

## **O POTENCIAL ARTICULADOR DA REGULAÇÃO EM SAÚDE: O CASO DO RECIFE**

OLIVEIRA, Tiago Feitosa<sup>1</sup>. O Potencial Articulador da Regulação em Saúde: O Caso do Recife. 2014. Projeto de Pesquisa de Doutorado em Saúde Pública - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, Recife-PE, Brasil.

### **RESUMO**

A sustentabilidade e legitimidade do SUS dependem do enfrentamento de obstáculos políticos, de gestão e de reorganização da rede de atenção à saúde. A fragmentação e desarticulação das ações e serviços tem prejudicado a efetividade do sistema, pois possibilita um acesso desordenado a serviços especializados, sobrecarregando-os e dificultando a continuidade do cuidado iniciado na atenção básica. O desenvolvimento de mecanismos de cooperação e coordenação, no âmbito do sistema de saúde, buscando a integração entre serviços e eliminando barreiras de acesso entre os chamados níveis de atenção se faz necessário, principalmente com o objetivo de favorecer a integralidade da assistência. A presente pesquisa estudou a experiência no município do Recife, entre os anos de 2009 e 2011, buscando apresentar um conjunto de questões que dizem respeito à Regulação do Acesso à Assistência à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

**Palavras-chave:** 1. Sistema Único de Saúde; 2. Regulação da assistência à saúde; 3. Redes de atenção à saúde; 4. Integralidade.

### **ABSTRACT**

The aim of the present study was to analyze changes in clinical practices in the Brazilian public healthcare system between 2009 and 2011 based on the guidelines for the Care and Management Model, with an emphasis on basic health care. The specific objectives were to describe the model, the interface between clinical practice and politics, the reformulation of clinical practices and the interface with health surveillance

---

<sup>1</sup> Tiago é médico sanitário, com mestrado em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP/SP) e doutorando em Saúde Coletiva no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz (defesa de tese até maio de 2014). Trabalha na gestão em saúde com foco nos modelos de atenção e gestão, políticas de saúde e interface com as políticas de regulação de sistemas e serviços de saúde. Participa do Grupo de Pesquisas em Gestão e Subjetividade na UFPE e Coordena como Diretor Médico Hospital Público Regional da rede pública no Estado de Pernambuco/Brasil (Hospital Miguel Arraes). Desenvolve pesquisas e atividades com ênfase nos Modelos de Atenção e Gestão, valorizando a regulação assistencial para garantia do acesso e qualidade dos serviços de saúde. Desenvolve dispositivos e metodologias para a rede de saúde pública no Brasil.

in the composition and integrality of the work within the realm of basic health care. This is a qualitative study founded on methods of institutional analysis to highlight the dilemmas encountered in the management of health organizations. This study reveals the instituting movement of the Brazilian public healthcare system with the main purpose of defending life and clinical practice in direct contact with other fields of knowledge.

**Keywords:** 1. Primary care; 2. Management of health care; 3. Health care; 4. Public Healthcare System

O presente artigo é um dos resultados da pesquisa que estudou a experiência no município do Recife, buscando apresentar um conjunto de questões que dizem respeito à Regulação do Acesso à Assistência à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso procuramos recolocar a Atenção Básica em Saúde no centro de uma Rede, que se utiliza de dispositivos que facilitam o acesso a ações e serviços, com o objetivo de oferecer uma assistência integral às pessoas.

Procurou-se ao mesmo tempo evidenciar possibilidades e limites no contexto enfrentado pelo município para implementação de processos de mudança através de diretrizes de acesso à saúde. Foi utilizada a estratégia de triangulação de métodos, numa pesquisa qualitativa e que teve como objetivo geral analisar o papel da Regulação do Acesso à Assistência à Saúde na formação de Redes Integradas de Atenção à Saúde no município de Recife em Pernambuco-Brasil, entre os anos 2009 e 2011. Tratamos especificamente de analisar como a Regulação do Acesso à Assistência à Saúde aparece nas proposições do modelo de atenção no Recife.

A reorganização de um modelo de atenção que se apoie em critérios claros de eficácia, capacidade de produzir saúde e evitar danos, eficiência, responsabilização, vínculo e inclusão dos sujeitos envolvidos tem sido uma estratégia para sustentabilidade e legitimidade do sistema de saúde. Para tanto, além do usuário ocupar um novo papel na produção da saúde, são indispensáveis arranjos e dispositivos que propiciem a continuidade da atenção e que favoreçam a integralidade da assistência.

