

# GESTÃO EM REDES E CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E DO CUIDADO EM SAÚDE: NOTAS PARA UM DEBATE

*Jose Paulo Vicente da Silva  
Ana Paula Guljor*

## Introdução

As políticas públicas de saúde no Brasil tiveram como marco instituinte dos preceitos defendidos pela Reforma Sanitária as deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, as quais foram as bases da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal (CF), de 1988. Entretanto, podemos afirmar que, apesar de diretrizes estabelecidas no decorrer de uma trajetória de debates ampliados entre movimentos sociais, profissionais de saúde e academia, um novo modelo assistencial no campo da saúde ainda é um processo em construção.

A busca da superação do modelo médico-hegemônico, as estratégias de inclusão da participação popular e a reorientação das práticas de cuidado caracterizam a estruturação do sistema de saúde brasileiro como um rizoma<sup>1</sup>, um processo de pactuações que envolve atores diversos com seus saberes e fazeres. Estes são guiados por diretrizes que se refletem em novas organizações e fluxos singularizados em cada localidade. A metáfora do rizoma nos é útil no sentido de pensar as redes que são tecidas no cotidiano do trabalho em saúde voltadas para a elaboração de novos saberes e práticas de gestão e de cuidado, configurando-se em um campo de disputas teórico-conceituais e técnico-políticas. Ou seja, a legitimação das novas práticas se constitui por meio da desconstrução do arcabouço teórico até então estabelecido e da construção de novos significados. A intervenção no cotidiano se apresenta como resultante das prioridades pactuadas e das técnicas que possibilitem sua viabilização.

Buscaremos, neste artigo, analisar ao longo das duas décadas a institucionalização do SUS à luz do conceito de gestão e da construção de redes como estratégias para a implementação da integralidade do cuidado.

---

<sup>1</sup> De acordo com Deleuze e Guatarri apud Franco (2006), este vegetal se constitui em um tubérculo cujas raízes se espalham de forma não definida sob a superfície da terra, constituindo um imbricamento de conexões entre estas de forma não compartimentalizada. Deste modo, não se observam os limites externos e sua configuração interna permite que o alimento que se distribui pela planta circule por todas as suas partes.

## As Mudanças na Pós-Modernidade e os Processos de Relações Humanas

Ao pensarmos as transformações propostas pelo sistema de saúde brasileiro, não podemos deixar de considerar as mudanças globais das relações de produção e acumulação de capital que culminam, em última instância, em uma mudança significativa das relações humanas e dos valores na sociedade contemporânea.

O Iluminismo, a Revolução Industrial e as transformações consequentes ao capitalismo emergente, a partir de fins do século XVII, estabeleceram novos padrões no campo material, social, cultural, nos desenhos urbanos e distribuição populacional, além dos aspectos intelectuais e políticos. A idéia do progresso pautado na razão e na ciência instituiu a crença que por intermédio destes o homem moderno poderia atuar sobre a natureza e a sociedade na direção de uma vida satisfatória para todos (FRIEDMAN, 2000).

Apesar dos grandes avanços tecnológicos e conquistas em diversos campos do conhecimento, a industrialização e a urbanização tiveram marcada repercussão nas relações sociais com novas formas de dominação e uma crescente exclusão das camadas menos favorecidas da população. A consolidação dos Estados-nação não garantia o direito dos cidadãos e as relações estabelecidas estavam pautadas hegemonicamente nas trocas mercantis. A suposta perspectiva de aquisição de um estado de satisfação coletiva não se colocou como uma realidade. No entanto, radicais mudanças se deram na forma de compreensão do mundo, e paralelamente foi possível testemunhar na saúde a construção de políticas voltadas para a garantia da boa saúde do trabalhador (definida como a ausência de doença), como forma de manutenção de sua capacidade produtiva. A lógica econômica se incorpora também nos aspectos subjetivos da vida em sociedade na modernidade.

De acordo com Stotz (2005), a crescente pauperização decorrente do modo de produção capitalista apenas começou a ser enfrentada no início do século XX, com base na mobilização dos trabalhadores do Ocidente, tendo a instauração do socialismo na Rússia acelerado a implementação de medidas de proteção social sob responsabilidade dos Estados. O período pós-Segunda Guerra Mundial foi marcado pela reconfiguração do capitalismo vigente mediante as políticas keynesianas<sup>2</sup> e de *welfare state*<sup>3</sup>, principalmente nos países europeus. As políticas de saúde voltavam-se para a

---

<sup>2</sup> John Maynard Keynes (1883-1946), economista britânico, defendeu o papel regulatório do Estado na economia, por meio de medidas de política monetária e fiscal, para mitigar os efeitos adversos dos ciclos econômicos - recessão, depressão e booms econômicos.

<sup>3</sup> 'Estado de bem-estar social' (em inglês: *Welfare State*), também conhecido como 'Estado-providência', é um tipo de organização política e econômica que coloca o Estado como agente da promoção (protetor e defensor) social e organizador da economia. Nesta orientação, o Estado é o agente regulamentador de toda vida e saúde social, política e econômica do país em parceria com sindicatos e empresas privadas, em níveis diferentes, de acordo com a nação em questão. Cabe ao Estado do bem-estar social garantir serviços públicos e proteção à população.

construção de sistemas nacionais universais sob o controle do Estado, traduzido no financiamento e prestação de serviços médico-sanitários.

