

**CAROLINA ROGEL DE SOUZA**

**Construção social da demanda em saúde**

São Paulo

2012

**CAROLINA ROGEL DE SOUZA**

**Construção social da demanda em saúde**

**Versão Original**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia social

Orientador: Prof. Dr. Carlos Botazzo.

São Paulo

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação  
Serviço de Documentação Odontológica  
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Souza, Carolina Rogel.

Construção social da demanda em saúde / Carolina Rogel de Souza ; orientador Carlos Botazzo. -- São Paulo, 2012.

45 p.

Dissertação (Mestrado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Social. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original

1. Atenção primária à saúde. 2. Necessidades e demanda de serviços de saúde. 3. Assistência à saúde. I. Botazzo, Carlos. II. Título.

Souza CR. Construção social da demanda em saúde. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências Odontológicas.

Aprovado em:    /    /2013

**Banca Examinadora**

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

À minha mãe pela força e coragem de acompanhar todo esse percurso, com carinho e compreensão.

Aos meus colegas do NASF com quem aprendi a trabalhar em equipe, com que aprendo, todos os dias, a suportar a dor e a absorver as alegrias que encontramos em nosso cotidiano. Companheiros de reuniões, de atendimentos, de indignação, de festa. Bruma, Elaine, Flavia, Gilsa, Janaina, Maria Luisa, Marta, Paulo, Rafaela, Roberta, alguns ainda na equipe, algumas já seguindo por outros caminhos, mas todos muito queridos!

Às equipes de saúde da família com as quais compartilho meus dias, com algumas dificuldades, muito trabalho, com quem aprendo mais e mais a cada dia. Uma lembrança especial à “enfermeira” do NASF, Grazi, sempre companheira, nas consultas compartilhadas, nas visitas, grupos ou só para um abraço.

Aos companheiros do grupo de alunos do Prof. Botazzo, Cissa, Fabi, André, Fernando, Leticia, Akira. Obrigada pelos momentos de troca de experiências, discussões, risadas.

E por último, mas não menos importante (por que deixamos o melhor pro final!) ao Prof. Carlos Botazzo, ou simplesmente Botazzo. Por esses anos de orientação, paciência e carinho nas discussões e momentos de “análise” tão ricos e sinceros.

## RESUMO

Souza CR. Construção social da demanda em saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2012. Versão Original.

A saúde no Brasil se dá por meio de um sistema único, com base jurídica e apoio na Constituição Federal. A saúde é colocada como Direito de todo o cidadão, e para que tais Direitos sejam garantidos, organizam-se modelos visando à operacionalização dos serviços. O primeiro nível no Brasil é denominado Atenção Básica (AB), com sua base conceitual vinda da Atenção Primária à Saúde (APS). Ela é colocada como a porta de entrada preferencial do sistema, como coordenadora do cuidado, com um território delimitado e exercida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou Unidades de Saúde da Família (USF). Seguindo a diretriz da descentralização, é gerida pelo município e com isso espera-se que as ações sejam mais qualificadas e resolutivas, uma vez que o município tem maior proximidade e conhecimento das necessidades de saúde de sua população. O objetivo do trabalho é conhecer e analisar como está organizada a produção teórica da Saúde Coletiva no Brasil acerca da construção social da demanda por serviços de saúde na Atenção Básica, criando-se assim uma referência a fim de trazer o assunto à discussão. A pesquisa foi feita utilizando-se os termos relacionados ao problema inicial: demanda em saúde, atenção básica e modelos tecno-assistenciais em saúde. Os conceitos serão apresentados de forma mais aprofundada por meio da revisão bibliográfica necessária para que aqueles que escrevem, produzem e vivem os termos que são aqui utilizados possam ganhar voz. Além da revisão, serão apresentados dados de documentos, levantados por meio de pesquisas em bancos de dados oficiais. Para a análise optou-se pela hermenêutica dialética, a qual tem na hermenêutica a arte da compreensão, ocupando-se do compreender através não só da interpretação do que o autor quis dizer em seu texto, mas além, dizendo que o pesquisador deve também buscar o que ficou subentendido, no inconsciente. A dialética busca compreender a realidade, por meio da transformação e da estranheza que ocorrem no interior dos processos, trabalhando com a quantidade e a qualidade como noções intrínsecas a qualquer objeto. Espera-se do serviço de

saúde que este reconheça e resolva, na medida do possível, os problemas de saúde da população. E da AB esperamos que seja a captadora de boa parte das condições que afetam a saúde das pessoas. Temos no Brasil, a proposição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a qual enuncia o “acesso universal” e a “atenção às necessidades de saúde” como parte dos fundamentos e diretrizes da AB. Espera-se que esta seja uma construção conjunta – trabalhador e usuário – de modo a produzir saúde dentro das instituições e pelo território que os circunda.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Demanda em saúde. Necessidades de saúde. Cuidado em saúde.

## ABSTRACT

Souza CR. Social construction of demand on health [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2012. Versão Original.

Health in Brazil is set as a unified system, which is run under a legal basis and is protected by the Federal Constitution. It is placed as a Right to every citizen, and hence, models are defined so that services can be provided to assure that Right. The first level in Brazil is called Atenção Básica (AB) – (Basic Attention), with its basic concept coming from Atenção Primária à Saúde (APS) (Primary Attention to Health). It is said to be the system main front door, working as a care coordinator with a delimited territory and practiced in the Unidades Básicas de Saúde (UBS) – (Basic Health Units) and/ or in the Unidades de Saúde da Família (USF) – (Family Health Units). Following the decentralization guideline, it is managed by the city and, thus, actions are expected to be quality and effective, once the city has greater proximity with and knowledge of the health needs of its population. The objective of the paper is to get to know and analyze how the Brazilian Collective Health's theoretical production about the social construction of the demand of health services in the Atenção Básica is organized, building, thus, a reference in order to bring the subject to light. The research was carried out by making use of the terms related to the initial problem: health demand, basic attention and techno assistance models in health. The concepts are going to be presented more deeply through the necessary bibliographical review, so that those who write, produce and live the terms used here can have a say. Besides the review, document data, collected through research in official databases, are going to be presented. To the analysis, the dialectical hermeneutics was chosen. By analyzing both fields, we have the hermeneutics as the art of comprehension, having it minding the understanding, not only by interpreting what the author meant in the text, but also by going beyond it and saying that the researcher must also investigate what was implicit, in the subconscious. The dialectics minds understanding the reality through transformation and strangeness that happen within the processes, working with quantity and quality as intrinsic notions to any object. It is expected from the health service that it recognizes and solves the health problems of the population to an attainable extent. And from AB we



expect it to assist a great part of the conditions that affect people's health. We have in Brazil the proposition of the Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – (Basic Attention National Policy), which enunciates the “universal access” and the “attention to the health needs” as part of the fundamentals and guidelines of the AB. It is expected it to be a mutual construction –worker and user – in a way of producing health within the institutions and throughout the territory surrounding them.

Keywords: Primary Attention to Health. Demand in health. Health needs. Care in health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
ESB	Equipe de Saúde bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	Equipe Saúde da Família
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas em Saúde
PIASS	Programa de Integração das Ações de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
Suds	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	20
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	21
<b>4 PERCURSO TEÓRICO</b> .....	25
4.1 MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE.....	25
4.2 ATENÇÃO BÁSICA.....	29
4.2.1 Atenção básica no Brasil .....	31
4.3 DEMANDA E NECESSIDADES EM SAÚDE .....	34
<b>5 REFLEXÕES</b> .....	37
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	40

## 1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde no Brasil se dá por meio de um sistema de saúde único, com base jurídica e apoio na Constituição Federal. A saúde é colocada como Direito de todo cidadão, e para tanto são definidos modelos com vistas a operacionalização dos serviços organizados para esse fim.

A proposição desse sistema vem ancorada em uma visão ampla do processo saúde-doença, o qual dá lugar a uma nova forma de se organizar as ações de saúde voltadas à população. Pauta-se em princípios e diretrizes explicitados na Constituição Federal: a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a participação da população e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado.

