doente, mas é a vida que adocece em suas várias dimensões: em relação a si mesmo, em relação com a sociedade, em relação ao sentido global da vida” (Boff, 1999).

### 1.1 O cuidado da pessoa

A dimensão de cuidado na sua totalidade existencial que trata Leonardo Boff, traz uma importante conexão com a ideia de que o cuidado transcende o tratamento de doenças. O cuidado deve ser concentrado a pessoa complexa, reconhecendo-a como sujeito de múltiplas dimensões. Toda pessoa tem memórias e experiências passadas, expectativas de futuro, relações familiares e

sociais, um mundo cultural e político, um corpo vívido e uma vida secreta e uma dimensão transcendente. (Brasil, 2013 s.d.; Cassell, 1982, p. 29-31).

Todos esses aspectos de personalidade da pessoa são suscetíveis a perdas e danos. Para Cassell, “as lesões que atingem a integridade da pessoa podem manifestar-se através de sentimentos como tristeza, raiva, solidão, depressão, pesar, melancolia, fúria, retraimento ou desejo intenso”. (Cassell, 1982). É legítimo reconhecer que o indivíduo possui o direito de experimentar e expressar tais emoções.

## 1.2 O cuidado do sofrimento

As fontes definem o sofrimento não como um sinônimo de dor ou doença, mas como a vivência de uma ameaça à integridade e a identidade da pessoa. Uma pessoa sofre quando vivencia a “ameaça de ruptura da unidade/identidade da pessoa. (Brasil, 2013, p. 32)

O reconhecimento do sofrimento enfrenta desafios no campo da medicina, haja vista, os profissionais da saúde tendem a valorizar as evidências objetivas possíveis para os aspectos físicos em detrimento das informações subjetivas relatadas pelos pacientes. Cassell observa que o sofrimento não se limita a um sintoma físico, mas envolve a ameaça à integridade e à identidade da pessoa, manifestando-se em medos, preocupações e significados atribuídos à doença (Cassell, 1999, p. 533)

Nesse contexto, o cuidado com o corpo e a mente não deve ser tratado de forma distinta. Para Cassell, “Não é possível tratar a doença como algo que acontece exclusivamente ao corpo sem, com isso, correr o risco de causar danos à pessoa” (Cassell, 1982, p.132). Desconsiderar qualquer uma dessas dimensões resulta em sofrimento considerável, pois compromete a integridade da pessoa.

Considerando a dimensão existencial, o cuidado como prática sanitária significa atender o ser humano dentro da sua situação de vulnerabilidade, em seu sofrimento, de uma forma integral. Isto implica em que a interação entre os usuários do sistema público de saúde e os profissionais de saúde exige um modelo vocacionado à escuta, ao acolhimento e ao respeito pelo seu sofrimento.

## 1.3 O cuidado no território existencial

Outrossim, a ideia de cuidado deve ser expandida para além do indivíduo ao se conectar com o conceito de território. O Caderno de Atenção Básica nº 34, propõe superar a noção de território apenas como um espaço geográfico (Brasil, 2013). Incorpora-se a ideia de “território-vivo” ou “territórios existenciais”, que consideram as relações sociais, as dinâmicas de poder e a subjetividade tanto dos usuários, quanto dos profissionais da saúde que constituem um lugar (Brasil, 2013)

O cuidado nesse contexto, envolve incorporação de novos *territórios existenciais*, o que significa acionar redes de apoio, articular diferentes serviços e saberes, e criar possibilidades de cuidado que sustentem a pessoa em sofrimento. (Brasil, 2013)

Fortalecer a coesão social, nesse caso, o sofrimento muitas vezes está ligado a questões sociais complexas como pobreza, violência e exclusão. Dessa forma, as ações de cuidado no território podem fortalecer os laços comunitários, que são um indicador de saúde coletiva. (Brasil, 2013) Além de promover saúde mental quando há estímulo de novas fórmulas de criatividade, consciência social e autonomia dos indivíduos e grupos de territórios. (Brasil, 2013)

Dessa forma, o cuidado desejado é uma prática que reconhece a complexidade da vida humana, tem como meta aliviar o sofrimento restaurando a integridade da pessoa e atua de forma ampla no território para tecer redes de apoio e promover a vida em suas dimensões individual e coletiva (Brasil, 2013).

