

Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações Sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade

ROSENI PINHEIRO*

FRANCINI LUBE GUIZARDI**

FELIPE RANGEL S. MACHADO***

RAFAEL DA SILVEIRA GOMES****

Se o determinismo persistir, dificultará sempre o desenvolvimento do espírito crítico e da criatividade entre aqueles que lutam pelas transformações na sociedade.

GRAMSCI

1. Introdução

As análises no campo da saúde tradicionalmente têm como foco de atenção a realização de estudos macroinstitucionais¹, voltados para o exame da "política setorial em termos de disjuntivas e oposições – público *versus* privado; setor estatal *versus* setor privado; centralização *versus* descentralização; democracia representativa *versus* democracia direta – e não em termos de suas articulações e rearticulações². Outros trabalhos já se dedicaram a identificar as formas como os processos de descentralização / desconcentração foram sendo conduzidos em diferentes estados e municípios³.

Todavia, o número de estudos que buscaram esmiuçar a relação dos usuários com os serviços de saúde (profissionais e gestores), no que concerne à demanda em saúde e, sobretudo, os modos como são constituídas as demandas em saúde no cotidiano das instituições e como integram a pauta das políticas de saúde, ainda é bastante reduzido⁴. Ressalta-se aqui a realização de alguns trabalhos nessa direção: COHN (1992), CANESQUI (1992), CAMARGO (1997 e 2003), PINHEIRO (2000, 2001 e 2003) e LUZ (1997, 2001, 2003a).

Com isso, abre-se uma brecha na produção do conhecimento em saúde, no que diz respeito à importância de se ampliar essa linha de investigação e de se adotar alternativas teórico-metodológicas capazes de apreender as demandas em saúde de forma contextualizada e historicamente situada. Demanda que se constrói cotidianamente, fruto de um inter-relacionamento entre normas e práticas

* Sanitarista; Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ; professora visitante do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS-UERJ; coordenadora do Grupo de Pesquisa LAPPIS do CNPq. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br.

** Psicóloga; doutoranda em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; integrante do Grupo de Pesquisa LAPPIS do CNPq. Endereço eletrônico: flguizardi@hotmail.com.

*** Sociólogo; mestrando em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; integrante do Grupo de Pesquisa LAPPIS do CNPq. Endereço eletrônico: feliperangel@lappis.org.br.

**** Psicólogo; mestre em Ciências da Saúde e doutorando em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ); integrante do Grupo de Pesquisa LAPPIS do CNPq. Endereço eletrônico: rsgomes33@hotmail.com.

que orientam os diferentes atores envolvidos (indivíduo, profissional e instituição), que formulam e implementam políticas de saúde, seja de uma localidade, de um estado ou país (PINHEIRO, 2000, 2001a e 2003b).

Os modelos explicativos habitualmente utilizados para definir as demandas no campo da saúde apóiam-se, na maioria das vezes, em referenciais da economia e do planejamento em saúde, que acabam por reduzir sua noção a uma “manifestação individual” decorrente de uma circunstância anormal vivida pelo usuário, ou seja, a doença (IUNES, 1995, p. 17). No entanto já constatamos, em estudos anteriores, que, ao se olhar a doença em estudos sobre demandas apenas pela lógica econômica,

“há uma grande possibilidade de a análise recair muito mais na naturalização das relações entre saúde e sociedade, do que na busca do reconhecimento e da compreensão dos motivos da formação das demandas por saúde no contexto social, político, cultural em que estão inseridos. Ora, estamos diante de uma sociedade verdadeiramente medicalizada, onde as pessoas são vistas como doentes em potencial. Ou seja, prevenir a doença de um indivíduo, assim como tratá-lo de um mal específico pode ser visto como uma *ação natural*, que tende a desconsiderar os aspectos socioculturais (até mesmo políticos) como elementos explicativos de utilização dos serviços de saúde de saúde pela população, assim como a formação de suas demandas” (PINHEIRO, 2003a, p. 23).

Diferentemente desses modelos, em nossas análises buscamos evitar a divisão peculiar entre demanda e oferta, pois essa visão impede que a relação/interação entre as duas categorias seja vista, o que reproduz o caráter dicotômico e até estático que a economia clássica pretende imputar às mesmas. Com isso, os estudos realizados sob esse prisma tendem a analisar seus componentes *separadamente*, de modo que a demanda seja relacionada apenas aos usuários ou consumidores, e a oferta seja ligada somente aos serviços (fornecedores) com seus componentes (profissionais de saúde e gerentes). Há nessa forma de elaboração teórica estreita ligação com os conceitos econômicos clássicos, que, assentados no mercado, *via consumo*, acabam por manter uma distinção entre as categorias demanda e oferta, pela qual o consumidor ou usuário vai para um lado e o prestador e seus agentes vão para o outro, numa ação descolada do contexto em que estão inseridos (PINHEIRO, 2001).

Logo é possível perceber que as abordagens teóricas do pensamento econômico (destacam-se aqui a corrente neoclássica e a economia política), que tanto subsidiam a maioria dos estudos de demandas no planejamento em saúde, não são suficientes para abarcar seus elementos constituintes como categoria analítica. Tais abordagens têm na subjetividade o principal limite para apreender a realidade na complexidade de suas relações, dada sua perspectiva de naturalização dos fenômenos, em razão da qual não há preocupação em estabelecer como objeto de investigação a compreensão dos processos que os produzem (PINHEIRO, 2000, 2002 e 2003b). Nesse sentido, embora a estruturação do campo da saúde também seja fruto de um ordenamento social, provocado pelo aprofundamento do capitalismo (LUZ, 1997), existem relações de produção desses fenômenos que extrapolam a visão dessas teorias, e que não têm como ser discutidas a partir delas, dada a configuração de seus objetos. Como diz SANTOS (1991, p. 35), a ciência moderna é parte da economia, mas também da política, sociologia e da história da modernidade.