As discussões sobre a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem início no final da década de 1970, em um momento de emergência da participação da sociedade na implementação e definição de políticas públicas. Estávamos no período da ditadura militar, momento em que a sociedade passou a se manifestar em resposta ao aumento das desigualdades ocorridas por conta da política de concentração adotada pelo regime militar. Isso fez surgir grupos que passaram a reivindicar melhorias na educação, moradia, transporte e saúde.

Até meado do século XX eram correntes as ações de saúde voltadas para as cidades, com serviços de assistência médica voltados para o setor previdenciário, e no interior do País – com piores condições de saúde – observava-se inexpressiva atuação do Estado nesse sentido, situação que apenas começou a ser equacionada com o advento do SUS.

É importante que se resgate, ainda que em breves palavras, um pouco do percurso histórico que resultou na criação de um sistema de saúde universal. De fato, a história da saúde pública no Brasil experimentou avanços lentos, e muitas vezes rupturas ou descontinuidades que devem ser consideradas. O abandono a que estavam relegadas as populações do interior do país, e mesmo nas grandes cidades, pode ser constatado pelas péssimas condições de saúde, com incidência, mesmo no começo do século XX, de epidemias e surtos de doenças transmissíveis. Foi a época em que fazia sentido dizer: “muita saúva e pouca saúde os males do

Brasil são”. A República, herdeira do Império, não tinha como propósito ser república para todos, antes representando um pacto das elites agro-exportadoras. Só muito mais tarde, ainda no século XX, esse equacionamento pode encontrar solução e se dar início ao resgate da enorme dívida social que se acumulara.

Em 1918 a pandemia de gripe espanhola chega ao País, levando a uma grande mortalidade nas grandes cidades e o interior. Chega-se à conclusão de que é necessária uma reforma dos serviços de saúde, a fim de assistir a população (Escorel; Teixeira, 2008).

Em 1919 cria-se o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) o qual: “[...] abrangia algumas proposições do movimento pelo saneamento rural e dilatava bastante as atribuições estatais no campo da saúde.” (Escorel; Teixeira, 2008, p. 354). O DNSP representou grande mudança no cenário da saúde no País. Passa a ser responsável por ações de cunho higienista que até então não eram prioridade do governo.

Ao final da década de 1920 temos na economia a crise do café, na política a crise das oligarquias e o País vê a urbanização caminhar a passos largos, o que leva a um aumento do número de trabalhadores nas cidades, principalmente operários industriais.

Em 1923 a Lei Eloy Chaves institui as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), as quais são fundos organizados por empresas, contando com contribuições dos trabalhadores, dos empregadores e dos consumidores. Constituem recursos para aposentadorias ou para os dependentes do contribuinte em caso de morte. Representam o início da Previdência Social no País (Escorel; Teixeira, 2008).

O governo Vargas vem ancorado na integração nacional, nesse período percebemos um aumento na oferta de serviços de saúde aos trabalhadores. Esse aumento vem assentado em duas bases: a saúde pública e a medicina previdenciária. A primeira diz respeito às ações de saúde voltadas ao combate às endemias e epidemias, com caráter coletivo. Já a segunda trata da assistência aos trabalhadores que compõem e contribuem para o sistema previdenciário (Escorel; Teixeira, 2008, p. 358).

Ainda no governo de Getúlio Vargas temos clara a distinção entre Saúde Pública e Assistência Médica Previdenciária. À primeira cabiam as ações de cunho coletivo, voltadas às doenças epidêmicas e endêmicas e as infectocontagiosas, ficando a cargo do Ministério da Educação e Saúde. Já a assistência previdenciária

tinha caráter individual, voltada a grupos específicos — crianças, idosos — era praticada por médicos particulares para a população em geral e para os trabalhadores era de responsabilidade do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (Escorel; Teixeira, 2008, p.366).

Os anos 1960 trazem consigo o Regime Militar, marcado pelo que ficou conhecido como “milagre econômico”, a repressão, a concentração de renda, o aumento dos preços para a população de modo geral, a diminuição da oferta de alimentos e o colapso de serviços públicos de transporte e saúde (Escorel, 2008).

Na saúde temos a predominância do modelo da previdência social sobre o Ministério da Saúde, com a compra de serviços de saúde. Temos a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) o qual unificava os IAPs, levando à alteração da gestão que até então era tripartite – trabalhadores, empregados e União – retirando os trabalhadores da gestão e suprimindo a contribuição da União (Escorel; Teixeira, 2008).

Segundo Escorel (2008, pág. 389), com o INPS a “[...] previdência passou a ter função assistencial e redistributiva, ainda que esta estivesse limitada ao contingente de trabalhadores com carteira assinada”. Quem não contribuía para a previdência — toda a parcela da população sem “carteira assinada” — recebia cuidados de saúde nos centros de saúde pública, quando enquadrados em algum dos programas, caso contrário tinham que recorrer à filantropia ou ao mercado privado. O INPS traz também a contratação de serviços de terceiros, com a alegação de incapacidade da rede própria dos IAPs de suprir a demanda por atendimento.

Em 1975 temos a criação do Ministério da Previdência Social o qual fica responsável pela saúde individual, ainda aos trabalhadores formais e o Ministério da Saúde continua responsável pela saúde da coletividade, com ações visando o cuidado da população. Anos mais tarde ocorre a criação do Sistema nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), o qual era constituído de três institutos, a saber: o INAMPS no âmbito da assistência médica, o INPS na concessão de benefícios e o IAPAS com atribuições relativas ao controle financeiro. Além desses duas fundações, uma empresa e uma autarquia (Escorel, 2008).

Nesse contexto, temos o surgimento do Movimento da Reforma Sanitária, iniciado em meado dos anos 1970, com ampla participação de vários setores da sociedade (professores, trabalhadores da saúde, sindicatos e movimentos sociais),

que passa a questionar o modo de fazer saúde no País. Os integrantes do Movimento passam, então, a propor um novo arranjo para a assistência à saúde no País, diferente da preconizada até então, de caráter individualista, médico-centrada, de acesso apenas a uma pequena parcela da população.

Tal movimentação em torno do tema culmina com a proposição de princípios e diretrizes para a saúde, discutidas e referendadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986. Os princípios defendidos na resolução final da Conferência foram depois consagrados na Constituição de 1988, sob o lema “Saúde: Direito de Todos e Dever do Estado” (Stotz, 2004).

Nascia, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual, além de assegurar a saúde como direito de todos os cidadãos, propunha uma nova forma de estruturação do sistema como um todo. Coloca-se em contraponto à perspectiva neoliberal, a qual defende a redução da presença do Estado na oferta de serviços – de saúde – à população.

A saúde é apresentada na Constituição Federal, no Capítulo da Seguridade Social, e tem no artigo 196 sua definição:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Após a inclusão na Constituição, o sistema continua sendo discutido, agora no sentido de se organizar formas de regulamentar o mesmo e operacionalizar suas ações, com o seguinte elenco de princípios: universalidade, integralidade e equidade; e suas diretrizes: descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

A universalidade diz respeito ao acesso do conjunto da população brasileira aos serviços e ações de saúde, a integralidade faz referência às opções terapêuticas disponibilizadas para que o indivíduo tenha assegurada a manutenção ou a reabilitação de sua saúde. Já a equidade trata da maneira como o sistema dá conta das diferenças implicadas na manutenção da saúde, sejam elas das mais variadas ordens, sociais, econômicas.

As diretrizes versam sobre formas de operacionalização do sistema, temos então a descentralização da gestão dos serviços, indicando quais os atores que serão responsáveis por quais serviços da rede, e isto se dá com a transferência da

gestão de certas unidades para os municípios e estados. A regionalização coloca a necessidade de delimitação dos territórios a serem cuidados por cada serviço. A hierarquização vem colocada na forma da organização de níveis de serviços, de acordo com suas complexidades de cuidado. Já a participação social insere a sociedade no planejamento e proposição da política e ações de saúde nos territórios.