#### **1.4 O cuidado como núcleo da humanização das relações**

Por isso, Ayres (2003) defende o cuidado como prática sanitária e como horizonte reconstrutivo do modelo de atenção. Para o autor, a efetivação da promoção da saúde, da vigilância e da redução de vulnerabilidades só é possível quando o cuidado é assumido como eixo estruturante, como eixo central. Isso exige que os usuários devem ser vistos como sujeitos ativos, e não como objetos de intervenção. Nesse contexto, tecnologias leves como a escuta, o acolhimento e o vínculo tornam-se fundamentais para a integralidade (Merhy, 2000).

Historicamente, a prática do cuidado foi atribuída às mulheres, vinculada ao espaço doméstico e às atividades de manutenção da vida, como o cuidado com os filhos e com os doentes (Pinheiro, 2009, p. 2).

Logicamente, a prática do “cuidado em saúde” não é uma exigência de uma prática feminina, mas de uma prática para todo o sistema.

O cuidado é também transformador, uma vez que promove mudanças na pessoa cuidada, mas também no cuidador. Trata-se de um processo dialógico e recíproco.

O ato de cuidar exige a abertura ao outro, o reconhecimento das vulnerabilidades e a valorização das interdependências humanas. Ocorre que essa dinâmica gera ressignificação de experiências, aprendizado e reconstrução de sentidos. No âmbito sociocultural, pode inclusive inspirar práticas solidárias e políticas públicas que ampliem a justiça social e a equidade.

Por isso, pensar o cuidado como atitude essencial e transformadora significa reconhecê-lo não apenas como prática assistencial, mas também como fundamento ético-político. O cuidado constitui o núcleo da humanização das relações sociais e institucionais, revelando-se condição para a democracia, para a justiça, assim como é para a saúde integral.

A ética do cuidado proposta por Boff (1999) que inspira políticas públicas voltadas a pessoas em situação de vulnerabilidade extrema, a atender populações historicamente excluídas. O cuidado, quando elevado à política pública, tem potencial transformador, pois, reconstrói vínculos, fortalece redes de apoio e garante os direitos fundamentais de uma nova forma, de uma forma mais interessada.

Pensar o cuidado como atitude essencial e transformadora significa reconhecer que ele é condição para uma saúde pública democrática, para uma atenção psicossocial efetiva e para a construção de uma sociedade mais justa e fraterna.

## **2 Cuidado sanitário e Integralidade no contexto da saúde**

### **2.1 Dimensões internacionais**

O cuidado sanitário como eixo estruturante da integralidade em saúde, encontra base legal no direito internacional dos direitos humanos, como estabelece o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), em seu art. 12 que dispõe:

“§1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental.

§2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar: [...] 4. A criação de condições que assegurem a todos, assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade”.

A norma internacional aborda o direito à saúde de forma ampla e multidimensional, estabelecendo que os Estados devem assegurar condições que promovam o mais elevado padrão de saúde física e mental.

A Observação Geral nº 14, sobre o PIDESC, estabelece diretrizes detalhadas para os Estados-membros interpretarem e implementarem esse direito. O documento detalha quatro elementos fundamentais, tais como disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade, reconhecendo que o direito à saúde “não deve ser compreendido como o direito de estar sadio”, mas como o direito ao acesso a bens, serviços e condições necessários para alcançar o mais alto nível de saúde física e mental possível (Oliveira, 2010, p. 94). Esse entendimento se articula com a ideia de cuidado como essência constitutiva da integralidade.

A disponibilidade refere-se à necessidade de assegurar número suficiente de serviços, instalações e profissionais de saúde. A acessibilidade, por sua vez, envolve dimensões como a não discriminação, a acessibilidade física, a equidade econômica e o acesso à informação, especialmente para grupos vulneráveis e marginalizados. A aceitabilidade exige que os serviços respeitem a ética médica e os valores culturais das comunidades, enquanto a qualidade remete à adequação científica e técnica dos serviços e insumos oferecidos (Comitê DESC, 2000 apud Oliveira, 2010, p. 94-95).