Analisando os resultados de nossas pesquisas, nas quais o cotidiano das instituições de saúde é o *locus* da investigação, identificamos que os elementos constituintes da demanda em 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, 2000). Observamos que esses elementos se encontram relacionados a diferentes visões, mas coerentes, entre saúde, doença e cura. Contudo, ao se falar em atender os “problemas de saúde”, entendidos pelos profissionais e gestores como demandas expressas dos usuários dos serviços, logo se observam os limites e dificuldades de elaborar respostas capazes de solucioná-los de fato (PINHEIRO, 2001). Nota-se que as respostas dadas apresentam clara distinção entre “soluções terapêuticas” e “soluções sociais”, como se ambas fossem excludentes e confinadas a áreas de conhecimento isoladas.

Ficou evidente que as demandas dos usuários nos serviços, identificadas como “problemas de saúde”, requerem modelos explicativos que não possuem similaridade com os modelos utilizados para elucidar as doenças – ao mesmo tempo em que esta constitui o elemento central da racionalidade da

prática médica, que é hegemonicamente exercida nos serviços de saúde. Camargo Jr (2003) contribui para essa constatação, ao analisar essa racionalidade (da biomedicina), que realiza, em sua prática diária, o esforço sistemático de objetivar a doença do sujeito, descolando-a da pessoa enferma.

É interessante observar que os modelos explicativos predominantes para definir demandas (sejam pautados na racionalidade econômica, sejam pautados na racionalidade biomédica) apresentam um traço em comum: a redução do sujeito pela objetivação da doença, desconsiderando os contextos em que se inserem, cujas respostas só podem ser elaboradas a partir dos conhecimentos especializados advindos das duas racionalidades. Parece-nos que os “problemas de saúde”, ao serem definidos a partir de critérios objetivos e quantificáveis, têm nas doenças a face concreta como “reais necessidades de saúde” da população – portanto, os “reais” motivos dos usuários para procurarem os serviços de saúde.

Então, nessa perspectiva, as demandas em saúde não configurariam necessidades de saúde, a não ser quando identificadas por um interlocutor qualificado, que determinaria “em nome do conhecimento técnico (por que não científico?)” sua mais adequada conformação – a doença – e assim ofereceria a melhor forma de responder a elas? Seriam essas racionalidades, que condicionam a leitura das demandas e a definição de suas respostas, aportes suficientes à criação de dispositivos institucionais que garantam o direito constitucional à saúde?

Considerando as características das políticas de saúde do Estado brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) – que busca cumprir a prescrição legal de garantir o direito à saúde como direito de cidadania –, discutiremos neste trabalho o modo como podem ser constituídas as demandas no cotidiano das instituições de saúde e sua relação com a construção do direito à saúde, entendendo seus elementos como nexos constituintes das práticas de integralidade em suas fronteiras, ou seja, na produção do cuidado em saúde. Para tanto, utilizaremos aqui as noções de liberdade e necessidades como movimentos reflexivos de compreensão dessa relação, cujas implicações, efeitos e repercussões na produção de saúde desafiam a formulação e implementação de políticas sociais mais justas em nossa sociedade.

2. Liberdade de Ser e Ter Saúde (Vida): a voz da demanda na construção do direito à saúde

A saúde como direito humano é uma conquista social reconhecida internacionalmente como um direito humano fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos. "Todo ser humano tem o direito de usufruir o mais alto padrão de saúde que o leve a viver uma vida digna" (Convenção de 2000 do Comitê Internacional de Desenvolvimento Econômico Social e Cultural, 2000 apud NOGUEIRA e PIRES, 2004).

Isto significa entender o direito à saúde como prática social inerente à condição humana, que exige a garantia de elementos fundamentais para sua concretização, que sintetizamos da seguinte forma: o direito à saúde é ter acesso universal aos cuidados em saúde, com recursos necessários para provê-los, sendo oferecidos por serviços de qualidade, nos quais as práticas culturais são consideradas, e a educação e a informação sejam meios de sua produção e reprodução social⁵.

A assertiva é corroborada pela perspectiva de um conjunto de trabalhos que têm apontado o direito à saúde como o amálgama entre os princípios de igualdade e equidade, que, incorporando critérios, permitiriam aplacar a pobreza e a vulnerabilidade social (COHN, 2003; BODSTEIN, 2003 e LUZ, 2003). Contudo, os desafios que se apresentam na implementação das conquistas sociais têm sido transformá-las em práticas concretas no cotidiano das pessoas, das instituições de saúde e nos serviços prestados à população.

No Brasil, protagonizamos uma experiência inovadora de construção de direitos de cidadania, ao adotarmos políticas sociais universais na Constituição Federal, em 1988, nas quais a saúde ganha destaque. Observamos avanços jurídicos expressivos em dois aspectos. O primeiro diz respeito ao estabelecimento da relevância pública dos serviços de saúde *vis-à-vis* outras modalidades de oferta de bens sociais; o segundo se refere à institucionalização de um arcabouço jurídico-normativo com princípios doutrinários e operacionais (universalidade, descentralização, integralidade, equidade e

participação da comunidade), mediante a promulgação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Dessa forma, configurou-se uma definição jurídico-normativa e organizativa da política de saúde do Estado brasileiro – o SUS.