Temos, então, a proposição de níveis de atenção à saúde, com uma rede hierarquizada de serviços, com a atenção primária, secundária e terciária, com diferentes níveis de complexidade das ações e tecnologia agregada. Espera-se que os serviços de saúde que compõem o sistema trabalhem de modo a garantir o acesso universal, a integralidade e a equidade das ações propostas, buscando promover uma mudança na forma como a saúde e a doença são recebidas em seu cotidiano.

O primeiro nível no Brasil é denominado Atenção Básica (AB), com sua base conceitual vinda da Atenção Primária à Saúde (APS). Vem colocada como a porta de entrada preferencial do sistema, como coordenadora do cuidado, com um território delimitado e exercida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou Unidades de Saúde da Família (USF). Seguindo a diretriz da descentralização, é gerida pelo município, com isso espera-se que as ações sejam mais qualificadas e resolutivas, uma vez que o município tem maior proximidade e conhecimento das necessidades de saúde de sua população.

Na definição do Ministério da Saúde:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (Brasil, 2007).

Espera-se que a Atenção Básica seja capaz de desenvolver ações de vínculo e responsabilização entre as equipes de saúde e a população residente em seu território adscrito, garantindo a continuidade e o cuidado longitudinal da mesma (Brasil, 2007). Espera-se também, por ser o primeiro contato do indivíduo com o



sistema de saúde, que seja capaz de resolver uma gama de necessidades de saúde que extrapolam a esfera da intervenção curativa individual (Schraiber; Mendes-Gonçalves, 1996).

Temos no início dos anos 1990 a proposição de uma nova forma de organização da Atenção Básica no Brasil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) o qual vem a ser reestruturado alguns anos depois, dando lugar ao Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF). Propõe a reorganização da Atenção Básica por meio da adoção da família como núcleo a ser olhado pelo serviço de saúde. Elege populações prioritárias para a atuação da estratégia – gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças menores de um ano – por meio da inclusão dos mesmos em programas dirigidos (Rosa; Labate, 2005).

Um dos modos propostos para acolher as demandas em saúde dos usuários, no Brasil, é a organização de programas. Os programas de saúde ofertados, planejados pelas diferentes esferas de governo, levam em conta a dimensão do adoecimento, organizando os serviços na lógica da doença ou dos grupos com maior risco de contraí-las. Assim, ao integrar um desses programas o paciente passa a assumir a identidade da doença que possui, sendo informado dos procedimentos que deve seguir, dentro do serviço e em sua vida cotidiana (Pinheiro; Camargo Jr, 2000).

Na formulação desses programas desconsidera-se a participação de outros atores que também estão implicados no processo, principalmente o usuário. Prima-se pelo rigor técnico das ações, deixando-se de lado as questões subjetivas da população. Isso ocorre por que o que é pensado como sendo o ideal pelos técnicos nem sempre corresponde à situação real da população, pois não são considerados aspectos sociais, econômicos, culturais.

Os modelos explicativos dominantes para definir demandas reduzem o sujeito pela objetivação da doença, desconsiderando os contextos em que se inserem. Os elementos constituintes das demandas de saúde

[...] surgem de interações dos sujeitos (usuários, profissionais e gestores) na sua relação com a oferta nos serviços de saúde, em face de um determinado projeto político institucional (Pinheiro et al., 2005, p.15).

Para Stotz<sup>1</sup> (1991, apud Silva et al., 2003), demandas são fruto da relação entre atores que têm necessidades, desejos e projetos institucionais distintos, os quais devem ser considerados. São essas dimensões que envolvem a formulação, a execução e a análise das políticas de saúde. Demanda e oferta são construídas a partir de uma ação social, podendo incluir a objetividade e a subjetividade na sua expressão concreta.

As unidades de saúde valem-se dos conceitos da epidemiologia e da vigilância em saúde para organizar um leque de serviços que serão ofertados à população residente em seu território, visando oferecer respostas aos principais problemas de saúde de seus usuários. Essa resposta vem, geralmente, na forma de uma consulta – médica, de enfermagem, com o dentista – fazendo com que a necessidade de saúde do sujeito seja associada ao consumo de um serviço (a consulta) (Schraiber; Mendes-Gonçalves, 1996).

Esse descompasso leva muitas vezes a uma dupla insatisfação, pois o serviço somente oferece a consulta como resposta às demandas do usuário e esse, por sua vez, somente busca por ela, fazendo com que outras propostas de cuidado sejam secundarizadas e até mesmo abolidas. Assim, precisamos apostar em uma mudança no processo de trabalho instaurado na APS, promovendo uma mudança de olhar e fazer, com conseqüente mudança de foco para as necessidades de saúde ao invés de privilegiar os problemas (Nery, 2006).

Devemos observar mais de perto as chamadas necessidades de saúde, as quais, no Brasil, eram demandas sanitárias (saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, vacinação, informação); prevenção, profilaxia e tratamento de doenças epidêmicas; demandas clínicas de prevenção ou recuperação. Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996, p. 29), entendem-na como resultado de algum carecimento, “[...] algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu atual estado sócio-vital”, podendo ser alguma alteração física ou orgânica, um sofrimento sem causa identificada ou situações em que ele reconheça que há falta. Esse carecimento, essa falta, faz com que o sujeito busque soluções, intervenções que o auxiliem a minimizá-lo. Essa busca é chamada de demanda pelos serviços e profissionais de saúde.

---

<sup>1</sup> Stotz EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito: contribuições das Ciências Sociais para fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde. [tese] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1991.

Para Stotz<sup>2</sup> (1991, apud Silva et al, 2003, p.237), “[...] problemas e necessidades de saúde apresentam-se como noções conexas: a necessidade é, de algum modo, a tradução de problema em termos operacionais.” As necessidades de saúde estão no nível das necessidades sociais mais gerais. São construídas social e historicamente e espelham as mediações da prática social dos sujeitos, individuais e coletivos que, em interação com o centro da sociedade civil, lutam pela saúde.

Em sua dissertação, Matsumoto (1999, p. 115) trabalha com uma ideia de que as necessidades de saúde poderiam ser apreendidas e organizadas em quatro grandes conjuntos:

1. “ter boas condições de vida”;
2. “necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida”;
3. “[...] criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional [...]”;
4. “[...] necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”.

Necessidades de saúde como instrumento dos trabalhadores, gestores, equipes, serviços visando uma melhor escuta dos que buscam por cuidados em saúde. A produção do cuidado deve ser entendida como um processo dialógico, na medida em que usuário e trabalhador encontram-se, em um determinado momento, com determinadas expectativas e conhecimentos a oferecer (Ayres, 2009).

O modelo de saúde adotado busca objetivar essa demanda tornando-a real, uma doença. O que leva o usuário ao serviço é a necessidade de curar ou evitar um agravo. Assim, passa-se a propor modelos de atenção à saúde que organizem os serviços no sentido de acolher essa doença, esse agravo estabelecido, ou a evitar que ele se instale.

Segundo Silva et al. (2003, p. 235), a

[...] integralidade, do ponto de vista jurídico-institucional pode ser vista como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, nos diversos níveis de complexidade do sistema.

---

<sup>2</sup> Stotz EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito: contribuições das Ciências Sociais para fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde. [tese] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1991.

Objetiva a construção de redes de cuidado, as quais dependem da articulação entre serviços e ações intersetoriais.

Integralidade e equidade vão além do consumo ou acesso a determinados serviços, nos levam ao campo das micropolíticas de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos.

É assim que

A luta pela equidade e pela integralidade implica, necessariamente, repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde (Cecilio, 2009, p. 117).

O cuidado em saúde é predominantemente pensado e organizado dessa forma, dentro das Unidades de Saúde, mas essas não conseguem trabalhar, sozinhas, todas as questões que influenciam e determinam a saúde e a doença das populações. Questões de ordem econômicas, sociais e de infra-estrutura, necessitam da ação de outros atores para que sejam solucionados ou minimizados.

