José Paulo Vicente da Silva¹

Roseni Pinheiro²

Felipe Rangel S. Machado³

¹ Mestre em Saúde Coletiva, professor e pesquisador visitante da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), integrante do Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que conta com apoio do CNPq, da FAPERJ e do Ministério da Saúde Av. Roberto da Silveira, 358/701 CEP 24230-153 – Niterói – RJ e-mail: zepa@fiocruz.br

² Doutora em Saúde Coletiva, professora do Instituto de Medicina Social, coordenadora do Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde, do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que conta com apoio do CNPq, da FAPERJ e do Ministério da Saúde Rua Cândido Mendes, 279/307 CEP 20241-220 – Rio de Janeiro – RJ e-mail: roseni@uerj.br

³ Graduando em Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), bolsista de Iniciação Científica da FAPERJ, no Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde do Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ, que conta com apoio do CNPq, da FAPERJ e do Ministério da Saúde Rua Califórnia, 326 CEP 24465-120 – São Gonçalo – RJ e-mail: rangfe@yahoo.com.br

* Este trabalho é parte integrante da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva “Gestão Compartilhada e Construção da Integralidade da Atenção no SUS: a experiência da 4ª região sanitária do estado do Rio Grande do Sul – período: 1999-2002”, de José Paulo Vicente da Silva, defendida em abril de 2003, orientada pela professora Roseni Pinheiro.

Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde*

Needs, demand and offer: a few contributions on the meaning, sense and value in the construction of integrality within the Health Sector reform

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo contribuir para a discussão sobre a construção da integralidade da atenção, entendida como princípio norteador das ações e dos serviços de saúde – preventivos e curativos, individuais e coletivos – nos diversos níveis de complexidade do sistema. Grande parte dos cidadãos, principalmente os mais carentes de assistência, se depara com muitos obstáculos para conseguir acesso ao atendimento de qualidade capaz de responder positivamente às suas necessidades. Para tanto, propomos um olhar sobre os sentidos, significados e valores atribuídos às categorias necessidade, demanda e oferta, ampliando o leque de noções necessárias à materialização da integralidade, a fim de garantir o acesso universal com efetividade e ‘resolutividade’ como o grande desafio a ser enfrentado na luta pela implementação efetiva do Sistema Único de Saúde (SUS).

DESCRITORES: *Necessidades e Demanda de Serviços de Saúde; Cuidados Integrados de Saúde; Serviços de Saúde; SUS.*

ABSTRACT

This article aims to contribute to the discussion on the construction of care integrality, as the principle that orientates preventive and healing, individual and collective health actions and functions on the several complex levels of the health system. Most people, especially the less assisted ones, face many obstacles in their search for a health care service able to meet their needs. The authors propose a new view on senses, meanings and values given to categories called needs, demands, and offer, widening the notions required for the fulfillment of integral care, in order to guarantee universal and effective access to health care, the great challenge to be faced in the struggle for the implementation of an efficient Unified Health System.

DESCRIPTORS: *Health Services Need and Demand; Comprehensive Health Care; Health Services; SUS.*

INTRODUÇÃO

O texto constitucional de 1988, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), aponta sua organização de acordo com 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”. Estas dizem respeito ao controle social sobre as ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988. art. 198).

Em consonância com essas diretrizes constitucionais, o SUS orienta-se ainda, e principalmente, pelo princípio da ‘universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência’. Cabe salientar que, antes da institucionalização do SUS, o acesso aos serviços e ações de saúde só estava garantido aos contribuintes do sistema previdenciário. Neste sentido, a Constituição de 1988 assegura, legalmente, a atenção à saúde como direito de cidadania a todo o povo brasileiro.

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 incluía a dicotomia entre as ações e serviços preventivos de cunho co-

letivo a serem realizados pelo Ministério da Saúde (MS) e as ações e serviços assistenciais de cunho individual, a serem implementados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), por meio do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INAMPS) –, o SUS deve combinar 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

Então, 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. Mas, de acordo com Carvalho e Santos (2002), grande parte dos cidadãos, principalmente os mais carentes de assistência, se depara com muitos obstáculos para conseguir atendimento médico-hospitalar. A garan-

tia do acesso universal com efetividade e ‘resolutividade’ permanece, ainda, como um grande desafio a ser enfrentado na luta pela implementação efetiva do SUS.

Segundo Mendes, a aplicação do princípio da integralidade

(...) implica 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 de saúde e suas inter-relações com os ambientes natural e social (MENDES, 1993. 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, 1993. p. 150).