Esses elementos fundamentais de implementação estão intimamente articulados à noção de saúde sanitária, haja vista, o direito à saúde não se restringe ao atendimento médico-hospitalar, mas abrange determinantes como saneamento básico, acesso à água potável, habitação adequada, condições de trabalho seguras e políticas de educação em saúde. Sob essa perspectiva, o cuidado sanitário desponta como eixo estruturante do modelo de atenção, pois orienta o Estado a assegurar condições materiais mínimas que possibilitem a prevenção de doenças e a promoção do bem-estar coletivo (Asher, 2004 apud Oliveira, 2010, p. 97).

Para que haja efetividade os elementos normativos definidos pela Observação Geral nº14, o Estado deve aliar a disponibilidade e acessibilidade de serviços com práticas que respeitem a aceitabilidade cultural e a qualidade científica, em diálogo constante com as necessidades concretas da sociedade (Pereira, 2007 apud Oliveira, 2010, p. 98).

## 2.2 Dimensões nacionais

No âmbito nacional, o art. 198, II da Constituição Federal de 1998 não explica o que seria a integralidade, apenas dispõe o comando genérico de uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS): “atendimento integral, como prioridade das atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. (Brasil, 1988).

É a Lei nº8.080/1990, ao dispor sobre a organização do SUS, quem estabelece qual poderia ser o entendimento:

“Artigo 7º [...] II - integralidade de assistência, entendida como 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”



Ocorre que a integralidade inserida na norma infraconstitucional deve ser lida de forma articulada com os parâmetros internacionais, constitucionais e éticos que tratam do direito à saúde. Da seguinte forma:

O acesso [exigido pela norma internacional] articulado e contínuo às ações e aos serviços de saúde [exigido pela norma infraconstitucional], preventivos e curativos [exigido pela norma constitucional] depende do seguinte nível de complexidade do sistema [exigido pela norma infraconstitucional], a complexidade do cuidado sanitário [exigido pela ética].

### 2.3 Essencialidade do cuidado

Há que se superar a fragmentação do modelo de atenção biomédico e se articular, na atenção à saúde (notadamente na saúde mental), a todas as múltiplas dimensões da vida humana.

O atendimento integral tem como objetivo reduzir os riscos de doenças e de seus agravamentos. Essa perspectiva confere às práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de saúde um caráter ético e técnico que pode ser compreendido como expressão de “boas práticas”.

Além da organização dos serviços no sistema público de saúde, o atendimento integral se concretiza por meio de respostas governamentais aos problemas de saúde, traduzidas em práticas cotidianas que permitem aos sujeitos construir arranjos sociais e institucionais mais inclusivos.

Nessa lógica, a integralidade pressupõe considerar a pessoa em sua totalidade, buscando atender a todas as suas necessidades mediante a articulação entre ações coletivas e preventivas e aquelas de caráter curativo.

Dessa forma, as ações de saúde precisam estar interligadas, isto é, o SUS deve organizar os serviços de saúde como uma rede articulada, ao qual o usuário tenha a facilidade e a garantia da continuidade, do cuidado em todos os níveis de complexidade.

Nesse sentido, Mattos (2008), estuda os sentidos da integralidade e sobre os valores que devem ser defendidos:

“Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo. (Mattos, 2008).

Segundo Camargo Jr. (2007), “integralidade é uma palavra que não pode nem ao menos ser chamada de conceito”, mas um horizonte que agrega tendências políticas e cognitivas, revelando-se indispensável como guia para práticas de saúde.

Dessa forma, devemos compreender que o cuidado sanitário é de total relevância para se compreender a integralidade, haja vista ser mais do que uma resposta técnica ou protocolar, ser uma prática sustentada por uma atitude ética, social e política, que reconhece e valoriza a complexidade dos sujeitos em suas múltiplas dimensões.

## 3 Cuidado sanitário e Integralidade no contexto da saúde mental

Para tratarmos da integralidade no cuidado em saúde mental, não podemos deixar de mencionar a trajetória da Reforma Psiquiátrica que representou um processo social de ruptura do modelo hospitalocêntrico, centrado no isolamento e da medicalização.

Nesse sentido, Alves e Guljor (2008) ressaltam que “o modelo assistencial tradicional pautava-se no isolamento do sujeito, na disciplina institucional e na relação hierárquica médico-paciente”, resultando em práticas desumanizadoras e fragmentadas.