Tendo isso em vista, faz-se necessária a articulação das ações desses diversos atores em prol da melhoria da qualidade de vida da população, o que influencia positivamente a manutenção da saúde. Como referido por Cecilio (2009, p.121):

Em particular, a batalha pela melhoria das condições de vida e o acesso a todas as tecnologias para melhorar e prolongar a vida, por mais competente e comprometida que seja a equipe, jamais poderá ser plenamente bem sucedida no espaço singular dos serviços. Tal constatação nos remete, então, à uma segunda dimensão da integralidade da atenção, qual seja, a integralidade da atenção como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, seja ele um centro de saúde, uma equipe de PSF, um ambulatório de especialidades ou um hospital, a uma rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do "setor" saúde. A integralidade pensada no "macro".

Para tanto esses serviços e instituições devem alinhar informações no sentido de tornarem claras, umas às outras, a forma como se dá em seu interior os processos de trabalho, o que estão preparados a atender e, ao mesmo tempo, propor ações conjuntas com vistas às necessidades levantadas.

Assim, buscamos analisar criticamente e tecer considerações acerca dos temas que compõem o debate sobre a construção da demanda.

## 2 OBJETIVOS

### **Objetivo geral:**

Conhecer e analisar como está organizada a produção teórica da Saúde Coletiva no Brasil acerca da construção social da demanda por serviços de saúde na Atenção Básica, com o intuito de criar uma referência para se pensar a mesma.

### **Objetivos específicos:**

- Conhecer e analisar a produção científica acerca dos temas na Saúde Coletiva: Atenção Básica, Demanda em saúde, Modelos tecnoassistenciais;
- Realizar análise crítica acerca da efetivação, ou não, das políticas apresentadas, com base na literatura levantada.

### 3 METODOLOGIA

Iremos utilizar, como já visto na introdução, um conjunto de conceitos, definições, ideias. E o que são conceitos, definições, ideias?

Para Minayo (2008, p. 176) conceitos são:

[...] unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma teoria. Podem ser considerados como operações mentais que refletem pontos de vista verdadeiros e construídos em relação dinâmica com a realidade (sempre dentro de um quadro teórico determinado). Os conceitos podem ser considerados um caminho de ordenação teórica dos fatos, relações e processos sociais, devendo ser, pelo confronto com o campo empírico, permanentemente recriados.

Auxiliam na ordenação da realidade, na sustentação das teorias. São histórica e socialmente condicionados e assim devem ser recebidos.

Deleuze e Guattari (1992) dizem que não existe conceito simples, são compostos por componentes que o definem. Remetem sempre a um problema, o qual lhe concede sentido e “[...] só podem ser isolados ou compreendidos na medida de sua solução [...]” (p.27-28).

Por outro lado, ainda segundo Deleuze e Guattari (1992, p.30):

[...] um conceito possui em devir que concerne, desta vez, a sua relação com conceitos situados no mesmo plano. Aqui os conceitos se acomodam uns aos outros, superpõem-se uns aos outros, coordenam seus contornos, compõem seus respectivos problemas, pertencem à mesma filosofia, mesmo se têm histórias diferentes. Com efeito, todo conceito, tendo um número finito de componentes, bifurcará sobre outros conceitos, compostos de outra maneira, mas que constituem outras regiões do mesmo plano, que respondem a problemas conectáveis, participam de uma co-criação.

Assim sendo, é necessário o levantamento e a discussão de vários conceitos complementares para que possamos dar forma àquilo que pretendemos retratar. Com isso seremos capazes de levantar um conjunto de “problemas” que culminarão em nosso objeto de estudo. Becker (2009, p.18) diz: “[...] uma “representação” da sociedade é algo que alguém nos conta sobre algum aspecto da vida social”. É isso que buscamos conhecer o que é dito e feito acerca do lugar da demanda e das necessidades de saúde na atenção básica.

Os conceitos serão apresentados de forma mais aprofundada através da revisão bibliográfica necessária para que possamos dar voz àqueles que escrevem, produzem, vivem os termos que são aqui utilizados. A pesquisa foi feita utilizando-se

os termos relacionados ao problema inicial: demanda em saúde, atenção básica, modelos tecno-assistenciais em saúde.

Além da revisão serão apresentados dados de documentos, levantados por meio de pesquisas em bancos de dados oficiais. Os documentos têm a importância de nos mostrar dados e informações relevantes acerca da organização da forma de se pensar em dado momento histórico.

May (2004, p. 212) enfatiza:

Para alguns pesquisadores, um documento representa um reflexo da realidade. Ele se torna um meio através do qual o pesquisador procura uma correspondência entre a sua descrição e os eventos aos quais ela se refere”.

Aqui serão analisados documentos oficiais que versam sobre a área da saúde, mais precisamente sobre a organização das ações e serviços de saúde no Brasil. Para tanto foram levantados: declarações, leis, textos técnicos, entre outros, para comporem a base teórica e serem utilizados na argumentação do estudo.

Como diz Becker (2009, p. 27-28), buscamos:

Encarar relatos sobre sociedade do ponto de vista organizacional significa introduzir na análise todos os aspectos das organizações em que eles são feitos: estruturas burocráticas, orçamentos, códigos profissionais, características e aptidões do público – tudo isso tem um efeito importante no falar sobre a sociedade.

Para a análise optou-se pela hermenêutica dialética. Analisando-se os dois campos temos a hermenêutica como a arte da compreensão, ocupando-se do compreender através não só da interpretação do que o autor quis dizer em seu texto, mas além, dizendo que o pesquisador deve também buscar o que ficou subentendido, no inconsciente.

Gadamer<sup>3</sup> (1999, apud Minayo, 2002) coloca que os seres humanos tentam fazer-se entender, tendo a linguagem como mediadora. Para o autor a compreensão passa a ser necessária quando ocorre algum ruído o qual faz com que perguntas sejam elaboradas na busca por respostas.

Minayo (2002, p. 84) refere-se à hermenêutica como a “[...] disciplina básica que se ocupa da arte de compreender textos”. Utiliza-se do termo “textos” como sendo documentos, artigos, livros, entre outros.

---

<sup>3</sup> Gadamer, H. Verdade e método. Petrópolis: Vozes; 1999.

Para Gadamer<sup>4</sup> (1999, apud Minayo, 2002), novamente, o compreender começa com um exercício de negação, deve-se buscar nas palavras do autor além daquilo que ele desejou escrever; não é apenas capturar o que o outro tem vontade ou planeja; não é contemplar o que o outro escreveu ou falou. É desse movimento que surgem as perguntas que levam o investigador a procurar compreender o que está escrito.

Na expressão da autora,

Gadamer conclui que o pesquisador deve buscar entender um autor 'melhor' do que ele próprio se teria compreendido ou se compreende, tentando desvendar o que ficou inconsciente" (idem, p. 86).

Assim, a compreensão significa a capacidade de interpretar, relacionar, aquilo que é dado, seja em um texto, adicionado àquilo que o observador traz consigo, levando a conclusões em diversas situações.

Já a dialética nos traz a crítica, o questionamento. Minayo, na obra citada, diz que existem duas fases da dialética: "... a antiga, desde os pré-socráticos até Hegel; e a moderna, de Hegel até os dias de hoje" (idem, p.92).

A dialética nos apresenta alguns princípios, com base nas contribuições de Hegel e Marx, são elas:

- nada está pronto, em definitivo, as coisas acontecem em um processo, num constante movimento. "Cada coisa é um processo, isto é, uma marcha, um tornar-se" (idem, p.95).
- os processos não são lineares, há um encadeamento de ações, ideias, que levam a algo, que pode ou não acontecer. "O que vem é uma promessa, poderá ou não acontecer, mas nunca será uma mera repetição" (idem, ibidem).
- a contradição está presente nas coisas. "Cada coisa traz em si sua contradição, sendo levada a se transformar em seu contrário" (idem, ibidem).
- "A quantidade se transforma em qualidade" (Minayo, 2002, p.96). Isso ocorre, pois as mudanças estão sempre acontecendo, inclusive no

---

<sup>4</sup> Gadamer , op. cit.



interior das coisas. Há um pouco de quantidade na qualidade e vice-versa.