Identificamos nessa construção que, assim como a saúde, outros direitos sociais vêm sendo conquistados, fruto da luta cotidiana travada pela sociedade civil nos espaços públicos em torno da ampliação da noção de igualdade. Luta que envolve movimentos sociais, segmentos da sociedade civil organizada e agentes públicos, em diferentes espaços públicos, cuja atuação pavimenta a construção *de novas demandas*, numa postura afirmativa de direitos, que inclui não somente direitos sociais, mas a reivindicação de *direitos culturais*.

Parece-nos que estaríamos presenciando uma nova formação de cidadania, na qual os direitos culturais “não seriam dirigidos apenas ao Estado, mas o reconhecimento, pela própria sociedade, da legitimidade social desses direitos” (COELHO e NOBRE, 2004, p. 29). Com base nessa concepção, Nobre (2004) propõe a tese do surgimento de uma nova de cidadania:

“na qual a promoção da igualdade deve ser concomitante à promoção de um cidadão que não seja um mero cliente do Estado, mas que também questione a própria lógica da ação estatal e que encontre formas de participação das decisões e novas formas de promoção da igualdade. Isto significaria ampliar os mecanismos de participação e decisão nas diversas instâncias de deliberação e de decisão do Estado” (NOBRE, 2004, p. 31).

A nova cidadania incluiria não somente os Estados Nacionais, mas os novos arranjos internacionais e transnacionais, nos quais a participação da sociedade nas esferas públicas se destina ao reconhecimento de suas reivindicações como parte de uma maneira de viver que quer ser reconhecida por todos os outros cidadãos (NOBRE, 2004, p. 30).

Tal tese pode ser consubstanciada pela afirmação de Dahrendorf (1992 apud BODSTEN, 2003), quando diz que a igualdade, assim como os direitos humanos, têm seu espaço jurídico na cidadania, terreno compartilhado de modo a permitir que todos os indivíduos tenham a *liberdade* de serem diferentes.

De um outro lado, Telles (1999), baseando-se nos escritos de Arendt, ressalta que a noção de direitos não diz respeito às necessidades, interesses ou demandas individuais. Faz referência, antes de tudo, a uma forma de sociabilidade política e, nesse caso, o direito só pode existir no exercício efetivo de direitos. Ou seja, para garantir direito no Estado Moderno, torna-se necessário criar e ampliar espaços públicos, nos quais as regras de sociabilidade sejam fundamentadas na democracia e suas instituições sejam permeáveis aos valores democráticos. Afinal são esses valores que sustentam a crença da liberdade e da igualdade, como requisitos básicos ao exercício democrático e à defesa da cidadania, cujos sujeitos sociais se organizam para reivindicar direitos (BODSTEN, 2003).

Com esses espaços, os movimentos sociais ampliam os canais de vocalização de suas demandas, que, no efetivo exercício do *direito a outros direitos*, qualificam sua estratégia política de inclusão social, na medida em que, por um lado, fazem surgir novos sujeitos, identidades e interesses, e de outro, forjam uma *gramática civil* capaz de a um só tempo coletivizar e socializar suas reivindicações, institucionalizando-as no interior do Estado.

É justamente a partir desse exercício da cidadania e da afirmação de novos direitos que se redefinem as relações sociais e o próprio espaço público dentro da ordem democrática. Na modernidade, tal espaço se configura como arena política que tem a capacidade de inspirar e reinventar significados novos para a igualdade, a liberdade e para o próprio sentido do público.

“Direito e democracia são mais do que valores liberais ou virtualidades e potencialidades. Sua concretude e sua inscrição nas relações sociais vêm da sua vinculação indissolúvel ao processo de conformação de sujeitos e atores políticos. Direito e democracia não podem ser colocados como idéias desencarnadas, como exterioridades sem sujeitos” (BODSTEIN 1997, p. 189).

Quando observamos a experiência brasileira na construção do direito à saúde, assim como da própria política de saúde – o SUS – no Estado brasileiro, podemos identificar um processo de ampliação e multiplicação de sujeitos, identidades e interesses, que conformam um novo patamar na

relação entre Estado e sociedade, cujas transformações se dão, muitas vezes, na capilaridade do nível das relações cotidianas institucionais.

Luz (2003) destaca essa dimensão específica da organização do poder social (as instituições) como base estratégica do poder do Estado, ao mesmo tempo de participação (ou exclusão) da sociedade na ordem política das nações modernas. Para melhor compreender essa dimensão, a autora ressalta a importância do pensamento de Gramsci com sua noção de

“Estado ampliado, na relação da cultura e a sociedade civil [que] tratou das relações entre instituições e os movimentos sociais como estratégicos para transformar os conteúdos do Estado e suas políticas, levando à construção de uma nova hegemonia, numa dinâmica ao mesmo tempo política e cultural, pois transforma valores, além de criar estratégias e formas inovadoras de ação” (LUZ, 2003, p. 25 - grifos nossos).

Com essa forma analítica, torna-se possível considerar, de um lado, a composição complexa do Estado e, do outro, a diversidade da sociedade civil, que não apenas pode estar nos dois espaços ao mesmo tempo, como pode ser os *dois ao mesmo tempo* (LUZ, 2003).