Em 2001, sancionada a Lei nº 10.216, houve um processo social de ruptura.

Como observa Yasui (2010), essa lei não visou apenas uma reorganização administrativa, mas um “processo civilizador”, com impacto epistemológico, técnico, político e cultural. A proposta de superação do hospital psiquiátrico não se reduziu à “desospitalização”, mas buscou reconstruir a relação entre cuidado, sujeito e sociedade.

A integralidade em saúde mental deve ser compreendida dentro desse movimento histórico, que desloca o foco da doença para a pessoa em sofrimento e suas condições de vida, reivindicando sua cidadania e direito à diferença.

O princípio fundamental da integralidade ganha destaque no cuidado em saúde mental ao reconhecer que as intervenções devem promover o cuidado a partir do reconhecimento da complexidade do sofrimento psíquico e da necessidade de tratamentos interdisciplinares que contemplem dimensões subjetivas, biológicas, sociais e culturais.

O Caderno de Atenção Básica, nº34, afirma que:

“As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças.”

A racionalidade biomédica tende a objetivar o sofrimento e reduzi-lo a lesões corporais. É isso que se quer superar. Como destacam Lacerda e Valla (2003), esse modelo vetusto “permitiu que o diagnóstico substituísse a atenção e o cuidado integral à saúde”, desconsiderando dimensões subjetivas e sociais do adoecer.

O Caderno de Atenção Básica, nº34, ao mencionar Eric Cassell (um importante médico de família norte-americana) e tratar do enfrentamento do sofrimento da pessoa com transtornos mentais é incisivo ao afirmar que “corpos não sofrem, pessoas sofrem” (p. 14), ao afirmar que a medicina moderna falhou enormemente ao lidar com a dor: “falhamos enormemente em lidar com o sofrimento” (p. 14)

No campo filosófico, Boff (1999) afirma “Ser pessoa não é simplesmente ter saúde, mas é saber enfrentar saudavelmente a doença e a saúde”.

As percepções de Cassell e de Boff ajudam a entender porque fala-se que a integralidade em saúde mental exige reconhecer o sofrimento como “experiência existencial e social”, que ultrapassa a lógica diagnóstica e demanda novas formas de abordagem e escuta.

Yasui (2010), reforça o alerta de que a Reforma Psiquiátrica patrocinada pela Lei nº 10.216/2001 constitui “um processo social complexo” que depende da transformação das práticas e da ampliação de serviços substitutivos, não apenas da desospitalização.

Além disso, há que se ter em conta que os desafios sociais e culturais também são determinantes para dificuldade de efetivar a integralidade na saúde mental, haja vista que o estigma associado à doença mental reforça o preconceito e, com isso, as pessoas que sofrem com os transtornos mentais se afastam, deixando de buscar tratamento, perpetuando ciclos de exclusão social e vulnerabilidade. De alguma forma, a falta de informação social sobre a complexidade da saúde mental sobre a ideia de cuidado, na sociedade em geral não somente entre os profissionais da saúde, prejudica a identificação precoce dos transtornos e retarda o início do tratamento.

Lacerda e Valla (2003) também confirmam a necessidade de compreender de modo mais amplo o que é cuidado, pois lembram que muitas vezes “não é possível curar os sujeitos, mas não

se deve renunciar a cuidar”, ressaltando a necessidade de práticas integrais que respeitem vínculos sociais e condições de vida.

A prática clínica enfrenta, é certo, múltiplos desafios que comprometem a efetividade do cuidado em saúde. Dentre eles, destaca-se a dificuldade para a construção de projetos terapêuticos singulares. A complexidade dos casos clínicos somada à escassez de tempo para escuta qualificada e fortalecimento de vínculos, dificulta a elaboração de estratégias individualizadas que contemplem as necessidades específicas de cada paciente.

O Caderno n.º 34 destaca que toda pessoa deve ser compreendida a partir de sua biografia, considerando a vida passada, as memórias e experiências que influenciam a forma como enxerga o mundo; sua vida futura, com sonhos e expectativas; sua história familiar, que constitui identidades e pertencimento; e seu mundo cultural, que incide sobre saúde e doença. Dessa forma, o cuidado em saúde mental deve estar atento à história de vida, ao contexto social e à visão de mundo do sujeito (Brasil, 2013, p. 30).