A dinâmica observada em fins do século XX marca um novo desenho das relações, tomando-se por base o processo de globalização. O crescente desenvolvimento técnico-científico com a incorporação de tecnologias emergentes de informação desencadeia outro processo de transformação das relações econômicas e sociais. Esta nova ordem que se estabelece mundialmente se expressa pela comunicação instantânea, volatilidade do capital, pela ação a distância, pelos novos *apartheids sociais*, pela fragmentação do sujeito e pela predominância da mídia na constituição do universo simbólico das grandes massas (FRIEDMAN, 2000)

Os Estados-Nação sofreram um processo de internacionalização, gerando 'consensos' em relação à redução da participação estatal no sistema de proteção individual. Falamos do que é conceituado como estado mínimo, onde o acesso ao sistema de proteção social busca romper com o ideal do Estado de bem-estar social do período pós-guerra, circunscrevendo as políticas de suporte à parcela da população pauperizada.

A incorporação de novas tecnologias permitiu importantes avanços na área da comunicação com a globalização da informação em tempo real, nos recursos de diagnósticos e tratamento, na potencialização dos processos produtivos, entre outros. Em contrapartida, transformou também as relações no campo da política, da produção e dos valores dos povos. A precarização do trabalho com a crescente exigência de flexibilização e especialização se associa à necessidade de adaptação a uma constante instabilidade. O processo de trabalho estabelecido em bases de relações distintas de tempo e espaço – espaço virtual, empregos temporários e a velocidade de incorporação de novas habilidades tecnológicas geram a exclusão de grandes parcelas de trabalhadores que sequer irão compor o 'exército produtivo de reserva', pois estão definitivamente fora da cadeia produtiva.

Todas estas mudanças tiveram reflexos na cultura e nos valores das sociedades onde o sujeito adaptado deve prescindir das redes de proteção assistencial, já que estas seriam necessárias apenas para os que foram 'incapazes' de incorporar as novas tecnologias. As redes de solidariedade são esmaecidas diante da internacionalização/virtualização das relações políticas e sociais e não mais se pautam no princípio da solidariedade, dos laços duradouros e na singularidade do lugar, da vizinhança como espaço de convívio e trocas.

O Estado passa a ter fronteiras ampliadas, sendo a relação de dominação estabelecida em proporções continentais. As agências internacionais com suas expertises ditam as teorias e as práticas em diversas áreas, legitimando a nova configuração, principalmente ao impor aos países periféricos a implementação de políticas que redesenham o papel de regulação e proteção do Estado.

Desse modo, voltamos ao problema inicial deste artigo, o desafio da implantação de um sistema nacional de saúde cujo eixo orientador é a integralidade do cuidado no contexto das mudanças ocorridas em escala mundial nas várias dimensões que envolvem o 'viver em sociedade'. Ao situar o movimento pela Reforma Sanitária no contexto de luta pela redemocratização - travada na arena política nacional desde a década de 1970 -, Mattos (2001, p.41), vê, nos princípios e diretrizes inscritos no texto da Constituição de 1988, a institucionalização da "crítica que alimentou o sonho de uma transformação radical da concepção de saúde predominante do sistema de serviços e ações de saúde e de suas práticas". Mais uma vez a Integralidade ganha destaque. Para este autor, essa noção extrapola a condição de simples diretriz para revelar-se em uma verdadeira "bandeira" que compõe uma "imagem-objetivo" maior, indicando a direção que se quer imprimir à transformação da realidade. Sua tradução se dá em um projeto societário permeado pelos ideais de justiça e solidariedade.

Contudo, o autor afirma que o arcabouço jurídico-institucional universalista, naquele período, já refletia uma posição contra-hegemônica no âmbito do debate internacional acerca das políticas de saúde a serem implementadas pelas nações ditas 'em desenvolvimento'. A conjuntura de então era marcada pelos ajustes estruturais e avanços das políticas neoliberais, apontando para uma participação cada vez menor do Estado, tanto na política econômica quanto na provisão de ações e serviços sociais, onde se inclui a política de saúde.

Acreditamos ser possível afirmar que o SUS, com o pressuposto de universalidade, descentralização e controle social, marca uma digressão fundamental na lógica hegemônica. De certa forma, constitui uma perspectiva inovadora se levarmos em conta as orientações das agências internacionais cujas formulações buscam legitimar a ideia de uma intervenção mínima do Estado. No caso da saúde, esses elementos se traduzem em uma medicina voltada para os pobres, para os que não possuem condições de inserção na medicina suplementar (planos e seguros de saúde) e a uma medicalização da sociedade com sobrepujança de um saber científico que desqualifica os demais saberes necessários ao reconhecimento e intervenção sobre as complexas relações envolvidas no processo saúde-doença.

## **O SUS: um caminho tortuoso**

Considerar as questões elencadas anteriormente, ao mesmo tempo que analisar a trajetória das estratégias de implementação do SUS, pode nos fazer pensar que este percurso seria quase um nadar em direção à cabeceira de um rio de águas turbulentas, uma piracema. No entanto, ao contrário do que seria esperado neste contexto, verifica-se estruturação progressiva

do sistema, desde sua institucionalização em fins da década de 1980, visto que se experimentam grandes avanços no âmbito das políticas públicas de saúde. Lembramos que aproximadamente sessenta milhões de homens e mulheres, antes considerados verdadeiros ‘indigentes sanitários’, se transformaram, ao menos em tese, em cidadãos portadores de direito à saúde. Essa constitui a maior conquista da Reforma Sanitária brasileira (MENDES, 2001a).

Após o processo de municipalização, houve uma enorme expansão das redes de serviços e ações de saúde, bem como uma efetiva ampliação da capacidade gestora do sistema, fator que vem possibilitando uma expressão crescente de experiências inovadoras nos campos da gestão e do cuidado à saúde. Programas de saúde pública, como é o caso do programa de controle de DST/Aids e o de Saúde Mental, vêm logrando resultados altamente favoráveis, alcançando, inclusive, reconhecimento internacional. Destaca-se, ainda, a disseminação dos mecanismos de controle social que, materializados em conselhos locais, municipais, estaduais e no Conselho Nacional de Saúde que “mobilizam milhares de cidadãs e cidadãos e contribuem para a acumulação do capital social em nosso país” (MENDES, 2001a).