Essas dimensões da macropolítica de saúde deverão corresponder a 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, 1993. p. 150).

Outrossim, no sentido da superação das desigualdades que se referem a diferentes padrões de saúde dos variados grupos populacionais

e ao acesso desigual desses distintos 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. Esta deve ser compreendida como

(...) a superação das desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam por meio de ações governamentais também diferenciadas (...). Subjacente a este conceito está o entendimento de 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.

Com efeito, Cecílio (2001. p. 113) vê esses três princípios como formadores de “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. A “visão ampliada da idéia de integralidade” seria capaz de incorporar as propostas de integralidade (no seu entendimento corrente), equidade e universalidade, consti-

tuindo-se, portanto, na “essência mesma da política pública de saúde” (CAMARGO JÚNIOR, 2001. p. 11).

Parte-se da premissa de que não existe a possibilidade de construção da integralidade e da equidade – os verdadeiros objetivos da política de saúde, 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

UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E
EQÜIDADE 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

recíproca existente entre a macro e a micropolítica de saúde. A busca pela integralidade e pela equidade deve ser orientada por meio de uma abordagem totalizante ao repensar a “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 ‘analisador’ as necessidades de saúde.

NECESSIDADES DE SAÚDE: INTERAÇÃO DE SUJEITOS COLETIVOS E INDIVIDUAIS NA GESTÃO DA OFERTA NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

De acordo com Stotz (1991), as necessidades de saúde situam-se no nível das necessidades sociais mais gerais. Ainda que estas sejam determinadas e constituídas social e historicamente, só poderão ser apreendidas em sua dimensão individual, expressando uma relação dialética entre o individual e o social. O autor está interessado em observar como demandas sociais por saúde podem constituir determinados sujeitos coletivos, tendo em vista que essas demandas expressam determinadas ‘carências’ ou ‘necessidades’ (termos utilizados na Saúde Pública) geradas pelo modo de produção e pela organização da sociedade.

Na busca por explicações acerca das mediações da prática social que dizem respeito à atuação dos movimentos sociais, recorre-se à compreensão de carência como uma idéia que sempre tem por referência o conceito de indivíduo: alguém é carente de algo.

Contudo, como o indivíduo compartilha o processo de determinação de suas carências/necessidades – pois pertence a um determinado grupo (família, colegas de trabalho, seita religiosa etc.) –, é influenciado pelos valores do grupo.

Sendo assim, o processo de determinação das carências individuais

é vivenciado com o grupo: tem uma dimensão coletiva. Trata-se, pois, de uma mediação fundamental da práxis social inerente à vida em sociedade. As necessidades de saúde expressam as carências de milhões de indivíduos e também, simultaneamente, as necessidades coletivas.

Nessa visão de mundo, o ser humano é, ao mesmo tempo, universal e particular. O sujeito individual está dialeticamente referido ao seu grupo ou, como em Marx, à sua classe social, negando a perspectiva do sujeito individual portador de necessidades, descolado das suas relações sociais. A última perspectiva subjaz ao enfoque atomista-individualista, cujo pressuposto é a existência de uma sociedade que é a soma de indivíduos isolados e livres (*o homo economicus*) para satisfazer suas necessidades de acordo com a lei de oferta e procura por bens e serviços (a lei natural do mercado). De outro lado, informa também o enfoque funcionalista que reconhece o sujeito individual como uma unidade da estrutura do sistema social e busca, por meio de mecanismos de regulação, a normalização dos hábitos da sociedade.

Entretanto, a crítica é dirigida também à visão marxista-estruturalista, posto que nessa perspectiva

a noção de sujeito não passa de uma noção ideológica: os sujeitos concretos são erigidos em dados absolutos, como indivíduos empíricos cujos atributos são gerais, universais. Os sujeitos são por-

tadores de uma generalidade de uma essência universal (STOTZ, 1991, p. 107).