Os conselhos e as conferências de saúde, como espaços institucionais de participação da sociedade civil na elaboração e execução das políticas de saúde – ou seja, como arenas políticas – também constituem espaços de disputas de canais de vocalização de demandas em saúde, no sentido de defini-las como prioridades políticas, assim como de participar da decisão sobre o modo de operacionalizá-las. Em que pesem as contradições e conflitos decorrentes do jogo de interesses coletivos e particularistas que desafiam sua capacidade deliberativa de decidir sobre as questões da saúde nas três esferas de governo, esses espaços (conselhos e conferências) podem ser uma forma de inclusão *política e cultural* de setores da sociedade civil até então afastada da vida pública, no sentido da efetiva participação no Estado e afirmação da cidadania (LUZ, 2003). Mas isso dependerá ao menos de dois fatores, não excludentes entre si, quais sejam: a cultura política local e os estilos de gestão das instituições de saúde adotados por seus governantes (PINHEIRO, 1995, 2000 e 2002; GUIZARDI, 2002 e 2004).

Ferla e colaboradores enfatizam que implementar as conquistas sociais na Constituição brasileira de 1988 ainda requer capacidade de superar obstáculos e implantar inovações no cotidiano das estruturas de governo, nas relações entre as esferas de governo e destas com a sociedade. Os autores apontam a necessidade de se exercer no limite a criatividade de combinar forças técnicas, políticas e administrativas existentes e a realidade de cada local – com os aspectos da necessidade, tal como expressa pelos usuários (PINHEIRO, 1995, 2000 e 2002; GUIZARDI e PINHEIRO 2004). Por meio dos indicadores, a razão técnica analisa o planejamento, com a gerência dos serviços e com as práticas dos trabalhadores (PINHEIRO, 2001) – em arranjos dinâmicos que, a partir de cada conquista realizada, pressionam e organizam as condições de avanços (FERLA *et al.*, 2002).

Isto significa adotar uma postura crítica quanto às normas rígidas, os modelos fixos e fluxos centralizados que caracterizam os modos tradicionais de organização das políticas de saúde, vigentes há décadas no sistema nacional de saúde brasileiro. São modos que têm nos “modelos ideais” seu *modus operandi*, que buscam diagnosticar as “demandas”, traduzindo-as em “reais necessidades”, as quais devem ser respondidas por critérios técnicos, objetivos, cujos resultados sejam quantificáveis, muitas vezes negando as “práticas eficazes” decorrentes da interação dos sujeitos envolvidos no cotidiano das instituições de saúde (PINHEIRO, 2003b). São modelos que se prestam mais a conservar e a reproduzir a concentração do poder institucional, inclusive com a dominação simbólica de saberes técnicos (ditos científicos), de interesses econômicos ou de grupos corporativos, tornando as instituições impermeáveis às práticas e valores democráticos.

Nesse sentido, concordamos com a proposição de Ferla *et al.* (2003), de que os desenhos da atenção à saúde em cada local, com respeito às especificidades e heterogeneidade regional, requerem uma

“clara opção política dos governos de fortalecer, de forma orgânica, as capacidades gestoras de desenvolvimento de mecanismos institucionais que incorporem a crescente participação de atores do controle social, responsáveis pelo monitoramento do uso dos recursos de acordo com o

interesse público, mas também pela configuração adequada das ações e dos serviços a serem oferecidos em cada local” (FERLA *et al.* 2003, p. 48).

Ao longo de 15 anos, já identificamos inúmeras experiências de efetivação do SUS com potência inovadora, apresentando diferentes e progressivos padrões de integralidade e equidade, fruto de interações democráticas de sujeitos em suas práticas no cotidiano da gestão, do cuidado e do controle social (PINHEIRO, 2001 e 2002b). É justamente nessa potência inovadora que encontramos os nexos constituintes das práticas de integralidade, pois nela reside uma postura de escuta ativa das demandas, por meio de vozes que têm por implicação ética a produção da saúde como direito de cidadania. Essa escuta se faz com o reconhecimento da legitimidade da alteridade com os usuários, sendo exercida como prática emancipatória dos sujeitos que interagem na produção de saúde.

Acreditamos que na produção do direito à saúde há polifonia de diferentes demandas, por meio das quais os movimentos civis em determinadas áreas têm avançado de forma avassaladora e inovadora. Talvez os movimentos de luta dos portadores de HIV/AIDS e de mulheres sejam aqueles que melhor tipificam o exercício de “hegemonia civil” (GRAMSCI, 2000), na qual os valores e crenças alargam a dimensão de cidadania na direção cultural de construção coletiva de novos direitos. Isto implica que cada indivíduo seja um cidadão e exerça no limite sua *condição humana* (ARENDT, 1995) – ou seja, do *ser político*, cuja liberdade de expressar suas demandas faça parte das práticas cotidianas institucionais, as quais criem e recriem novos espaços públicos (como verdadeiras *ágoras*), produtores de novos padrões de sociabilidades e novas humanidades.

Com esse primeiro movimento reflexivo, propomos a tese de que a demanda e o direito à saúde devem ser concebidos como concepções renovadoras de sentidos, significados e vozes de sujeitos, identidades e interesses em uma dada sociedade e um determinado momento histórico. Portanto, devem ser libertadas de qualquer resíduo essencialista quanto a seus conteúdos teóricos e práticos (GRAMSCI, 2000). Não se quer dizer, com isso, que demanda e direito à saúde, assim concebidos, excluem os conflitos e contradições existentes na relação com o Estado. Ao contrário, com essa compreensão poderíamos dar visibilidade aos mesmos, como ações inerentes ao próprio agir político, ou seja, a própria condição humana (ARENDT, 1995). Assim, demanda e direito configuram-se como práticas sociais com correspondências em diferentes planos políticos e institucionais, como exercício democrático e legítimo de afirmação de cidadania, no sentido da igualdade e liberdade em contextos sociais, históricos e culturais, no quais a diferença se coloca como direito definitivo.