De acordo com Levcovitz et al (2001, p. 270-271), atualmente, existe um “relativo consenso” em torno dos avanços do processo de descentralização da política de saúde. Esse processo que se caracteriza por ser, predominantemente, do tipo político-administrativo, vem “envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também responsabilidades, poder, e recursos da esfera federal, para a estadual e municipal”. O referido processo possibilita, igualmente,

o estabelecimento das comissões intergestores tripartites – CIT’s e bipartites – CIB’s como instâncias efetivas de negociação e decisão. Ainda que venha sendo marcado por grandes dificuldades, tais como, (...) conflitos acentuados e competitividade nas relações entre gestores nos diversos níveis (...) e imprecisão e pouca clareza na definição do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema (LEVCOVITZ et al., 2001, p.270-271).

Ressalta-se que a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não se choca com as formulações neoliberais fortalecidas na década de 1990. Assim, ainda que fundado em bases político-ideológicas diversas das neoliberais, o referido “consenso” potencializa o avanço do processo de descentralização (LEVCOVITZ et al., 2001).

Mendes, entretanto, afirma que após a institucionalização do SUS, sobretudo a partir de 1993, a Reforma Sanitária brasileira “adquiriu um caráter de processo reformista, feito com um gradualismo lento, sem um desenho estratégico global, focalizando-se, num escopo restrito, em partes de uma

única macrofunção<sup>4</sup> “e com negociações arrastadas, que se cristalizaram, principalmente, em Normas Operacionais Básicas” (MENDES, 2001a, p.27).

Segundo Cohn, “esse modelo de intervenção, via normatização através do instrumento das NOBs, ganha uma dimensão de reforma administrativa do Estado, na busca de uma maior racionalização na distribuição de recursos” (COHN, 2001, p. 300). A autora questiona a coerência desse processo com os preceitos constitucionais que informam a descentralização da saúde como diretriz básica do SUS.

A referida estratégia de descentralização da política de saúde estaria concorrendo para a conformação de um sistema caracterizado por forte segmentação em contraposição ao modelo universalista e redistributivo proposto pela Reforma Sanitária brasileira. Consta-se que, dentre outros aspectos, aproximadamente 1/4 da população brasileira, nos dias de hoje, utiliza planos privados de saúde. Com efeito, Mendes (2001a), sugere que os sistemas segmentados são inerentemente iníquos, pois, ao contrário do que se especula, quando se afirma que

ao se instituírem sistemas específicos para quem pode pagar, sobriam mais recursos para quem não pode pagar. (...) ao criar-se um sistema singular para os pobres, dada a desorganização social desses grupos excluídos e sua baixa vocalização política, esse sistema tende a ser subfinanciado e, portanto, a ofertar serviços de baixa qualidade (MENDES, 2001a, p.59-60).

Nesse modelo segmentado, no qual os interesses privados invadem a esfera pública, a evasão fiscal promovida pela isenção de impostos vem proporcionando uma grande sangria de recursos que poderiam ser destinados para o financiamento do sistema público de saúde, o SUS. Isso porque, o Sistema de Atenção Médica Suplementar (Sams) “é um sistema que opera subsidiado pelo Estado, por meio de renúncias fiscais de pessoas físicas e jurídicas”. Além do SUS e do Sams, conforma o “sistema segmentado público” brasileiro, “o Sistema de Desembolso Direto – SDD ou de medicina liberal, representado pelos gastos diretos do bolso de indivíduos e famílias com serviços de saúde. Esse último, assim como o Sams (...) é um sistema fortemente subsidiado por renúncias fiscais” (MENDES, 2001a, p.83).

Este quadro é agravado quando se considera a falta de tradição do Estado brasileiro no campo da regulação das atividades delegadas ao setor privado (CAMPOS et al., 2000). Soma-se a isso a adoção, por parte do

---

<sup>4</sup>De acordo com Mendes (2001a), o Grupo de Sistemas Internacionais de Saúde da Escola de Saúde Pública de Harvard formulou uma tipologia de reformas sanitárias, pautada conforme sua fundamentalidade. A categoria fundamental significa incidir a Reforma sobre as dimensões estratégicas definidas pelas cinco macrofunções dos sistemas de serviços de saúde: financiamento, prestação dos serviços, incentivos para prestadores e consumidores, regulação e informação.

Governo FHC, de um marco regulatório para o setor saúde que resultou na criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A criação da ANS teria sido "(...) inspirada, em grande parte, nas agências regulatórias dos setores de telecomunicações (Anatel) e de eletricidade (Aneel), que resultaram numa orientação para um mercado competitivo e que constituem setores onde há abundante experiência internacional" (MENDES, 2001a, p.84). Diferentemente, seguros e planos privados de saúde voluntários são espaços de manifestações intrínsecas de falhas de mercado e a evidência internacional indica que nenhum país do mundo teve sucesso na regulação desse tipo de mercado (HSIAO apud MENDES, 2001a).

Em contrapartida, a perda de escala econômica advinda da fragmentação dos equipamentos sanitários, inerente ao processo de "municipalização autárquica", propicia a ineficiência e a perda de qualidade no próprio sistema (MENDES, 2001b, p.28).

Ainda, como efeito deletério da configuração atual da política de saúde, verifica-se a consolidação de "(...) sistemas fragmentados (...) caracterizam-se por uma atenção descontínua, com forte polarização entre o hospital e o ambulatório, sob a hegemonia da atenção médico-hospitalar, e pela ausência de uma integração dos pontos de atenção à saúde" (MENDES, 2001b, p.72).

É importante ressaltar, no que diz respeito aos aspectos relacionados ao plano econômico, que muitas dessas questões são consubstanciadas pelo fato da própria Reforma do Estado brasileiro, sob a égide da política econômica, impor uma série de modificações na dinâmica e na ordenação da política social.