Ao propor um conceito operacional de necessidades de saúde capaz de contemplar a perspectiva dos sujeitos individuais e coletivos, o autor vislumbra propiciar uma ferramenta que, potencialmente, contribua tanto para a superação do reducionismo inerente ao enfoque normativo de planejamento quanto para a superação das incoerências e insuficiências contidas no enfoque situacional. Tem-se

O SUJEITO INDIVIDUAL ESTÁ DIALETICAMENTE REFERIDO AO SEU GRUPO OU, COMO EM MARX, À SUA CLASSE SOCIAL, NEGANDO A PERSPECTIVA DO SUJEITO INDIVIDUAL PORTADOR DE NECESSIDADES, DESCOLADO DAS SUAS RELAÇÕES SOCIAIS

em mente que é essa racionalidade instrumental e economicista que vem permeando, hegemonicamente, a formulação das políticas públicas de saúde por meio do planejamento. Essa outra perspectiva possibilitaria a construção de novas mediações, agora entre sujeitos individuais e coletivos e critérios de legitimação do poder político estatal.

Nesse tipo de mediação, a referência se dá em relação à existência de um conjunto de carências (necessida-

des) cujo atendimento é socialmente sancionado como legítimo (inclusive, em certos casos, do ponto de vista jurídico) e implica obrigação política na sua atenção (NUNES, 1989).

No entanto, quando se entra em contato com determinado conceito operacional de necessidades de saúde, descobre-se que tal conceito já demarca *a priori* uma classificação baseada em critérios definidos anteriormente. A existência prévia de tal taxonomia aponta para a dominância de determinada concepção de necessidades de saúde.

Para Stotz (1991), na Saúde Pública, as duas vertentes da perspectiva individual do 'sujeito de necessidades' – a liberal e a funcionalista – foram incorporadas de forma pragmática ao enfoque normativo de planejamento. Nesse caso, 'necessidades sentidas', 'expressas', 'normativas' e 'comparativas' informam um critério que traduz uma aceção naturalista do sujeito, na qual as necessidades se constituíram na ausência de algo cuja natureza se refere à idealização e à generalidade, excluindo as relações sociais e, portanto, a sociedade.

Dessa forma, problemas e necessidades de saúde apresentam-se como noções conexas: a necessidade é, de algum modo, a tradução de problema em termos operacionais. Enquanto um determinado problema informa a existência de um estado de saúde definido como deficiente, seja pelo indivíduo, pelo profissional médico ou mesmo pela coletividade, a necessi-

dade é a expressão de um desvio ou a diferença entre o estado ótimo, definido de modo normativo.

Tal concepção dispensa mediações do conceito de necessidades de saúde, pois a explicação da situação em questão cede lugar a um diagnóstico com base em uma realidade objetiva que se controla e mensura por meio de indicadores tradicionais externos ao planejador.

Quanto ao enfoque estratégico, Stotz conclui que não existe qualquer menção dirigida ao conceito de necessidades de saúde, tanto no pensamento estratégico de Mario Testa, quanto no planejamento situacional de Carlos Matus, para quem o planejamento do tipo estratégico é passível de incorporar determinados elementos do enfoque normativo. Para o primeiro, o diagnóstico de saúde do tipo tradicional, no qual os problemas de saúde são informados por indicadores objetivos e não definidos por sujeitos individuais ou coletivos, é indispensável na formulação do plano. Já de acordo com Matus,

(...) a planificação é uma atribuição governamental, relativa ao presente, que exige cálculo e se refere a problemas reais (...) empiricamente constatáveis, capturados através de uma técnica específica como parte dos procedimentos do momento explicativo, a saber, o fluxograma situacional (MATUS, 1989. p. 20).

À medida que se considera o processo saúde/doença como ao mesmo tempo individual e coletivo, tanto na perspectiva reducionista e tec-

nocrática do planejamento normativo de necessidades de saúde quanto na 'ausência' de um conceito operacional de necessidades de saúde no enfoque estratégico, há um grande problema a ser enfrentado quando se formula determinada política social. Isso porque, em última instância, essa taxonomia orientará a definição dos parâmetros de cobertura e seletividade de tal política.

Tendo como referência o caminho percorrido por Stotz (1991), Cecilio

À MEDIDA QUE SE CONSIDERA O
PROCESSO SAÚDE/DOENÇA COMO
AO MESMO TEMPO INDIVIDUAL
E COLETIVO, HÁ UM GRANDE
PROBLEMA A SER ENFRENTADO
QUANDO SE FORMULA
DETERMINADA POLÍTICA SOCIAL

(2001. p. 114-115) propõe "uma taxonomia das necessidades de saúde totalizadora da visão dos sujeitos individuais e coletivos 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 "(...) fala da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de prolongar a vida (...)". Um terceiro

(...) 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

(...) 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 este 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.