Com isso a dialética busca compreender a realidade, por meio da transformação e do estranhamento que ocorrem no interior dos processos, trabalhando com a quantidade e a qualidade como noções intrínsecas a qualquer objeto e caminhando juntas.

Com isso podemos pensar na hermenêutica e na dialética juntas, como forma de observação do que ocorre na sociedade, conforme refere Minayo (2002, p. 97):

[...] por possibilitarem uma reflexão que se funda na práxis, o casamento das duas abordagens é fecundo na condução do processo ao mesmo tempo compreensivo e crítico de análise da realidade social.

Assim, temos que a abordagem hermenêutica-dialética busca realizar a crítica contida ou interpretada nos textos utilizados, sempre levando em consideração seu contexto histórico e social, fazendo com que essa crítica possa acarretar contribuições à sociedade e/ou ao mesmo grupo que produziu o texto analisado.

Para tanto é necessária certa compreensão da realidade e do momento histórico em que tal análise é realizada:

O cientista que analisa as questões sociais nunca poderá se esquecer de que os seres humanos não são só objeto de investigação, são também sujeitos de relações [...] (Minayo, 2002, p. 102).

Questões sociais e relações essas que produzem documentos, textos, protocolos a serem seguidos, por exemplo, pela saúde, no planejamento de ações, na organização de serviços e na própria formação de seus profissionais.

Assim, o caminho metodológico escolhido nos leva de encontro à inquietação colocada acerca das propostas oficiais e acadêmicas de organização de serviços e ações de saúde, dos próprios processos de trabalho na atenção básica e como essas são recebidas por aqueles que promovem o cuidado e aqueles que o recebem.

Muitas são as experiências relatadas pelos meios acadêmicos, de propostas de atuação, de organização, e também como a população que as recebe se identifica ou não com tais procedimentos.

## 4 PERCURSO TEÓRICO

### 4.1 MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE

Modelos assistenciais são formas de se pensar e organizar os serviços de saúde, no sentido de garantir a efetivação da assistência e do cuidado a todos que necessitam. Envolvem os aspectos técnicos do cuidado, a estrutura física dos serviços, as ações que serão realizadas e de que forma tudo isso será ofertado ao indivíduo que busca pelo sistema de saúde.

No Brasil a discussão acerca dos modos de se organizar o sistema de saúde ocorre há muitos anos, tendo os debates internacionais em torno do tema como pano de fundo e da própria construção crítica do SUS no cotidiano dos serviços, dos governos e da universidade.

Paim (2008, p.554) coloca que o modelo de atenção:

[...] pode ser definido como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas.

Ou seja, são combinações de técnicas e conhecimentos visando à satisfação das mais variadas necessidades de saúde expressas pela população. São representações da realidade de saúde de um dado território, essa pode ser conhecida através da articulação dos saberes técnicos e locais, da comunidade, devendo ir além da mera proposição de fluxos e serviços a serem oferecidos.

Paim (1993, p. 24, apud Teixeira; Solla, 2006) fala sobre duas formas de se organizar o sistema de saúde, o “modelo assistencial” e o “modelo de atenção em uma perspectiva sistêmica”. O primeiro utiliza a teoria do processo de trabalho em saúde como referencial e o segundo a perspectiva de um sistema de saúde organizado de forma sistêmica.

O modelo assistencial visa à resolução de problemas de saúde e a satisfação das necessidades, utilizando-se da combinação de saberes e práticas. Por isso, são consideradas:

[...] formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais)

utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas (Paim<sup>5</sup>, 1993, apud Teixeira; Solla, 2006, p. 24).

Já o modelo sistêmico propõe três dimensões: uma gerencial, uma organizativa e outra tecno-assistencial ou operativa. A gerencial diz respeito à forma como serão reorganizadas as ações e serviços. A organizativa refere-se às relações entre os equipamentos prestadores de serviços, sugerindo uma hierarquização da produção do cuidado. Já a tecno-assistencial ou operativa refere-se às relações entre “[...] o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho” relações essas mediadas pelo saber e pela tecnologia (Teixeira; Solla, 2006, p.25).

No final do século XVIII inicia-se uma crítica ao ensino da medicina como era até então, baseado no empirismo, tendo a doença como categoria abstrata, acontecendo dentro da faculdade. Os médicos tinham grande liberdade no exercício da medicina, fato que também passa a ser questionado na Europa de então (Foucault, 1994).

Com isso busca-se uma nova forma de se organizar o ensino da medicina, voltando-se o olhar à prática clínica e ao hospital. Isso ocorre devido à confluência de vários fatores: pressões sociais, institucionais, técnicos, a necessidade de se formar médicos para o exército e de se acabar com os “charlatães” (Foucault, 1994, p. 78).

Assim os hospitais passam a ser locais de ensino, privilegiados pela presença dos doentes, o que favorecia o aprendizado pela prática. Grandes cidades europeias passam a estabelecer controle sobre quem poderia exercer a medicina, prática até então exercida livremente pelos “oficiais de saúde” os quais possuíam experiência adquirida pelos anos de prática, apoiada no empirismo (Foucault, 1994).

Organiza-se o ensino no hospital com a presença de professores, médicos, os quais levam seus alunos à beira dos leitos, para que aprendam com a prática. Deixam de ser administrados pela Igreja e passam a contar com maior número de médicos, os quais passam a figurar em maior quantidade e em busca de mais conhecimento.

Assim observamos no século XIX uma ruptura do saber médico, tendo o hospital de local de assistência aos pobres ao lócus privilegiado de atuação da

---

<sup>5</sup> Paim, JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes EV, organizador. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO; 1993.

medicina. A clínica como modo de se atingir a doença no corpo do indivíduo e um novo olhar sobre a relação da medicina com o espaço social.

O século XIX traz consigo a teoria bacteriológica de Pasteur e Koch, introduzindo uma nova linguagem para descrever as doenças e as práticas médicas. Passa-se a considerar e buscar pelas causas das doenças, e formas de combatê-las. O hospital incorpora o laboratório como meio auxiliar na detecção das causas das doenças, agora atribuída às bactérias. Assim do final do século XIX à primeira metade do século XX o hospital passa a ser o lugar onde se procura a causa e a cura para as doenças.

Vemos a ascensão da Medicina Social, na Europa e nos Estados Unidos. Os defensores da medicina como “ciência social” a faziam de forma bem definida, acreditavam que era dever do Estado cuidar e proteger a saúde de seus cidadãos (Rosen, 1979).

Na Alemanha parte de uma política médica, como medicina de Estado, com o intuito de manutenção da força de trabalho. Na França vem atrelada ao ideário da Revolução Francesa (1789), pregando a liberdade de prática da medicina e a democracia. Nos Estados Unidos apresenta um conflito entre a proposta de uma assistência médica fornecida pelo Estado e a medicina privada (Rosen, 1979).

No início século XX temos os países socialistas e a maior parte dos países europeus estabelecendo sistemas nacionais públicos de saúde, com ênfase no acesso universal, regulado e financiado pelo Estado, com serviços ofertados ao conjunto da população pelo estado ou pela compra de serviços de profissionais ou organizações privadas. Nos Estados Unidos e em alguns outros países vemos a adoção do modelo liberal privatista, no qual os serviços de saúde são comprados pela população diretamente dos prestadores e profissionais (Coelho, 2010).

Aqui vemos o movimento da medicina comunitária, a qual trazia a ideia da regionalização e integração das ações e dos serviços atuando em um modelo que propunha uma hierarquia dos níveis de atenção, visando o cuidado progressivo (Paim, 2008).

Em 1978 temos, em Alma Ata a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, com a proposição da Atenção Primária à Saúde como forma de organização do cuidado à saúde, cuidado esse que deveria ser pautado nos Cuidados primários. E em 1986 temos a Primeira Conferência internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Otawa a qual propõe em sua Declaração final

que as “condições e requisitos para a saúde são: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e a equidade” (Brasil, 2002). Enfatiza os determinantes da saúde sugerindo que as ações em saúde devam considerá-los em seu planejamento e execução.