Ainda que no caso da saúde os reflexos dessa política não sejam imediatos, em função da mobilização das forças políticas favoráveis ao SUS, algumas repercussões podem ser sentidas. Destaca-se a crise do financiamento do setor *vis a vis* a queda substancial do gasto federal em saúde, constatado no início da década de 1990, com perpetuação das desigualdades regionais<sup>5</sup>, apesar da redução do gasto federal estar sendo compensada, progressivamente por um comprometimento de receitas cada vez maiores por parte dos municípios. Na prática, assiste-se no país a uma progressiva escassez de recursos financeiros na área de saúde (MARQUES & MENDES, 2000).

Esse fato pode ser observado na organização e fomento dos níveis de atenção e complexidade dos sistemas municipais e estaduais de saúde, diante do estrangulamento do acesso às ações e serviços de atenção especializada, sobretudo os procedimentos de média e alta complexidade (OLIVEIRA JR, 2000; FERLA et al, 2001; BONFIM, 2002).

---

<sup>5</sup> Segundo Marques e Mendes (2000), no período 1980/90, o Governo Federal, foi responsável por 77% do Gasto Público em Saúde (GPS). Nos anos de 1994, 1995 e 1996, essa participação foi de apenas 60,7%, 63,8% e 53,7%, respectivamente. Nos anos de 1998 e 1999, o gasto do Ministério da Saúde? registrou queda. O gasto per capita que, em 1995 foi de R\$ 117,00, em 1999, foi de R\$ 111,00, registrando, portanto, queda de 1,3%. E o de 1998 foi ainda menor: R\$ 107,00.

Em nosso país, especificamente, essa conjuntura vem possibilitando uma mercadorização crescente do setor saúde, sobretudo com relação aos níveis de maior complexidade do sistema. Conforme discutido anteriormente, cabe destacar o crescimento avassalador do que tem sido denominado de Subsistema de Assistência Médica Suplementar que, segundo dados da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abrange), é responsável pela cobertura de cerca de 27% da população brasileira, configurando-se em um sistema paralelo ao SUS (MARQUES & MENDES, 2000). Este setor teria crescido proporcionalmente ao desestímulo do setor público, em função da retração dos recursos destinados à descentralização para os estados e municípios (GERSHMAN, 2000).

Por paradoxal que possa parecer, a

(...) perda da participação relativa nas internações hospitalares e no atendimento ambulatorial por parte do MS, informa que os (...) recursos federais destinados para o custeio da Assistência Hospitalar e Ambulatorial passaram (...), a ser transferidos a Estados e Municípios de forma regular e automática. (MARQUES & MENDES, 2000, p.120-121)

Na verdade, os pagamentos do MS com esse tipo de atenção aumentaram 22% entre 1997 e 1999. No entanto, percebe-se uma clara priorização das internações hospitalares que ficaram com 44% a mais de recursos, em detrimento do atendimento ambulatorial, com apenas 3% a mais. Observa-se, também, uma priorização de recursos para a atenção básica e para a atenção de alta complexidade em detrimento da média complexidade (MARQUES & MENDES, 2000).

Verificamos, no presente, uma profunda crise nas unidades hospitalares que, em geral, se encontram em avançado estágio de deterioração. São de diversas ordens os problemas encontrados, tais como: insuficiência de recursos humanos e materiais, inadequação e degradação das instalações físicas, a falta de equipamentos e tecnologias necessárias a uma atenção de maior complexidade. Como resultado, encontramos a geração de uma demanda reprimida, atendimento de má qualidade e de baixa resolutividade associados a longas filas de espera para quem depende desses serviços. Assim, uma grande parte dos cidadãos, principalmente os mais carentes de assistência, deparam-se com muitos obstáculos para conseguir ter acesso ao atendimento médico-hospitalar de qualidade.

Em direção semelhante, a rede básica de saúde, na maioria das vezes, tem respondido de maneira pouco satisfatória às demandas e necessidades da população. Via de regra, restringe-se ao nível de atenção do sistema que desenvolve ações para grupos com baixa vocalização, valendo-se de tecnologias simplificadas e pouco resolutivas, gerando baixo impacto nas condições de saúde da população. Segundo Costa e Maeda (2001, p. 17):



Tal situação é agravada pela qualidade dos serviços prestados e pode ser atribuída à insuficiência qualitativa e quantitativa de trabalhadores em saúde em relação à demanda e contexto sanitário, às condições de trabalho e especialmente à forma de organização e produção dos serviços de saúde, ou seja, ao modelo assistencial.

Dessa forma, a garantia do acesso universal, com efetividade e resolutividade permanecem, ainda, como um grande desafio a ser enfrentado na luta pela implementação efetiva do SUS (CARVALHO & SANTOS, 2002). Assim, a agenda que se impõe na saúde perpassa a criação de redes de ações e serviços de saúde, municipais, regionais, estaduais, que se configurem como um sistema nacional descentralizado e sob o comando único em cada esfera de governo.

Esse desafio vem requerendo, cada vez mais, uma transformação nas relações entre as esferas de formulação e gestão do SUS – Ministério da Saúde (MS), Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS). Da mesma forma, é fundamental o envolvimento de suas instâncias políticas de participação e controle social – como os conselhos de Saúde, outros setores governamentais e não governamentais –, a fim de reunir esforços para a realização de iniciativas que busquem melhorar a qualidade da atenção prestada à população.

Assim, buscamos discutir dois pilares que consideramos determinantes na consolidação do sistema de saúde brasileiro – a gestão e a integralidade como eixo orientador das novas práticas.

### **Uma Breve Reflexão Acerca de Alguns dos “Sentidos da Integralidade”**

De acordo com CF de 1988, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Antes da institucionalização do SUS, o acesso aos serviços e ações de saúde só estava garantido aos contribuintes do sistema previdenciário. Assim, a CF assegura legalmente a atenção à saúde como direito de cidadania a todo o povo brasileiro.