3. Necessidade de Saúde: a demanda determinada e organizada na atividade do trabalho como gestão de direitos à saúde

O segundo movimento reflexivo deste trabalho aborda o tema das necessidades de saúde, a partir de uma “taxinomia” (CECILIO, 2001) que nos permita utilizá-la como *analisador* dos modos de constituição das demandas e dos elementos que se relacionam com a construção do direito à saúde.

Cecilio (2001) faz uma primeira aproximação desse exercício analítico, ao propor as necessidades de saúde como conceito estruturante capaz de ampliar a definição da integralidade da atenção em saúde. Como analisador, segundo o autor, as necessidades em saúde apresentariam “uma potencialidade que ajudaria trabalhadores, equipe, serviços e redes de serviços a fazer a melhor escuta das pessoas que buscam cuidado em saúde, tomando as necessidades centro de suas intervenções e práticas” (CECILIO, 2001, p. 113). Afirma ainda que o desafio seria conseguir fazer uma conceituação de necessidades de saúde que pudesse ser apropriada e implementada pelos trabalhadores em seus cotidianos, de forma a permitir fazer *mediações* entre a incontornável complexidade do conceito (necessidades de saúde) e sua compreensão e apropriação pelos trabalhadores, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada (CECILIO, 2001, p. 114).

Interessa-nos agora explorar essas *mediações*, cuja discussão foi sistematizada de forma interessante por Eduardo Navarro Stotz, em sua tese de doutorado – *Necessidades de Saúde: mediações de um conceito*, defendida em 1991. Realizando apurada revisão teórica sobre o tema, o autor defende a utilidade de se estabelecer uma taxinomia de necessidades de saúde, capaz de responder a um duplo

objetivo: servir como conceito descritivo e operacional, sem deixar de exprimir a dialética do individual e do social (STOTZ, 1991).

São diferentes as abordagens teórico-conceituais que tratam do tema das necessidades em saúde. Contudo, tomamos a taxinomia de necessidades de saúde adotadas por Cecilio e Matsumoto (2005) como ponto de partida da discussão. Taxinomia que busca “dialogar” com distintos enfoques e perspectivas desenvolvidas por diferentes autores, a partir de diferentes matrizes teóricas, sistematizando-as em um quadro de idéias de autores e/ou escolas e/ou modelos de atenção com produções voltadas diretamente para o tema. Nesse quadro foram agrupados quatro conjuntos de idéias, assim nomeados: a) necessidades de boas condições de vida; b) garantia de acesso a todas tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; c) necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipes; e d) necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (CECILIO, 2001; CECILIO e MATSUMOTO, 2005)⁶.

No primeiro conjunto, de um lado, são reunidas definições de autores de uma matriz mais funcionalista, que enfatizam os fatores externos e ambientais, que *determinam* os processos saúde-doença; de outro, ressaltam definições de cunho marxista, que destacam o modo de viver como tradução de diferentes necessidades de saúde, *determinadas* pelo lugar que os indivíduos ocupam nos processos produtivos nas sociedades capitalistas, que *determinariam* os modos de adoecer e morrer.

No segundo conjunto estão as idéias que se referem às necessidades de saúde como garantia do acesso e de consumo de tecnologias, tanto a ser ofertado pelas ações de caráter coletivo, como as de caráter individual, provenientes do atendimento da demanda espontânea por atendimento clínico. Nessas definições, a epidemiologia e a clínica constituíram o conjunto de conhecimentos que se complementariam para identificação das necessidades, mas sem deixar de considerar as demandas – expressão de aspirações da sociedade por direitos sociais.

Os autores propõem, no terceiro conjunto, o fortalecimento do vínculo como aspecto essencial da prática clínica, cuja eficácia será resgatada pelo restabelecimento “da arte da fala e da escuta entre pacientes e profissionais, entre equipe e família, entre instituições e sociedade”. Além disso, destaca-se o cotidiano do trabalho como o espaço privilegiado de constituir essa eficácia, e a coletivização da gestão dos serviços, como estratégia de garantir acesso dos usuários às ações de saúde e às múltiplas opções tecnológicas (sejam elas leves ou leves-duras), para enfrentar os diferentes problemas de saúde.

Por último, o quarto conjunto diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida, sendo a informação e a educação partes do processo de sua construção. A autonomia implicaria possibilidade de reconstruir sujeitos e sentidos, e essa ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo-se aí a luta pela satisfação de suas necessidades de forma mais ampla possível.

É interessante notar que apenas o quarto conjunto de idéias apresenta uma proposição explícita de definição de necessidades de saúde com o “olhar” centrado no usuário. Contudo, é importante perceber que a idéia de necessidade não deve carregar qualquer visão essencialista ou decorrente de um certo espontaneísmo dos sujeitos envolvidos, que desconsidera a luta de saberes e poderes (por que não luta política?) pela hegemonia na organização das práticas no cotidiano das instituições de saúde. A forma vigente de organização das práticas nas instituições de saúde é centrada nos profissionais/equipes cujos conhecimentos produzidos (saberes e práticas) muitas das vezes reduzem as demandas a “reais” necessidades de saúde e determinam, de forma exclusiva, os modos de responder a elas.