No Brasil temos, na época do Império a formulação das primeiras ações governamentais para a área da saúde, ainda restritas às cidades e a algumas doenças epidêmicas que eram sentidas pela economia. Nesse sentido institui a vacinação, a inspeção dos portos, a polícia sanitária.

Ao Estado cabia, como funções de assistência médica, a internação de doentes graves em ambulatórios improvisados e de loucos no Hospício. Já os serviços hospitalares eram prestados por entidades filantrópicas, em sua maioria Santas Casas (Escorel, Teixeira, 2008).

O início da República vem com o aumento da economia agro-exportadora e a reformas nos cuidados com a saúde. O governo federal passa a ser responsável pela vigilância sanitária dos portos e pelos serviços de saúde da capital e os estados e municípios ficam responsáveis pelos cuidados com sua população.

Isso com maior força nas cidades maiores, o interior do País continua sem muitos cuidados, visto que a prioridade é cuidar das cidades com maior população e, conseqüentemente, maior impacto na economia. A prioridade é evitar ou debelar as epidemias que acometem tais cidades, para isso investe-se na reforma, na limpeza das áreas urbanas.

No início da década de 1980 foram propostos diversos projetos que tiveram como objetivo fomentar a atenção ambulatorial e racionalizar a assistência foram eles: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS); Programa de Ações Integradas em Saúde (PAIS); Ações Integradas de Saúde (AIS); Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), os quais surgem da crescente crítica ao modelo até então estabelecido no País, centrado no médico, no hospital, na assistência individual, até a instituição do SUS com a Constituição de 1988 (Coelho, 2010; Lavras, 2011).

O SUS vem ancorado em ampla mobilização e luta pelo reconhecimento do direito social à saúde, propõe três níveis de atenção à saúde: primário - a porta de entrada do usuário no sistema, responsável por atuar com ações voltadas à prevenção e promoção da saúde; secundário – responsável pelo atendimento ambulatorial, reabilitação e o terciário - curativo (Feuerwerker, 2005).

## 4.2 ATENÇÃO BÁSICA

Em 1978 acontece um dos eventos marcantes da APS, com a realização da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata, capital da antiga República Soviética do Cazaquistão. O Relatório final da Conferência expressa que a saúde é direito humano fundamental e que para ser atingido é necessária a união de vários setores da sociedade e não só da saúde; que a desigualdade no estado de saúde dos povos é algo que existe e é inaceitável; que a proteção e promoção à saúde são fundamentais para o desenvolvimento econômico e social de uma nação; que a participação social nos cuidados em saúde – individual e coletiva – é um direito e um dever; que os governos têm responsabilidades em relação à saúde de seu povo; e chama atenção aos Cuidados Primários em Saúde, assim enunciados:

Os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Brasil, 2002).

A Declaração também enumera aquelas que seriam as características dos Cuidados Primários:

- Refletem as condições econômicas, políticas e socioculturais dos países;
- Atuam sobre os principais problemas de saúde das comunidades de acordo com suas necessidades;

- Atuam em conjunto com: educação, nutrição, saneamento básico, planejamento familiar, imunizações, controle de doenças endêmicas, fornecimento de medicamentos, entre outros;
- Necessidade de união com outros setores que não só a saúde – intersetorialidade;
- Prevê a participação comunitária no planejamento, organização e controle dos cuidados primários;
- Requer apoio de sistemas integrados;
- Trabalho da equipe de saúde e da comunidade.

Esse período marca a crescente discussão acerca da APS, colocando-a como estratégia de organização dos cuidados em saúde, responsável por responder às necessidades de saúde da população por meio de ações localizadas nos territórios, com participação ativa dos indivíduos, tanto individual como coletivamente. Para que isso seja possível é necessário que haja um novo entendimento da saúde, mais ampla, social e historicamente determinada.

Em alguns países discute-se o caráter seletivo da APS, colocando-a como programa que oferta uma “cesta” de serviços, geralmente de baixa qualidade e voltada aos pobres. Em outros temos essa oferta mais qualificada, organizada para atender às demandas da população – não só a de baixa renda – e coordenadora da rede de cuidados (Giovanella; Mendonça, 2008; Lavras, 2011).

Starfield (2002) coloca a APS como o primeiro contato do indivíduo com o serviço de saúde e coordenadora do cuidado, e atribui à mesma quatro elementos estruturais relevantes para se organizar a APS: a) acessibilidade; b) variedade de serviços; c) definição da população eletiva; d) continuidade); além destes, apresenta dois elementos de desempenho do sistema: a) utilização; b) reconhecimento de um problema.

A acessibilidade é a presença de serviço de saúde próximo à população que o utiliza, bem como a capacidade de lidar com demanda espontânea (não agendada), horário de funcionamento flexível, entre outros. A variedade de serviços diz respeito ao que está disponível para a população, inclusive aquilo que ela acredita que poderia ser ofertado pelo serviço. A população eletiva é a capacidade do serviço conhecer a população para a qual é referência, suas necessidades e

demandas. E a continuidade consiste na forma como o cuidado é prestado ao longo da rede (Starfield, 2002, p.61).

A utilização faz referência ao uso e à extensão dos serviços ofertados e o reconhecimento de um problema é necessário para auxiliar no diagnóstico dos problemas e das necessidades de saúde da população. A combinação entre esses elementos é fundamental para que a APS seja capaz de atingir plenamente seus atributos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (Starfield, 2002, p.61).

A atenção ao primeiro contato refere-se ao acesso e uso do serviço de saúde. A população deve sentir o serviço acessível aos seus problemas de saúde, independente da forma como o serviço se organizou para atendê-la, fazendo com que este seja utilizado. Inclui planejamento em relação à localização, horário de funcionamento, entre outros.

A longitudinalidade diz respeito à regularidade da assistência prestada à comunidade, ao vínculo do usuário com a unidade e com seus profissionais e vice-versa. A integralidade supõe que os usuários devem receber todo o cuidado de que necessitam e que isso deve ser garantido e proporcionado pela sua unidade de saúde, mesmo que esse serviço seja ofertado em outro ponto da rede assistencial.

A coordenação ou integração faz referência à forma como as informações relativas ao histórico de cuidado do paciente são armazenadas e utilizadas, bem como na continuidade do cuidado prestado pelo mesmo profissional no retorno do usuário ao serviço.

Todos esses conceitos devem ser considerados e utilizados na elaboração, planejamento e organização de uma rede de serviços de AB, visando à resolução de grande parte dos problemas de saúde e a coordenação da rede assistencial.

#### **4.2.1 Atenção Básica no Brasil**

No Brasil a Atenção Básica (AB) vem colocada como a porta de entrada do sistema, o primeiro contato do indivíduo com o serviço de saúde. Optou-se por utilizar o termo Atenção Básica, mas ainda hoje tem-se questionado e discutido tal



opção. A nossa Atenção Básica tem como base a Atenção Primária à Saúde (APS) conceito amplamente estudado e utilizado mundo afora.

Quando da instituição do SUS passou-se a organizar a rede de serviços de saúde em níveis, com a atenção básica ficando a cargo das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esses locais contavam com equipe de profissionais: médicos-clínicos, pediatras, ginecologistas –, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, entre outros, para a condução do cuidado à saúde da população de seu território.

Atualmente a inclinação do Ministério da Saúde é em direção à Estratégia Saúde da Família (ESF), que foi introduzida no cenário nacional primeiramente como Programa Saúde da Família (PSF). É entendida como uma forma de reorganização e qualificação da Atenção Básica, instituindo a família como núcleo central do cuidado.

Seu precursor foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991, no qual os agentes comunitários de saúde (ACS) realizam ações na comunidade com a orientação de um enfermeiro. Primeiramente o PACS foi implantado no Norte e Nordeste, como estratégia de combate a epidemias nessas regiões (Giovanella; Mendonça, 2008). Os ACS devem residir no território em que atuam uma vez que constituem o elo entre a unidade de saúde e seus profissionais e a comunidade. Atua junto ao enfermeiro na definição da área da unidade, no cadastramento das famílias e em ações de orientação e prevenção (Brasil, 1997).