DEMANDA EM SAÚDE: PLURALIDADE
DE CONTEXTOS E PRÁTICAS PARA
DEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO
AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A integralidade, em seu sentido ampliado, constitui 'objetivo de rede'

e sua concretização depende de uma articulação entre a micro e a macropolítica, e não apenas do espaço singular dos serviços – mesmo que esses cumpram a contento a sua função social. Para ser alcançada, depende de uma articulação entre serviços e ações setoriais e interseoriais. Isso porque, conforme o 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, ou até mesmo poderá depender de uma cooperação com outros setores da política governamental (CECILIO, 2001. p. 117).

Nessa perspectiva, o acesso da população a todos os níveis de complexidade é uma das condições para que haja garantia da integralidade da atenção no SUS. Mas, o acesso *per se* não garante a integralidade, à medida que a mesma depende de outros fatores para a sua materialização.

Cabe dizer que ‘necessidades’, assim como ‘demandas’, são categorias que devem ser compreendidas de maneira contextualizada, o que remete para a utilização de outros referenciais teóricos, que não somente os do campo da economia, mas também das ciências políticas e sociais.

A discussão proposta por Pinheiro (2000) aponta para a importância de se reconstruir os conceitos de ‘demanda’ e ‘oferta’, no sentido de se apreender diferentes aspectos presentes nas propostas de reforma no

Setor Saúde. A autora ressalta a urgência de se ultrapassar as formulações originárias desses termos, já que o campo da economia tem exercido enorme influência na área da saúde, estendendo seus braços em diferentes áreas do conhecimento, em particular, na área do planejamento em saúde.

Para Pinheiro (2000), diferentemente da economia e do planejamento em saúde, deve-se evitar a divisão peculiar entre demanda e ofer-

CABE DIZER QUE ‘NECESSIDADES’,
ASSIM COMO ‘DEMANDAS’, SÃO
CATEGORIAS QUE DEVEM SER
COMPREENDIDAS DE MANEIRA
CONTEXTUALIZADA, O QUE REMETE
PARA A UTILIZAÇÃO DE OUTROS
REFERENCIAIS TEÓRICOS

ta, pois essa visão impede que a relação entre as duas categorias seja vista, reproduzindo-se o caráter dicotômico e até estático das mesmas.

(...) os estudos realizados sob esse prisma tendem a analisar os seus componentes separadamente, de modo que a demanda seja relacionada apenas aos usuários ou consumidores e a oferta seja ligada somente aos serviços propriamente ditos. Há nessa forma de elaboração estreita ligação com os conceitos econômicos clássicos, que, assentados no mercado, via consumo,

acabam por manter a distinção entre as categorias oferta e demanda, e pela qual o consumidor ou usuário vai para um lado e o prestador e o agente vão para outro, numa ação descolada do contexto em que estão inseridos (PINHEIRO, 2000. p. 16).

Dessa forma, ‘demanda’ e ‘oferta’ são categorias que permitem apreender as dimensões assistencial, tecnológica e política, que têm no cotidiano das instituições de saúde seus elementos constitutivos. Afinal, são essas dimensões que envolvem a formulação, a execução e a análise das políticas de saúde no campo da organização dos próprios serviços que as instituições mantêm dentro do sistema. Assim, entende-se que a demanda e a oferta são construídas a partir de uma ação social, podendo incluir tanto a objetividade quanto a subjetividade de seus atores, assim como suas falas e práticas no interior das instituições de saúde.

É importante notar que, diferentemente da afirmação de Cecílio (2001), as demandas podem não ser necessidades moduladas pela oferta dos serviços, a não ser que continuemos somente a utilizar referenciais conceituais originários dessas categorias na formulação e no planejamento da oferta em saúde ou na própria análise das políticas.

Por outro lado, se ampliarmos os conteúdos de diferentes campos de conhecimento, a demanda pode ganhar novos contornos conceituais, conforme proposto por Stotz (2001)

na discussão sobre a definição de necessidades. Compreendemos a demanda como fruto de uma relação e interação entre atores que têm necessidades, desejos e projetos institucionais distintos e que, portanto, devem ser considerados.

Partindo dessa compreensão, a integralidade apresenta potencialidades que sugerem a construção de inovações no campo político e institucional, desde que apreendidas como eixo estruturante de novas práticas sanitárias nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde.