De outro lado, parece-nos clara, em todas essas idéias, a existência de um amálgama ou mesmo de uma transversalidade entre necessidades e o processo de trabalho instaurado para satisfazê-la. Por outro lado, nessa perspectiva as necessidades não são naturais nem iguais, pois desiguais são os saberes e práticas produzidos no processo de trabalho em saúde, cuja fragmentação, marca de sua forma de organização, configura limites e desafios para relacioná-las com as demandas em saúde, ainda mais numa perspectiva de direitos. Com isso, o processo de trabalho exige uma problematização acerca de sua tensão essencial – o poder do saber na saúde.

Analisando experiências de iniciativas municipais e estaduais no SUS voltadas para a garantia do direito à saúde, podemos observar que a questão do *poder do saber* (FOUCAULT, 2000) incide de forma imperativa nos processos de trabalho, de formação, assim como da gestão e do planejamento em saúde, cuja tensão era modulada pelas inovações praticadas pelos sujeitos no cotidiano das instituições de saúde. Inovações que produziam saberes embebidos de crítica, fruto de uma ação participativa, multicultural,

“capaz de romper com a ditadura unitária de conhecimentos, dos efeitos centralizadores do poder vinculado à instituição e ao funcionamento do discurso hegemônico da racionalidade científica moderna e, por extensão, na saúde – a racionalidade médica moderna” (PINHEIRO e GUIZARDI, 2004, p. 26).

A partir daí, retomamos a idéia de necessidades de saúde proposta no quarto conjunto, que aponta para um nítido movimento de inversão do privilégio da ótica biomédica como único padrão legítimo para sua definição. Passa-se a legitimar também a ótica do usuário (usuário-centrado) e, como tal, tem na informação e na educação na saúde campos de compreensão e construção das necessidades por meio do reconhecimento das demandas como aspirações sociais inerentes ao processo de constituição do direito à saúde.

Apostamos nesse entendimento, que permite reconhecer elementos da demanda como necessidade, na medida em que aquela expressa a dimensão visível e real do sofrimento humano e do direito da pessoa à saúde. Portanto, a definição de necessidades não deve ser desconsiderada pela ênfase dada ao caráter social da doença e sua hipervalorização na formulação e gestão das políticas públicas de saúde. Tal reconhecimento exige mudanças estratégicas na produção do cuidado em saúde, que inclui mudanças na formação e na gestão do trabalho em saúde. Nesse sentido, não basta disponibilizar os conhecimentos formais adquiridos nos núcleos específicos de conhecimentos que subsidiam as normas e práticas institucionais das categorias profissionais e os gestores na saúde. Para transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde, não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p. 50).

Nesse sentido, gerir o trabalho em saúde rumo à integralidade da atenção e do cuidado em saúde requer uma reflexão crítica acerca das características dos processos ali desenvolvidos, os quais explicitam as fragmentações presentes nas práticas individuais dos profissionais e os modos de sua organização nos serviços de saúde, seja na identificação das necessidades, seja nas formas de responder a elas.

Segundo Marx (2000), o trabalho consiste em processos cujos elementos simples são a atividade orientada a um fim ou trabalho mesmo, seu objeto, seus meios pelos quais caracteriza um modo de produção, que cria também suas próprias relações de direito, formas de governo e de conhecimentos. Considerando essa noção, o trabalho em saúde pode ser concebido como uma co-produção constituída por um coletivo (equipe), cujo objeto das atividades é o usuário e não a doença, o núcleo central da racionalidade que norteia as ações e conhecimento científico dos profissionais nos serviços de saúde. Definir como objeto do trabalho em saúde o usuário significa conceber os aspectos subjetivos, e não somente os objetivos, que o caracterizam como sujeito social portador de aspirações, desejos e histórias de vida.

Essa perspectiva exige uma análise polifônica das atividades do trabalho em saúde, na qual o coletivo de trabalhadores assume uma conformidade “orgânica” cujas relações e interações entre profissionais, usuários e gestores nos serviços produzem “encontros” de outros “encontros”, nos quais valores, crenças – enfim, experiências de vida – ganham circulações e constituem subjetividades, afetando o modo como objetivamos as pessoas em sujeitos nas instituições de saúde (SCHWARTZ, 2004). Esses encontros atuariam como campo de *mediações* entre demandas e necessidade, cuja eficácia das ações requer complexas negociações, nas quais o papel da *gestão* é imperativo. Assim, gestão do trabalho em saúde configuraria gerir *instâncias negociantes* (SCHWARTZ, 2004, p. 30), nas quais os valores de *eficácia* e *eficiência* são ressingularizados pelas pessoas, como destaca o autor:

“Não se cuida mais das pessoas da mesma maneira após ter tido a experiência da maternidade, ou da doença em seu próprio corpo. Do mesmo modo, certas patologias soam diferentemente de acordo com a história familiar do agente de cuidado” (AUDOURD apud SCHWARTZ, 2004, p. 30).

Quando se pensa na produção do cuidado em saúde, em que as práticas de integralidade em saúde se colocam à prova, a gestão do trabalho na saúde apresenta o desafio aos seus coletivos, que é compreender suas atividades (situações) “sem excluir as possibilidades de uma modificação, ou até uma renúncia de um ponto de vista pessoal. O ato de compressão supõe um combate, cujo móvel consiste numa modificação e num reconhecimento recíproco”. (BAKHTIN, 1985, p. 382). Uma relação dialógica deve ser estabelecida entre demandas e necessidades, cujas negociações produzam efeitos de polifonia de práticas eficazes de integralidade na produção do direito à saúde.