Em consonância com o princípio da universalidade do acesso, o texto constitucional indica a organização do SUS, segundo as seguintes diretrizes: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade” (BRASIL, 1988, art.198).

A integralidade – termo que, de acordo com Mattos (2001), tem sido usado de forma corrente como referência à diretriz da atenção integral – deve ter

sua leitura combinada com o princípio da igualdade da assistência (BRASIL, 1988, art. 198 inciso IV). Em contraposição ao antigo sistema de saúde, o qual continha a dicotomia entre ações e serviços preventivos de cunho coletivo a serem realizados pelo MS e as ações e serviços assistenciais de cunho individual, a serem implementados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) mediante o Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (Inamps), o SUS combinaria de forma harmônica e igualitária a cobertura desses serviços à totalidade da população, na direção da superação de tal dicotomia.

Do ponto de vista jurídico-institucional, a integralidade é definida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos nos diversos níveis de complexidade do sistema. No entanto, de acordo com Carvalho e Santos (2002), uma grande parte dos cidadãos, principalmente os mais carentes de assistência, se depara com muitos obstáculos para conseguir acesso ao atendimento médico-hospitalar.

Segundo Mendes, a aplicação do princípio da integralidade

implica em reconhecer a unicidade institucional dos serviços de saúde para o conjunto de ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras e que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde/doença conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema de saúde e suas inter-relações com os ambientes natural e social (MENDES, 1994, p.149).

Para tanto, “a integralidade exige, exatamente, uma intervenção integradora, no seu âmbito tecnológico sobre os indivíduos, famílias, ambientes coletivos, grupos sociais e o meio ambiente” (MENDES, 1994, p.150).

Essas dimensões da macropolítica de saúde deverão estar correspondidas por uma abordagem das práticas sanitárias que se traduza em duas dimensões, quais sejam:

numa integração, definida por um problema a enfrentar através de um conjunto de operações articuladas pela prática da vigilância em saúde; (...) numa integração dentro de cada unidade de saúde, entre as práticas sanitárias de atenção à demanda e da vigilância em saúde (MENDES, 1994, p.150).

Outrossim, no sentido da superação das desigualdades que se referem a diferentes padrões de saúde dos diferentes grupos populacionais e ao acesso desigual desses diferentes segmentos da população às ações e serviços de prevenção e cura de doenças, o sistema de saúde deve ser, também, orientado pelo princípio da equidade.

A equidade é entendida como a superação das desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas. (...) Subjacente a este conceito está o entendimento que as desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas 'naturalmente', mas sim criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização da sociedade (MALTA, 2001, p.135-136).

*Universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde* constituem, pois, a finalidade ético-política do sistema de saúde expressa em contribuição para a melhoria das condições de saúde e vida da população brasileira (SILVA, 2003; SILVA et al, 2003). (grifos nossos)

Com efeito, Cecílio (2001, p.113) vê esses três princípios formando "um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo", capaz de expressar com todo vigor a luta por cidadania, justiça e democracia, consubstanciada no ideário da Reforma Sanitária brasileira. O autor propõe uma "visão ampliada da idéia de integralidade" (CECÍLIO, 2003, p.113), que seria capaz de incorporar as propostas de integralidade (no seu entendimento corrente), equidade e universalidade constituindo-se, portanto, na "essência mesma da política pública de saúde" (CAMARGO Jr., 2001, p.11).

Parte-se da premissa de que não existe a possibilidade de construção da integralidade e equidade – os verdadeiros objetivos da política de saúde e que vão além do consumo de determinadas tecnologias e serviços – sem a garantia do acesso universal a todos os níveis de atenção. Essa perspectiva implica o reconhecimento da ação recíproca existente entre a macro e a micropolítica de saúde, remetendo que a busca pela integralidade e equidade deve ser orientada por meio de uma abordagem totalizante ao conter, em seu escopo, um repensar acerca "da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde" (CECÍLIO, 2001, p.113). Para esta reflexão sobre integralidade e equidade, o autor toma como 'analizador' as necessidades de saúde.

Segundo Stotz (1991), as necessidades de saúde se situam no nível das necessidades sociais mais gerais, pois, ainda que sejam determinadas social e historicamente, só poderão ser apreendidas em sua dimensão individual. Expressa-se, dessa forma, uma relação entre o individual e o coletivo, pois as necessidades de saúde espelham as mediações fundamentais da prática social (NUNES,1989; STOTZ, 1991).

Tais mediações dizem respeito, por um lado, a um certo compartilhar dessas necessidades entre o sujeito individual e o grupo ao qual está dialeticamente referido (família, igreja, sindicato, organizações comunitárias, dentre outros), por outro, às mediações entre sujeitos coletivos e critérios de legitimação do poder político estatal. Nesse caso, a referência se daria

em relação a um conjunto de necessidades consideradas como socialmente legítimas, implicando a sua atenção por parte do Estado (NUNES,1989; STOTZ, 1991).

Tomando como referência o caminho percorrido por Stotz (1991), Cecílio (2001, p.114-115) propõe “uma taxonomia das necessidades de saúde organizada em quatro grandes conjuntos”.

#### O primeiro conjunto

diz respeito a se ter ‘boas condições de vida’ (...) que poderiam ser entendidas tanto no sentido mais funcionalista, que enfatiza os fatores do ‘ambiente’, ‘externos’, que determinam o processo saúde-doença (...), como nas formulações de autores de extração marxista (...), que enfatizam os diferentes lugares ocupados por homens e mulheres na sociedade capitalista como as explicações mais importantes para adoecer e morrer.