De acordo com Ceccim e Armani (2002), essa questão remete para a garantia de amplo acesso à participação e ao controle social na planificação, na avaliação e no controle em saúde, à articulação com os movimentos sociais e à negociação política com a sociedade. Portanto, a disseminação dos princípios doutrinários do SUS e de suas formas de materializá-los auxilia na qualificação da participação política para a defesa da saúde como direito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar a integralidade da atenção se justifica pelo fato dessa diretriz, segundo hipótese de Mattos (2001) – com a qual concordamos –, demarcar a própria especificidade da política de saúde brasileira. Atualmente, a integralidade parece constituir uma das principais divergências en-

tre a nossa política e as formulações das agências internacionais, como é o caso do Banco Mundial.

Posto isso, retomamos a perspectiva dialógica do princípio da integralidade. Esta se afirma numa ação recíproca entre a micro e a macropolítica (CECÍLIO, 2001), entre o geral e o particular, e entre o individual e o coletivo, pois as necessidades de saúde espelham as mediações da prática social dos sujeitos individuais e coletivos (STOTZ, 1991) que, em interação com o centro da ‘sociedade civil’, lutam pela saúde. Dessa forma, a integralidade, em seu sentido ampliado, só poderá ser fruto da ação social concreta e, portanto, da co-produção intencional de sujeitos individuais e coletivos livres, conscientes das suas necessidades de saúde (consciência sanitária).

Para essa direção, parece convergir a perspectiva de Mattos (2001), que apresenta a integralidade como uma ‘bandeira-de-luta’ compondo uma ‘imagem-objetivo’ maior e cuja tradução se dá em um projeto societário permeado pelos ideais de justiça e solidariedade. Essa tradução parece recompor a unidade dialética saúde/democracia, que permeou a construção do projeto político da Reforma Sanitária. Cabe ressaltar que aquele projeto informava a ‘politização da saúde’ como estratégia central para se alcançar os objetivos propostos, entre os quais a integralidade da atenção se situa centralmente.

Mattos afirma (2001. p. 61):

quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer 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 ao diálogo.

E conclui que a luta pela integralidade

(...) é travada cotidianamente no interior dos serviços de saúde, nas reuniões de técnicos e gestores do SUS nos seus diversos níveis, nas novas arenas de negociação e pactuação entre gestores e nos debates nas instâncias que contam com a participação popular (MATTOS, 2001. p. 61).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. *Constituição Brasileira*. Brasília, DF: Imprensa Oficial, 1988.

BRASIL. Lei n. 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 institucionaliza a descentralização e as relações entre União, Estados e Municípios com relação à política de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 29 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovern-

menais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth R de. As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p.11-15.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde* (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90). 3. ed. Campinas: UNICAMP, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borget. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra. M. S. (Orgs.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p. 143-161.

CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira. As necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 113-126.

LEVCOVITZ, Eduardo *et al.* Política de saúde os anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas

Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LEVCOVITZ, Eduardo. *Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS*. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde – 1974/1996. 1997. 302f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

MALTA, Deborah Carvalho. 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. 427f. Tese (Doutorado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social/Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, 2001.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS -UERJ/ABRASCO, 2001, p. 39-64.

MATUS, Carlos. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, Francisco J. Uribe (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Distrito Sanitário*. O processo social de mu-

danças de práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1993.

NUNES, Everardo Duarte. Carências urbanas, reivindicações sociais e valores democráticos. *Lua Nova*, Revista de Cultura e Política, São Paulo, v. 17, p. 67-91, jun. 1989.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS -UERJ, 2001. p. 65-112.

_____. *Da defesa do aço à defesa da vida: o cotidiano dos atores em suas práticas nos serviços de saúde*. 245f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

PINHEIRO, Roseni *et al.* Novas práticas de gestão da atenção especializada e a construção da integralidade no SUS: notas sobre a experiência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra. M. S. (Orgs.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p. 53-65.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel T. Modelos ideais x práticas eficazes: desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999. p. 3-23. (*Série Estudos em Saúde Coletiva*, 191).

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

POSSA, L. B. *et al.* Uma experiência de gestão regional do SUS. In: Ferla, Alcindo Antônio, FAGUNDES, Sandra. M. S. (Orgs.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa, 2002, p. 37-52.

SILVA, José Paulo Vicente da. *Gestão Compartilhada em Saúde: uma alternativa para construção da Integralidade no SUS? Uma análise das práticas de gestão da atenção especializada na Macrorregional de Saúde de Santa Maria no Estado do Rio Grande do Sul*. 29f. Projeto de Qualificação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

STOTZ, Eduardo Navarro. *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)*. 514f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.