Outro entrave relevante refere-se à resistência a mudança, que se manifesta tanto na relutância dos profissionais em adotar novas tecnologias e metodologias quanto na dificuldade de pacientes e familiares em aceitar transformações nas práticas de cuidado. Carnut (2017) defende que “o cuidado emerge como categoria central na prática de quaisquer profissionais de saúde, exigindo ética, solidariedade e confiança”, mas tais valores são dificultados quando prevalecem práticas rígidas e medicamentosas. Da mesma forma, a ausência de integração entre os diversos profissionais de saúde reforça a fragmentação do cuidado, resultando em abordagens parciais e pouco eficazes.

O quadro pode ser agravado pela carência de investimentos em infraestrutura e tecnologias de comunicação, fatores indispensáveis para a consolidação de práticas colaborativas e interdisciplinares capazes de responder de forma mais eficiente às necessidades da população.

Como preconiza o Caderno n.º 34, do Ministério da Saúde, a integralidade depende da construção de vínculos e da articulação entre serviços, já que “o cuidado é, em essência, a ação humana de se importar e se responsabilizar pela vida do outro”.

O fortalecimento da integração entre diferentes níveis de atenção e equipes multiprofissionais é fundamental para garantir o cuidado centrado na pessoa, ampliando o alcance da integralidade no sistema público de saúde promovendo práticas de cuidado sanitário mais equitativo, humanizado e coerente com o princípio da dignidade humana.

Portanto, a integralidade no cuidado em saúde mental dever ser afirmada como referencial ético-político do sistema público de saúde, orientando a construção de uma rede de atenção capaz de tratar a saúde mental focado no sofrimento da pessoa independentemente de terem algum diagnóstico específico, mas como porta de entrada preferencial do SUS para o acolhimento, tratamento, reabilitação e proteção à saúde.

## Considerações Finais

O presente artigo buscou demonstrar que o cuidado sanitário, ao ser compreendido em sua dimensão filosófica, ética e normativa, constitui elemento essencial para a efetivação do princípio da integralidade no sistema público de saúde.

Os resultados alcançados confirmam a hipótese inicial de que apenas quando o cuidado é reconhecido como eixo estruturante é possível consolidar práticas e políticas que superem a fragmentação biomédica e assegurem um modelo de atenção em saúde mental centrado na dignidade e na cidadania dos sujeitos.

Ressalte-se que, entre os principais resultados, destaca-se a articulação entre a filosofia do cuidado, de Boff e Heidegger, e os diplomas legais constitucionais internacionais e nacionais, o que permitiu demonstrar que o cuidado sanitário não é apenas um imperativo moral ou ético, mas também uma exigência jurídica vinculada às disposições da Constituição de 1988, da Lei nº 8.080/1990 e dos tratados internacionais de direitos humanos, como o PIDESC e a Observação Geral nº 14 do Comitê da ONU.

Nesse contexto, podemos afirmar que a presente investigação trouxe de forma assertiva a confirmação de que o cuidado é a essência da integralidade e o ideal regulador do Sistema Público de Saúde no âmbito da saúde mental.

Contudo, barreiras culturais e estruturais (tais como a fragmentação dos serviços de saúde, o estigma social do paciente da saúde mental, a resistência cultural à prática ancorada no cuidado) ainda dificultam a consolidação de um cuidado integral em saúde mental.

Essas limitações revelam que, embora os objetivos da pesquisa tenham sido atingidos em termos de fundamentação teórica e normativa, a concretização prática desse modelo de cuidado exige investigações adicionais e políticas públicas mais robustas.

De qualquer forma, vislumbra-se desde já a necessidade de fortalecer as políticas públicas de saúde mental pela ótica aqui defendida, a ótica do cuidado, promovendo a formação de profissionais e incentivando práticas colaborativas, de modo a reorientar o SUS para um modelo de atenção centrado no cuidado, ou seja, na dignidade, na autonomia e na singularidade dos sujeitos.