O segundo conjunto “fala da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de prolongar a vida (...)”. O terceiro conjunto “diz respeito à insubstituível criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional (...) significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades”.

#### O quarto e último conjunto

diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida (...) informação e educação são em saúde apenas parte do processo (...) implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida (...) incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, de forma mais ampla possível.

De acordo com o autor, a “escuta” dessas necessidades tem o potencial de ampliar a capacidade e as possibilidades de intervenção por parte dos trabalhadores de saúde em relação aos problemas daqueles que procuram os serviços de saúde.

Entretanto, como a integralidade em seu sentido ampliado se constitui em “objetivo de rede” (CECÍLIO, 2001, p.113), sua concretização depende de uma articulação entre a micro e a macropolítica e, não apenas do “espaço singular” (CECÍLIO, 2001, p.117) dos serviços para ser alcançada, e sim de uma articulação entre serviços e ações setoriais e intersetoriais. Isto porque, “dependendo do momento que vive o usuário, a tecnologia de saúde que necessita pode estar em uma unidade básica de saúde ou em algum serviço produtor de procedimentos mais sofisticados” (CECÍLIO, 2001, p.117), ou

até mesmo poderá depender de uma cooperação com outros setores da política governamental.

Assim, o acesso da população a todos os níveis de complexidade seria a condição e o ponto de partida para a construção do princípio da integralidade no SUS. Ao mesmo tempo que o acesso *per se* não garante a integralidade, na medida em que, conforme já discutido, esse princípio depende de outros fatores para sua materialização. Dentre esses, a criação de vínculos entre usuários e equipes, melhoria das condições de vida da população e a construção da autonomia do usuário na luta pela satisfação de suas necessidades e atendimento de suas demandas em saúde.

Partindo dessa discussão, a integralidade, entendida como um processo de construção social, configura-se como um dispositivo com potência para a estruturação de novas práticas de saúde, inclusive as práticas de gestão, em diferentes esferas de gestão e níveis de complexidade da atenção à saúde.

### **Gestão: algumas questões a dizer sobre ela**

A partir das considerações anteriores, voltamo-nos para uma perspectiva que sinaliza a gestão como parte indissociável das práticas cujo eixo orientador é a integralidade. O processo de trabalho em saúde está contido em uma interface que envolve a técnica, mas também as nuances políticas do cotidiano do cuidado.

Dessa forma, a gestão precisa ser encarada em sua dimensão da macro e da micropolítica. No que diz respeito à primeira, podemos considerar, por exemplo, as questões ligadas aos investimentos e às prioridades da política de saúde. A vontade política é um pressuposto determinante na construção das estratégias, visto que a compreensão ampliada das necessidades de saúde implica em volume maior de recursos a serem aplicados. Da mesma forma, a legitimação da participação da população em espaços deliberativos, apesar de contemplado na legislação específica, apenas se efetiva quando há reais canais de diálogo entre os usuários e o poder público. O que encontramos em muitos locais é uma 'cena' onde estão reunidos os diversos atores cuja participação para a maioria é figurativa e o poder de decisão se restringe aos níveis superiores do Executivo. Importantes exemplos de boas práticas de gestão podem ser encontrados nos processos de orçamentos participativos, mas para tal é indispensável o compromisso do gestor público.

Na micropolítica, as práticas de gestão estão permeadas pelo próprio processo de cuidado. A organização das unidades facilitando o acesso, o trabalho em equipe de forma a constituir um trabalho vivo em ato<sup>6</sup> ao mesmo tempo em que incorporando novas tecnologias adequadas às necessidades da população em dado território são exemplos do cotidiano. A conformação de equipes nas quais a resolução do sofrimento seja o orientador das

intervenções é também um desafio da gestão cujo olhar permite ser afetado pela intersubjetividade (vínculo, acolhimento, linhas de cuidado etc.) e não cristalizado pelos fluxos e dados planejados *a priori*.

Não estamos, deste modo, subestimando a importância do planejamento em saúde, da epidemiologia ou dos processos de monitoramento e avaliação. Estamos sinalizando que estes são insuficientes para abarcar toda a complexidade do cuidado que precisa ser singularizado. Assim, uma gestão impermeável a digressões resultantes da imprevisibilidade das situações de vida e adoecimento, em última instância, está circunscrita ao cumprimento burocrático de diretrizes programáticas verticalizadas.

Na gestão orientada para a integralidade, os atores envolvidos no processo de cuidado devem possuir um protagonismo, em que os saberes envolvidos são ferramentas inerentes às pactuações das estratégias adotadas, seja dentro do consultório ou nas ações desenvolvidas na comunidade. Deste modo, é a partir da incorporação dos múltiplos olhares, das demandas e necessidades construídas em um compartilhamento dialógico que se organiza uma gestão integral. De acordo com Merhy (2003), a organização da atenção se expressa pela pactuação entre profissionais/prestadores de serviços, usuários e governo. Este autor apud Lima; Martins e Silva (2006, p.109) define a gestão como: “um processo político de produzir contratualidades entre os diferentes atores sociais com vistas à organização das ações de saúde em função do interesse dos usuários”.

Não podemos pensar em formas operativas desta gestão compartilhada, que co-responsabilize os atores envolvidos sem considerarmos que existe uma nova ordem advinda da globalização, em que os espaços e o tempo sofreram mudanças radicais, bem como a forma de organização da sociedade, como discutido na primeira parte deste artigo. As indicações levantadas em nossa discussão nos trazem no bojo as perguntas: Quais as ferramentas que possibilitam operar a superação da lógica neoliberal de prestação de serviços de saúde, voltando a gestão para uma ótica da integralidade? Que espaços nos permitem agregar agentes mobilizados e comprometidos com o ‘outro’? Seria possível *resignificar* os valores impostos a partir da trajetória de construção de um sistema de saúde?