Mais uma vez, portanto, o caminho de compreender as demandas em relação à construção do direito à saúde requer considerar a linguagem como uma das mais importantes *mediações* na produção do que se reconhece como necessidades. Isto porque as necessidades em saúde são forjadas na polifonia dos encontros da atividade do trabalho em saúde, no embate de muitas vozes sociais que se colocam como enunciadoras de demandas. Quando essas vozes se deixam escutar, o processo de produção das necessidades tende a ganhar dialogicidade. As demandas podem ser então compreendidas como solicitações dirigidas aos serviços de saúde, no sentido do direito. Sua definição como necessidade seria um efeito do diálogo entre os saberes técnicos e populares, posto que não se trata de incorporá-las diretamente, já que também elas são socialmente construídas, muitas vezes configuradas num processo histórico de medicalização. Nesse sentido, seria preciso desconstruir o caráter naturalizado que a necessidade tem nas teorias do campo da saúde, para afirmá-la como construção compartilhada, desde que o diálogo seja efetivamente possível.

Assim, compreendemos a produção das necessidades como nexos constituintes de práticas de integralidade, em que saberes são núcleos figurativos de poderes, da consubstancialidade e circularidade das demandas como expressão de busca de direitos à saúde. Ou seja, as necessidades de saúde requerem a capacidade de escuta, de respeito à diversidade humana, cultural, social e de compreensão da saúde e da doença, assim como oportunidades de construção de propostas de caminhos para mudanças da clínica. São definidas por coletivos de saúde, no quais a capacidade escuta se constitui a partir do efetivo exercício da capacidade de escuta, sem alteridade com os usuários e liberdade de escolha terapêutica pelos mesmos.

4. Demanda e Direito à Saúde: liberdade, necessidade e poder. Considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade em saúde

Neste trabalho convidamos o leitor a realizar um percurso dialógico entre teorias e noções oriundas dos campos da filosofia, sociologia, política e saúde, como movimentos reflexivos de compreensão dos modos como as demandas são constituídas e sua relação com a construção do direito à saúde.

Partindo das noções de liberdade e necessidade, buscamos qualificar a demanda como categoria analítica, propondo-a como um constructo social, em que o exercício da cidadania e a afirmação dos direitos produzem o cidadão, o sujeito social da saúde, como portador da crítica ao instituído. Pensar as demandas em saúde como modo de construir social e historicamente os direitos sociais exige o reconhecimento das relações e interações como exercício da *liberdade* (para alguns, democracia), entendida segundo Hanna Arendt (2004) – ou seja, liberdade no sentido da política, cuja democracia constitui a principal condição de exercício. Política como inerente à própria condição humana, cujos sujeitos exprimem seus desejos, lutas e intencionalidades (SANTOS, 1999) e as *necessidades* e os *poderes* se entrelaçam, disputam e tensionam permanentemente a relação entre os objetos e os atos humanos, sem contudo separá-los.

Nesse sentido, conceber o trabalho em saúde como princípio educativo pode ser um caminho interessante de se pensar e concretizar transformações. Por meio do ensino, pesquisa e serviços,

podemos produzir saúde a partir de um conjunto de práticas que considerem as seguintes questões: a alteridade com os usuários permitindo uma nova estética da clínica; uma clínica baseada em pessoas e não somente em doenças; a autonomia dos usuários mediante diferentes articulações com os usuários, respeitando a liberdade de escolha da terapêutica; e aumento da permeabilidade do controle social, que inclua o contato com instâncias de controle social, articulações de usuários, associações de pacientes portadores ou não de problemas especiais, mobilização dos estudantes em projetos de suporte acadêmico à rede e/ou populações especiais e/ou de conhecimento da organização do sistema de saúde.

Por fim, compreende-se a categoria – *demanda* – como *produção de saberes e práticas* em permanentes disputas, que envolvem diferentes sujeitos nos diversos espaços/territórios onde estão inseridos. Por isso entendemos a integralidade como uma ação social resultante da interação democrática dos sujeitos sociais na relação entre demanda e oferta, na produção do cuidado em saúde, que ganha sentidos, significados e vozes, e assume como tarefa e objetivo garantir a vida no seu sentido mais amplo.

Referências

ALMEIDA, C. *As Reformas Sanitárias nos anos 80: crise ou transição?* Tese (Doutorado em Saúde Pública) - ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1995.

ARENDT, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense universitária, 1995.

_____. *O que é política*. Rio de Janeiro: Bertrand, 2004.

AUDOUARD, M. F. *Le travail infirmier au quotidien*. Diploma universitário (DU). APST, Universidade de Provence, 1991.

BAKHTIN, M. *Marxismo e a filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

BODSTEIN, R. C. A cidadania e modernidade: emergência da questão social na agenda pública. *Cad. Saúde Pública*, v. 13, n. 2, abril 1997.

_____. Democracia e cidadania: notas para um debate sobre direito à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/01*. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto Reforsus: SUS - o maior Sistema Público de Saúde. *Experiências Inovadoras no SUS*. Brasília, v. 1, n. 1, 2002.

_____. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Feral, 1988.

CAMARGO JR, K. R.; COMTE, F. T.; MARTINEZ, D. S. Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais no Rio de Janeiro. In. LUZ, M. T. *VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas: Medicina Ocidental Contemporânea*, p. 15-26. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997 (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, 168).

CAMARGO JR, K. R. *Biomedicina, Saber & Ciência: uma abordagem critica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANESQUI, A. M. Consumo e avaliação dos serviços de saúde. In: SPINOLA, A. W. *et al. Pesquisa Social em Saúde*. São Paulo: Cortez, 1992. p. 175-205.

CASTORIADIS, C. *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-66, 2004.