O presente estudo trouxe o contributo para o campo do saber, através da leitura interdisciplinar que articula filosofia, ética e cuidado sanitário trazendo uma compreensão mais ampla da integralidade no direito da saúde o que pode contribuir para que gestores, profissionais da saúde e acadêmico possam patrocinar políticas mais inclusivas e humanizadas.

Além disso, futuras pesquisas poderão aprofundar a análise empírica sobre as experiências concretas de integralidade em saúde mental, respeitadoras da ótica do cuidado.

O objetivo da presente investigação foi o de confirmar que o cuidado sanitário é a base ontológica e normativa da atenção integral na saúde mental. A investigação confirmou essa ideia, mas desvelou mais uma dimensão, que a compreensão da ótica do cuidado sanitário permite, de fato, a humanização do SUS, a realização plena da dignidade da pessoa humana e, mais ainda, a consolidação de um sistema que parece ser o efetivo, segundo a ciência atual, para o tratamento de todas as formas de transtorno mental.

## Referências

- ALVES, Domingos Sávio. **Integralidade nas políticas de saúde mental**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2009. p. 171-177.
- ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. **Reforma psiquiátrica no Brasil: perspectivas e desafios**. In: AMARANTE, P. (org.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2008. p. 15-36.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde**. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2003.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 25 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 25 set. 2025.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF: Presidência da República, 6 abr. 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 17 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CASELL, Eric J. **A natureza do sofrimento e os objetivos da medicina**. Tradução livre a partir do original: *New England Journal of Medicine*, v. 306, n. 11, p. 639-645, 1982.

CASELL, Eric J. **Diagnosticando o sofrimento: uma perspectiva**. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 131, n. 7, p. 531-534, 1999.

CARNUT, L. **Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil**. *Saúde em Debate*, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out./dez. 2017.

CARNUT, L. **Integralidade em saúde: categorias e reflexões**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, n. 117, p. 1176-1183, 2017.

CONSELHO ECONÔMICO E SOCIAL DA ONU, Comentário Geral nº 14: **O direito ao mais alto padrão de saúde possível (art. 12 do Pacto)**, E/C.12/2000/4, Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU (CDESC), 11 de agosto de 2000, <https://www.refworld.org/legal/general/cescr/2000/en/36991> [acessado em 28 de setembro de 2025]

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, 1995.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. **As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento**. In: MATTOS, R. (org.). *O cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003. p. 93-120.

LAMY, Marcelo. **Metodologia da pesquisa**. Técnicas de investigação, argumentação e redação. 2ª ed. revista, atualizada e ampliada. São Paulo, SP: Matrioska Editora, 2020.

MATTOS, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; ABRASCO, 2006. p. 43-68.

MERHY, E. E. **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde**. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000.

NAÇÕES UNIDAS. COMITÊ DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. **Comentário Geral n. 14: O direito ao mais alto nível possível de saúde (artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais)**. 22º período de sessões. Genebra: ONU, 2000.

OLIVEIRA, Aline Albuquerque S. de. **Direito à saúde: conteúdo, essencialidade e monitoramento**. *Revista CEJ*, Brasília, v. 14, n. 48, p. 92-100, jan./mar. 2010. Conselho da Justiça Federal.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Assembleia Geral. Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**, adotado em 16 de dezembro de 1966. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>. Acesso em: 26 set. 2025.

PEZOTTI, Lincom Gustavo Guollo; SILVA, Daniel Augusto da. *Desafios para integralidade no cuidado em saúde mental*. In: Cuidado Integral em Saúde: Perspectivas Interdisciplinares, Políticas Públicas e Inovações. Vol. 1. 2025. DOI: 10.37885/250218936.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em Saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. Disponível em: <https://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>. Acesso em: 28 set. 2025.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. **Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2008. p. 23-46.

UNITED NATIONS. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. **General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)**. 22nd session, Geneva, 2000.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2018 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

---

COUTO, Mônica Bruno; LAMY, Marcelo. O cuidado sanitário como essência da integralidade: o ideal regulador do sistema público de saúde no tratamento da saúde mental. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, vol. 25, jan./dez. 2025), pp. 189-202. São Paulo: ESDC, 2025. ISSN: 1983-2303 (eletrônica).

---

Recebido em 03/10/2025

Aprovado em 25/10/2025



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt-br>