Deixamos estas questões para o debate, optando por referir uma assertiva de Arouca (2008, p. 8) em uma palestra proferida em 1986 na Nicarágua: “la Salud es un campo privilegiado para la formación de una nueva conciencia, permitiendo experiencias colectivas de solución de problemas.”

---

<sup>6</sup>O trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente. O seu objeto não é plenamente estruturado, e suas tecnologias de ação configuram-se em ato, operando como tecnologias de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativa na escolha do modo de fazer essa produção (MERHY, 2002).

<sup>7</sup>KINOSHITA (1996) destaca como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio o valor previamente atribuído para cada indivíduo no campo social. Assim, a capacidade de estabelecer trocas no universo social estaria referida a este valor pressuposto, definido como poder contratual.

## As Redes Sociais como Estratégia para Construção da Integralidade do Cuidado

As redes sociais se caracterizam por serem redes de relações que abrangem dimensões micro e macrosociais. Deste modo, podemos defini-las como espaço de trocas de bens materiais e simbólicos de solidariedade, de apoio. Estas são responsáveis pela construção de ‘modos de andar a vida’ com diferentes potenciais de intervenção transformadora. Concretizam-se em vários espaços da vida, estabelecendo valores e relações, a ‘vizinhança’, o ‘lugar’. Assim, mediando a construção das identidades culturais, de pertencimento em uma complexidade que segue do individual à sociedade como um todo. São relações horizontais que atravessam de forma igualitária seus componentes. No campo da saúde, a relação das redes sociais com os determinantes sociais da saúde (DSS) tem sido largamente objeto de estudo. Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), a comissão dos DSS da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, instalada em 2006, apontam para as redes sociais como fator a ser considerado tanto como parte das relações complexas da produção de agravos (como fator de influência positiva/reduzidor) quanto no que diz respeito às políticas de intervenção para transformação mediante o controle social.

As políticas de saúde implementadas no âmbito do SUS têm como desafio a consolidação de práticas que contemplem a potência das redes sociais. Estas desempenham um papel na redução das vulnerabilidades por meio das redes de apoio, afeto e suporte material ao mesmo tempo que possibilitam ações de caráter mobilizador de grupos específicos que buscam melhora de sua qualidade de vida e saúde nos dispositivos de participação popular (como exemplo, citamos o movimento dos portadores de doenças renais crônicas, GLSBT, DST/Aids, movimento da luta antimanicomial, entre outros). Ou seja, caráter representativo que legitima a ‘tradução’ das demandas e necessidades de uma dada população.

Martins (2008) elabora uma classificação que permite um diálogo direto com a saúde. Segundo este autor, as redes poderiam ser divididas em socio-humanas, socio-comunitárias e sociotécnicas. As primeiras referindo-se às redes de apoio social, de ajuda mútua de caráter individual, as sociocomunitárias se conformam em instrumento de endereçamento de ações coletivas diante do poder governamental. O campo sociotécnico aponta para as instituições e os saberes onde está em jogo as responsabilidades com intervenções de saúde e a abertura para estratégias de controle social. Utilizamos a definição de redes sociais elaborada por Martins (2008, p.124): “entendimento das redes (sociais) como sistema de trocas formados por fluxos incessantes de dons, de bens materiais e simbólicos que organizam os sistemas sociais e as próprias individualidades”. O autor enumera formas sociais que estão ligadas às circulações de bens materiais e simbólicos na

construção da vida social, a saber: “a) os lugares das pessoas;b) os valores que regem as trocas;c) os tipos de acordos e pactos; d) os mediadores/colaboradores”. (MARTINS, 2008, p.124).

Logo, a valorização das redes sociais adquire importância fundamental no planejamento e gestão dos serviços de saúde e sua inclusão na construção do sistema está permeada pelas noções de intersectorialidade, interdisciplinaridade e participação popular, ao mesmo tempo que pelo conceito de solidariedade. As redes configuram-se em um dispositivo de mobilização ao mesmo tempo que podemos identificá-la como *locus* de produção de inter-subjetividades. Apontamos assim, para sua potência na construção de estratégias que permitam a superação de uma lógica neoliberal. Tomando-se por base as trocas estabelecidas, as redes possibilitam um lugar de convívio, de consolidação de laços duradouros e identitários. Seu caráter instituinte de valores solidários e de mediação das demandas do coletivo permeia nossa sinalização das redes como dispositivo ímpar na construção das práticas integrais no SUS.

### **Alguns Pontos para Concluir**

Atualmente, a integralidade parece constituir uma das principais divergências entre a política brasileira e as formulações das agências internacionais, como é o caso do Banco Mundial. Esta situação explicita-se no fato de haver uma concordância com diversas outras diretrizes por nós defendidas, dentre estas a descentralização político-administrativa e o controle social, mas permanecendo a integralidade como um ponto sem consenso. Este fato já seria suficiente para justificar a relevância de uma reflexão mais aprofundada acerca das noções e conceitos orientadores das práticas de gestão e de cuidado no modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS.

Portanto, a luta pela transformação qualitativa da política de saúde com vistas à construção de um sistema de saúde com acesso universal, equidade e qualidade nas ações e serviços “assume no presente, contornos de resistência à guinada conservadora com relação às políticas públicas na última década” (CAMARGO Jr, 2001, p.11).

Em contrapartida, para Camargo Jr. (2001, p.11-12), baseando-se nas proposições de Cecílio (2001), afirma que “o modo concreto de articular ações dizendo-as integrais no cuidado define o patamar ético e de programação e avaliação da qualidade da assistência, dimensões situadas no núcleo duro do planejamento e gestão em saúde”. Para tanto, a (re)organização do sistema em uma perspectiva de “rede com múltiplas entradas, múltiplos fluxos, para cuja construção as representações e necessidades individuais são muito importantes ao invés de serviços racionalmente organizados de forma hierarquizada, tal qual uma pirâmide” (CECÍLIO, 2001, p.118), seja



mais adequada para o alcance de uma atenção mais humanizada e qualificada e, portanto, das finalidades anteriormente propostas.