A ESF hoje abarca o PACS, o qual deixou sua contribuição, conforme afirmam Giovanella e Mendonça (2008, p. 603):

[...] Diagnóstico da saúde da comunidade; planejamento e programação local; complementaridade entre ações de saúde pública e atenção médica individual; estímulo à ação intersetorial; acompanhamento e avaliação.

A Equipe de Saúde da Família (EqSF) é multiprofissional, sendo composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco ou seis ACS e é responsável pelo acompanhamento de até mil famílias. A ESF deve atuar no território, com o cadastramento da população local, conhecer as famílias ali residentes e suas condições de saúde, elaborar planejamento de ações visando os determinantes de saúde/doença, identificar as situações de risco presentes em seu território, assim como conhecer e articular os equipamentos sociais ali presentes (Brasil, 2006).

A adoção da ESF pelos municípios vem ancorada na proposta diferenciada de financiamento e como forma de ser possível a oferta de um conjunto mínimo de serviços de saúde que possam dar conta dos problemas prevalentes de saúde das populações de baixa renda.

Propõe-se também, além dessa equipe mínima, a associação de outros profissionais, em outras equipes, como por exemplo, a Equipe de Saúde Bucal (ESB) e mais recentemente o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ambas tem como escopo aumentar o leque de ações da atenção básica e maior qualificação dos serviços, com a promessa de ampliação do acesso da população aos profissionais e serviços ofertados por tais equipes.

As ESB são inseridas na USF, vinculadas a uma ou mais EqSF, atuando em territórios delimitados, assim como a equipe nuclear. Já o NASF trabalha dando suporte às EqSF, não constitui porta de entrada, tendo como atributo principal o apoio matricial às EqSF.

Segundo o Caderno de Atenção Básica:

O Nasf deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (Brasil, 2010, p. 7).

Assim temos a introdução de mais profissionais na AB, devendo pensar e planejar ações no sentido de atender às demandas e necessidades de saúde da população. O NASF deve, assim como a EqSF, agir no território, junto aos equipamentos da rede de saúde e todos os outros ali presentes.

Com isso temos a AB abrangendo uma gama cada vez maior de ações e técnicas, como diz Botazzo (2008, p. 7):

A atenção básica significa alguma coisa situada entre a promoção da saúde e a reabilitação [...]. [...] iria desde prover condições ambientais, nutricionais e educacionais adequados e exames preventivos às pessoas e grupos sociais, até a cura e a reabilitação dos acometidos.

Todo esse aparato é colocado para a sociedade com a missão de acolher a população que procura pelo serviço de saúde, com suas demandas e necessidades e, em conjunto, resolver os problemas encontrados.

### 4.3 DEMANDA E NECESSIDADES EM SAÚDE

A proposta de mudança no modo de se fazer saúde, de se praticar o cuidado em saúde, tem sido discutida no sentido do serviço de saúde passar a trabalhar com o foco no indivíduo que o procura, em suas necessidades. Como refere Botazzo (2008, p. 9):

Sem dúvida, é melhor não adoecer; porém, se adoecemos, a intervenção precoce ou ainda que feita numa altura qualquer do processo, tem a possibilidade de evitar a piora do quadro e limitar o dano.

Com isso espera-se do serviço de saúde que este reconheça e resolva, na medida do possível, os problemas de saúde da população. E da AB esperamos que seja a captadora de boa parte das condições que afetam a saúde das pessoas. Temos no Brasil, a proposição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a qual enuncia o “acesso universal” e a “atenção às necessidades de saúde” como parte dos fundamentos e diretrizes da AB, como visto a seguir:

Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta [...] (Brasil, 2012, p. 20-21).

Esse trecho da PNAB traz a tona alguns conceitos que devem ser vistos mais de perto. O “acesso universal” preconizado pela política é aquele planejado, organizado, operacionalizado pelo profissional de saúde, sempre com vistas à resolução do problema que lhe é apresentado. Castiel (1985, p. 19) sobre a função do profissional técnico: “Uma de suas possíveis funções seria participar na determinação das prioridades em políticas sociais”, como a definição das necessidades da população, a distribuição de recursos visando a satisfação dessas necessidades.

Sobre o tema Franco e Merhy (2005, p.184) discorrem:

A busca pelo serviço de saúde se dá, através da percepção que o usuário tem do que é ofertado por esse serviço. E essa percepção nem sempre é objetiva, porque ela se forma a partir também, de um campo simbólico que o usuário utiliza para formar certa ideia do que o serviço tem a lhe oferecer.

Da mesma forma Cecilio (2009, p.120) coloca: “A demanda é o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário.” É a forma do indivíduo chegar ao serviço e expressar o que procura. Nem sempre esse pedido será feito de forma clara, concisa, completa, pois é carregado de subjetividade, dúvida, desejo.

Assim a prática do serviço deve ser orientada para o usuário, para conhecer suas necessidades, o que o leva a procurar pelos profissionais ali alocados e suas técnicas de trabalho. Remete a ações de fortalecimento do vínculo entre profissional e usuário e de formas de acolhimento do mesmo (Moraes; Bertolozzi; Hino, 2011).

Franco e Merhy (2005, p.184) sugerem uma forma de se alcançar tal forma de cuidado:

Um pressuposto para a mudança é tornar trabalhadores e usuários sujeitos do processo, isto é, capazes de um certo protagonismo que muda o sentido do trabalho e produção da saúde.

Construindo juntos – trabalhador e usuário – o modo de produzir saúde dentro das instituições e pelo território que os circunda. Isso se dá no cotidiano do serviço, envolvendo a gestão, os demais parceiros ali presentes e nem sempre levando a consensos.

Teixeira (2010, p. 97) aborda esse tema nos seguintes trechos: “Postulamos [...] que a substância do trabalho em saúde [...] seja a conversa”. A conversa dos trabalhadores com a população, dos trabalhadores entre eles, dos que sempre utilizam aquele serviço, daqueles que ali estão pela primeira vez. Essa conversa deve ser valorizada e estimulada, como forma de troca de saberes, práticas e para que os desejos e expectativas dos envolvidos fiquem claros.

Ainda Teixeira (2010, p. 104) acerca dos encontros que ocorrem nos serviços de saúde:

Sendo tais encontros momentos pautados pelo espírito do entendimento e da negociação permanente das necessidades a serem satisfeitas, neles se decide a trajetória necessária de cada usuário através do serviço.

A necessidade quem traz consigo é o usuário, para que possa ser olhada, escutada, desconstruída junto ao profissional. E por fim, um projeto possa ser

elaborado com o intuito de sanar ou ao menos aliviar o que o aflige. Como as necessidades são individuais a proposição de protocolos assistenciais por vezes não dá conta das especificidades de cada um. Devemos então criar um modo para utilizarmos as necessidades de saúde como instrumentos para trabalhadores, gestores, de escuta dos problemas das pessoas que os procuram (Cecilio, 2009).

Em relação à assistência à saúde, Franco e Merhy (2005, p.184) afirmam:

Se ela não for capaz de fazer com que o usuário se sinta de fato protegido, isto é, se a ideia de cuidado, traduzida em atos assistenciais, não estiver coincidindo com a dos usuários, pode-se tornar ruidoso os fluxos comunicantes na relação usuário-serviço de saúde e gerar conflitos e tensões que interditam a relação de cuidado.

Essa assistência à saúde traduzida em ações e serviços deve contemplar a “cesta de necessidades” (Cecilio, 2009) que cada usuário traz consigo durante a vida e que vai sofrendo modificações, algumas sendo satisfeitas, novas sendo criadas.

## 5 REFLEXÕES

A AB é detentora de muitas possibilidades de atuação, no Brasil está sempre sendo rediscutida, renovada, reorganizada, pelo menos no diz respeito às políticas que a orientam. O acesso universal, a integralidade das ações, a coordenação da rede assistencial, são todos atributos da AB.