- CECILIO, L. C. O.; MATSUMOTO, C. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: _____. *Gestão em rede: tecendo os fios da integralidade*. Caxias do Sul: Educs, 2005 (no prelo).
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2001. p. 113-126.
- COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no BARSIL contemporâneo. São Paulo: Editora 34, 2004.
- COHN, A. Estado e sociedade e as configurações do direito à saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, 2003a.
- _____. *et al. A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1999.
- _____. Saúde e cidadania: análise de uma experiência de gestão local. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1992. p. 312-326.
- _____. *Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Ayuri, 1991
- CORDEIRO, H. A. Descentralização, universalidade e equidades nas reformas de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, 2001
- COSTA, A. A. R.; DODGE, R. E. F. O Ministério Público e o direito à saúde. *Conjunt. Saúde*; v. 20, mai-jun. 1995.
- DAHRENDORF R. *O conflito social moderno*. São Paulo: Edusp, 1992.
- FERLA, A. A. *b. A gestão da saúde no contexto do SUS: descentralização, integralidade e controle social como desafios para os governos*. In: TAVARES, L. (Org.). *Tempos de Desafio: política democrática e popular no governo do Rio Grande do Sul*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- FIORI, J. L.; KORNIS, G. E. M. Além da queda: economia e política numa década enviesada. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará, 1994. p. 1-42.
- FOUCAULT, M. *Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000 (Coleção *Ditos e Escritos* II).
- GRAMSCI, A. *Concepção dialética da história*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.
- _____. *Caderno do Cárcere*. V. 3. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.
- GUIZARDI, F. L. *Participação política e os caminhos da construção do direito à saúde: a experiência da Pastoral da Saúde nos municípios de Vitória e Vila Velha*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- _____. *et al. Participação da comunidade em espaços públicos: uma análise das conferências nacionais de saúde*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-41, 2004.
- IUNES, R. F. Demanda e demanda em saúde In: PIOLA, S. F.; VIANA, S. M (Orgs.). *Economia da Saúde: conceitos e contribuições para gestão da saúde*. Brasília: IPEA. 1995.
- LEVCOVTZ, E. *Transição x consolidação: o dilema estratégico do SUS*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.
- LEVCOVTZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, 2001.
- LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.

- _____. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec, 2003a.
- _____. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.
- _____. Sobre as relações entre Estado e sociedade civil, transformações no campo da saúde a partir do referencial das ciências sociais. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, 2003b.
- MARX, K. *Para a crítica da economia política do capital*. O rendimento e suas fontes. São Paulo: Nova Cultural, 2000 (Coleção *Os Pensadores*).
- NOBRE, M. Participação e deliberação da teoria democrática: uma introdução. In: COELHO, V S. P.; NOBRE, M. *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34, 2004. p. 21-40.
- NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 1997.
- NORONHA, J. C.; SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Cadernos de Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2002.
- NYGREN-KRUG, H. Saúde e direitos humanos na Organização Mundial de Saúde. In: _____. *Saúde e Direitos Humanos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*, São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.
- _____. *Conselhos de saúde: o direito e o avesso*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.
- _____. *et al.* Novas práticas de gestão especializada e a construção da integralidade no SUS: notas sobre a experiência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. (Org.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Casa da Palavra, 2002.
- _____. *Da defesa do aço à defesa da vida: o cotidiano dos atores em suas praticas nos serviços de saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e praticas no cotidiano. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as Fronteiras da Integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Praticas eficazes *versus* modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.
- PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.
- SANTOS, B. A Ciência. In: CARRILHO, M. M.; SÁ, G. *Dicionário do Pensamento Contemporâneo*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1991. p. 23-43.
- SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo. Razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- SCHWARTZ, Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios e instâncias. In: FIGUEIREDO, M. *et al.* (Orgs.). *Labirintos do trabalho*. Interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

STOZ, E. N. *Necessidades de saúde*. Mediações de um conceito (contribuições das ciências sociais para fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais no planejamento em saúde). Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

TEIXEIRA, S. F. Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina. *Revista de Saúde Pública*, v. 29, n. 4, p. 243-50, 1995.

_____. (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989.

TELLES, V. S. *Direitos sociais: afinal do que se trata?* Belo Horizonte: UFMG, 1999.

VIANA, A L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, v. 30, n. 2, p. 5-43, 1996.

¹ O número de trabalhos ultrapassa seguramente o espaço deste artigo; no entanto, destacamos os seguintes autores: ALMEIDA (1995); CORDEIRO (2001); LEVCOVITZ (1997); LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO (2001) e NORONHA e SOARES (2002).

² Vide os autores: COHN (1992); VIANA (1996) e TEXEIRA (1995 e 1999).

³ Nos últimos cinco anos ocorreu um *boom* de livros, periódicos, dissertações sobre o tema, e algumas se encontram nas referências citadas neste trabalho.

⁴ Com a implementação da estratégia saúde da família, intensificou-se muito a realização de pequenos estudos sobre demandas, a partir do cadastramento obrigatório das famílias, que são realizados pelos agentes comunitários. Esses estudos, na maioria das vezes, são quantitativos e se baseiam nas observações dos profissionais acerca do motivo ou, melhor dizendo, da queixa principal apontada pelos usuários dos serviços.

⁵ Essa síntese resulta da leitura do documento da OMS e das análises de Nogueira e Pires (1997).

⁶ Procuramos de forma sintética resumir os quatro conjuntos de idéias dos autores, contudo, sugerimos a leitura do artigo de Cecilio (2001, p. 114-115).