A contextualização do SUS brasileiro no âmbito das transformações ocorridas em nível mundial se faz mister para a compreensão de seus avanços e impasses. Entendemos o contexto como uma ferramenta para articulação dos sentidos da integralidade (MATTOS, 2001) com práticas que reflitam sua complexidade. Desta forma, optamos em nos deter nas práticas de gestão e nas redes sociais por defendê-las como dimensões determinantes na operacionalização cotidiana do cuidado em saúde.

Entretanto, é preciso afirmar que não há 'receitas de bolo' nesta discussão, visto que a padronização do que necessariamente se volta ao singular – que só é possível no coletivo – será sempre reducionista. O desafio da trajetória do SUS pauta-se na delicadeza do tear de redes diversificadas, pois diversos são os sujeitos e suas relações no território. A caixa de ferramentas que pretendemos ajudar a montar com este artigo é dinâmica e construída a várias mãos.

## REFERÊNCIAS

- AROUCA, S. Salud em lãs sociedades em transición. *Revista Cubana de Salud Pública* (online), vol. 34, n. 1, La Habana. Jan-març. 2008. Disponível em: <[www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=so864-3466200800018&ing=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=so864-3466200800018&ing=en&nrm=iso)> Acesso em: 15/08/2009.
- BONFIM, R. L. D. *Programação e financiamento: parâmetros para uma universalização ou para racionamento? O caso da média complexidade*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) 2002. Instituto de Medicina Social, Uerj, Rio de Janeiro.
- BRASIL, *Constituição Brasileira* Brasília, DF: Imprensa Oficial, 1988.
- BUSS, P. M & PELLEGRINI F. A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, vol.17, n.1, p. 77-93, Rio de Janeiro: Uerj/IMS, 2007.
- CAMARGO, K. Jr. As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de

Janeiro: IMS -Uerj, Abrasco, 2001, apresentação.

CARVALHO, G. I. & SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº8080/90 e nº 8142/90)*. 3 ed. Campinas, SP: Editora Unicamp, 2002.

CAMPOS, A. A. M.; AVILA, J. P. C.; SILVA JR, D. S. Avaliação de agências reguladoras: uma agenda de desafios para a sociedade brasileira. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, vol.34, n. 5, p. 29-46, set/out. 2000.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS-Uerj/Abrasco, 2001.

COHN, A. Questionando o consenso sanitário. *Série Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 6, n. 2 p. 300-302. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

COSTA, W. G. A.; MAEDA, S. T. Repensando a Rede Básica e o Distrito Sanitário. *Saúde em Debate*, São Paulo, vol. 25, n. 57, p. 15-29, 2001.

FERLA, A. A. et al. Financiamento e regionalização da saúde: a experiência gaúcha. *Série Divulgação em Saúde para o Debate*. n. 24. Rio de Janeiro: Cebes, 2001.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc-OMS/Uerj-Abrasco, 2006.

FRIEDMAN, L. C. *Vertigens Pós-Modernas: configurações institucionais contemporâneas*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

GERSHMAN, S. A descentralização da política de saúde no final dos anos 1990. *Revista de Administração Pública*. nº34, p. 147-170, 2000.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

LEVCOVITZ, E. et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Série Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 6, n. 2, p. 269-291. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

LIMA, J. C.; MARTINS, W. J.; SILVA, J. P. V. Gestão de sistemas regionais de saúde: da normatização à pactuação democrática. *Saúde em Debate*, vol.30, n.72, p. 101-119, Rio de Janeiro, jan/abr. 2006.

MALTA, D. C. *Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento*

na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), DMPS/FCM/Unicamp, Campinas, 2001.

MARQUES, R. M. & MENDES, A. O financiamento da Saúde no Brasil. In: CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE (Orgs.). *Caderno da XI Conferência Nacional de Saúde*, Brasília-DF, 2000.

MARTINS, P. H. Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas na saúde. In: PINHEIRO, R. & Mattos, R. A. *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc - IMS - Uerj/Abrasco, 2008.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-Uerj/Abrasco, 2001.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*, Tomo I Salvador: Editora Casa da Qualidade, 2001a.

\_\_\_\_\_. *Os grandes dilemas do SUS*, Tomo II. Salvador: Editora Casa da Qualidade, 2001b.

MENDES, E. V. et al. Distritos Sanitários: conceitos-chaves. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das*

práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios do SUS: apostar em novos modelos de atenção. In: MERHY, E. E. (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

NUNES, E. Carências urbanas, reivindicações sociais e valores democráticos. *Lua Nova- Revista de Cultura e Política*, n. 17, p. 67-91, 1989.

OLIVEIRA, Jr, M. Critérios para repasse dos recursos federais/Papel redistributivo do Governo Federal (MS) e Estadual no financiamento da Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). *Caderno da XI Conferência Nacional de Saúde*, p. 139-155, Brasília-DF, 2000.

SILVA, J. P. V. *Gestão compartilhada e a construção da integralidade da atenção: experiência da 4ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), 2003. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Uerj, 140 f.

SILVA, J. V. et al. *Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados*

e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. *Saúde em Debate*, vol. 27, n. 65, p. 234-242, 2003.

STOTZ, E. N. *Necessidades de Saúde: mediações de um conceito* (contribuição das Ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). Tese (Doutorado em Saúde Pública)

- Escola Nacional de Saúde Pública, Ensp/Fiocruz, 1991 Rio de Janeiro, 501 f.

\_\_\_\_\_, E. N. Pobreza e capitalismo. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N.; ALGEBAILLE, E. B. (Orgs.). *Para compreender a pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Contraponto, Ensp, 2005.