Cecilio (2009, p. 122) nos coloca uma reflexão:

Precisamos deslocar nosso foco de atenção da “atenção primária” como lugar privilegiado da integralidade. Aliás, integralidade não se realiza nunca em um serviço: integralidade é objetivo de rede.

A rede assistencial formada, também, pela AB. Rede essa transpassada por saberes técnicos, populares, por indefinições, protocolos assistenciais, escolas, centros comunitários, ou seja, tudo o que toca a saúde das pessoas.

Na atualidade a ESF como política instituída para a AB no Brasil se apresenta na forma de programas, produzindo certo ordenamento das práticas de saúde. Cria “procedimentos obrigatórios”, o que define e ao mesmo tempo limita as ações dos profissionais, fazendo com que as singularidades sejam desconsideradas (Feuerwerker, 2005).

Lavras (2011, p. 871) afirma:

Entre tantos desafios hoje presentes no SUS, deve-se considerar a superação da fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde como prioridade, para que se possa responder adequadamente às necessidades de saúde dos brasileiros.

Essa fragmentação leva, por vezes à falta de continuidade da atenção, fazendo com que o usuário se “perca” pela rede, transite sem saber qual direção tomar e se sua necessidade será atendida (Lavras, 2011).

Como dito anteriormente a saúde não obedece a protocolos ou fórmulas, tem múltiplas determinações e direções. Como bem enunciado por Almeida Filho (2011, p. 15):

[...] a saúde é um problema simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático. Diz respeito a uma realidade rica, múltipla e complexa, referenciada por meio de conceitos, apreensível empiricamente, analisável metodologicamente e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos.

Tarefa difícil essa de dar conta de tamanha complexidade, por isso a rede, interligada, se faz necessária. Espera-se da rede que contenha inúmeros serviços e equipamentos, em contato, para que possam auxiliar trabalhadores e usuários na busca pela satisfação das necessidades.

A AB tem potencial para isso e uma de suas vantagens é essa constante renovação, fazendo com que ela seja campo de novas experiências e práticas. Espera-se do profissional de saúde que esse seja propositivo no seu dia a dia no cuidado em saúde, promovendo espaços de escuta qualificada e acolhedora.

Como bem traduz Cecílio (2009, p.120):

[...] a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual.

Assim a AB será mais potente no cuidado das populações, como ordenadora da rede de serviços e centrada no usuário e não nos procedimentos. Dessa forma pode-se garantir a longitudinalidade do cuidado através da rede.

O mesmo autor sugere uma forma outra de conformação da rede, diferente daquela pensada quando da criação do SUS. Ao invés de serviços dispostos no formato de uma pirâmide, com a AB na base, uma conformação em círculo. Conforme explicita:

[...] a ideia de que o sistema de saúde seria mais adequadamente pensado como um círculo, com múltiplas “portas de entrada” localizadas em vários pontos do sistema e não mais em uma suposta base (Cecilio, 1997, p. 469).

Isso levaria a uma maior maleabilidade do sistema, possibilitando inclusive maior capilaridade no território. As múltiplas entradas poderiam favorecer a aproximação de equipamentos não considerados, a priori, da saúde, como escolas, associações de bairro. Estes presentes e atuantes no território, em contato com a mesma população usuária do serviço de saúde. Afinal não só de saúde vivemos e para que a tenhamos mais viva, precisamos de educação, moradia, alimentação, entre tantos outros fatores.

Discute-se acerca dos determinantes sociais do processo saúde doença, das consequências da má alimentação, da falta de saneamento básico, da precariedade do transporte público nas grandes cidades, mas nada disso é incluído como rede no cotidiano dos serviços e profissionais de saúde.

Articular todos esses atores tão próximos é tarefa ainda mais complexa. Escutar, acolher as demandas desses equipamentos, a escola solicitando apoio especializado, as associações de bairro discutindo temas da saúde em suas reuniões, o lixo que se acumula pelo bairro.

Muitos são os fatores que influenciam a saúde, que operam sobre as necessidades de saúde das pessoas, individual e coletivamente. E os modos como o sistema de saúde recebe e trabalha tais necessidades deve ser continuamente discutido, renovado, para quem sabe, a AB se aproxime do ideal como pontua Cecilio (2012, p. 283):

Uma rede de serviços que, funcionando a pleno vapor e do modo como o movimento sanitário há anos prescreve, esvaziaria os pronto-socorros, reduziria drasticamente a demanda por atendimentos com especialistas e a realização de tantos e tantos procedimentos laboratoriais considerados desnecessários.



## REFERÊNCIAS<sup>6</sup>

Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO; 2009. 282 p.

Almeida Filho N. O que é saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. 160 p. (Coleção temas em Saúde).

Becker HS. Falando da sociedade. Ensaios sobre as diferentes maneiras de representar o social. Rio de Janeiro: Zahar; 2009. 310 p.

Botazzo C. Sobre a Atenção Básica. Os cuidados primários de saúde no contexto da Reforma Sanitária Brasileira. In: Botazzo C, Oliveira MA, organizadores. Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas &letras; 2008. p. 1-12.

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Portaria nº 1886/GM 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, 1997. [citado em 02 nov 2012]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886\\_18\\_12\\_97.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. As cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. [citado em 10/10/2012]. Disponível em: [www.saude.gov.br/bvs/conf\\_tratados.html](http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html).

Brasil. Portaria n. 648, 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006. [citado em 02 nov 2012]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília:

---

<sup>6</sup> De acordo com Estilo Vancouver.

Ministério da Saúde; 2007. 68 p. [citado em 02 maio 2010]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos\\_vol4.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 152 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p.

Castiel LD. O técnico e as necessidades em saúde. . Cad Saúde Públ. 1985 jan/mar;1(1?):18-24.

Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Públ. Rio de Janeiro. 1997; 13(3):469-78.

Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela Integralidade e Equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2009. p.117-30.

Cecilio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? Saúde Soc. São Paulo. 2012; 21(2),280-89.

Coelho IB. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: Campos GWSC, Guerrero AVP, organizadores. Manual de prática de atenção básica. Saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 96-131.

Deleuze G, Guattari F. O que é filosofia? São Paulo: Editora 34; 1992. O que é um conceito?; p. 25-48.

Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 385-434.

Escorel S, Teixeira LA. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 333-84.

Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface Comunic Saúde Educ. 2005 set/dez; 9(18):489-506.

Franco TB, Merhy EE. Produção imaginária da demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: Direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2005. p. 183-95.

Foucault, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense universitária; 1994. Capítulo 5, A lição dos hospitais; p. 71-96.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 577-625.

Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Saúde Soc. 2011;20(4):867-74.

May T. Pesquisa social. Questões métodos e processos. Porto Alegre: Artmed; 2004. 288 p.

Matsumoto NF. A operacionalização do PAS em uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1999.

Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 83-107.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008. 407 p.

Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):19-25.

Nery AA. Necessidades de Saúde na Estratégia Saúde da Família, no município de Jequié – BA: em busca de uma tradução. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2006.

Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 547-74

Pinheiro R, Camargo Jr KR. Modelos de atenção à saúde: demanda inventada ou oferta renovada? Algumas considerações sobre modelos de intervenção social em saúde. *Physis: Rev.Saúde Coletiva*. 2000;10(1):101-9.

Pinheiro R, Guizardi FL, Machado FRS, Gomes RS. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: Direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2005. p.13-33.

Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2005 nov/dez; 13(6):1027-34.

Rosen G. Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro: Graal; 1979. 401 p.

Schraiber LB, Mendes-gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-gonçalves RB, organizadores. Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-47.

Silva JPV, Pinheiro R, Machado FR. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. *Saúde em debate*. 2003 set/dez; 7(65):234-42.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde/Governo Federal; 2002. 726 p.

Stotz EM. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise da dialética da satisfação das necessidades. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. VER-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 286-301.

Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO; 2010. p. 91-113.

Teixeira CF, Solla JP, autores. Modelo de atenção à saúde. Promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA; 2006. 237 p.