Este projeto adotou um conceito ampliado de regulação do acesso a assistência à saúde, que trata dos elementos de funcionamento que permeiam a relação das

Linha temática: *Governança, Políticas Públicas e Inovação Social: das "crises" às alternativas*

demandas e necessidades da população com as ofertas do sistema de saúde. Essa regulação agrega vários componentes, tais como: fluxos assistenciais, rede de serviços, centrais de regulação, acolhimento, apoio matricial, entre outros. Entendendo que os mecanismos da regulação operam cotidianamente em todos os espaços assistenciais e com todos os trabalhadores de saúde participando e operando o acesso de alguma forma (MAGALHÃES JR, 2006).

Neste cenário, a regulação do acesso a assistência à saúde surge como um dispositivo potencialmente articulador da rede de serviços, organizando o acesso aos serviços especializados a partir da atenção básica, singularizando as demandas e dando transparência a utilização do recurso público.

### **“O Acontecer Solidário”: A Regulação do Acesso a Serviços de Saúde, articulados em Rede**

A afirmação corriqueira de que a atenção básica é capaz de resolver 80% dos problemas de saúde de uma população (STARFIELD, 2002), revela a necessidade de uma alta capacidade de resposta para o funcionamento das redes de atenção à saúde, pois é ela quem identifica as situações que necessitam de atendimento especializado. Mas esta capacidade depende do desempenho dos serviços diretamente associados a ela nessa rede (KUSCHINIR, 2011). Portanto nos parece um tanto reducionista, creditar o sucesso ou insucesso do funcionamento de pontos da rede à atenção básica. A avaliação de desempenho do sistema deve acontecer também em rede, considerando as idas e vindas das pessoas concretas para resolver seus problemas de saúde, inclusive considerando os meios para garantir o acesso preciso aos serviços especializados disponíveis.

Segundo Campos (2007), a estratégia de saúde da família deveria ser adaptada aos distintos municípios conforme sua história, recursos disponíveis e quadro epidemiológico, devendo a equipe clássica servir como parâmetro mínimo. Destaca também, que não há como fugir do desafio de integrar, mediante apoio matricial, equipes de saúde mental, de fisioterapia, de nutrição, saúde da mulher, saúde da criança e especialidades médicas que possam ajudar a equipe de saúde da família no acompanhamento de agravos prevalentes.

### **O Acolhimento com Avaliação de Risco/Vulnerabilidade como Dispositivo de Regulação do Acesso ao Nível Local e de Interação com a Rede de Atenção**

A forma como os serviços que compõem a atenção básica e se organizam para atender a demanda é fundamental para modular o acesso da população às ações e serviços de saúde. A utilização de dispositivos como o Acolhimento com Classificação de Risco/Vulnerabilidade, de modo a promover a ampliação e qualificação do acesso ao sistema, tem se revelado potente na reorganização do processo de trabalho das equipes. Trata-se de recepção e escuta do usuário, procurando identificar que recursos do sistema ou que pontos da rede de atenção poderiam ser utilizados para melhor equacionar suas demandas. Um efeito visível, onde se priorizou a implantação deste dispositivo, foi a eliminação ou redução das filas, organização do atendimento e a ampliação da capacidade de resolver problemas por parte da equipe local (COELHO E COUTO, 2009; COELHO, 2008).

A proposta de garantir uma atenção primária abrangente, capaz de responder aos problemas de saúde mais frequentes, que não se restrinja ao adoecimento físico, mas que seja capaz de abordar a subjetividade presente em um contexto de enfrentamento de condições de vida precárias, poucos recursos disponíveis e agenda de trabalho sobrecarregada, é fundamental para que a entrada do cidadão na rede de saúde seja qualificada e possa vir junto com a devida articulação de recursos para o enfrentamento compartilhado de seu problema de saúde.

Quando nos referirmos a serviços de urgência e emergência, o acolhimento deverá vir junto da classificação de risco, que é uma forma de organizar o acesso levando-se em conta a gravidade clínica e minimizando a importância da ordem de chegada como critério de priorização para o atendimento. Utiliza-se para esse fim protocolos, validados internacionalmente, adaptáveis a cada realidade.

### **O Apoio Matricial como Dispositivo de Regulação do Acesso e Qualificação da Assistência na Atenção Básica e nos dos Serviços Especializados (Ambulatoriais e Hospitalares)**

Em 1992, Campos alertava que para as UBS, representadas pelos Centros de Saúde, desempenhassem seu papel, era necessário que existissem equipes de apoio,

Linha temática: *Governança, Políticas Públicas e Inovação Social: das "crises" às alternativas*

que poderiam se localizar na própria unidade ou em unidades de referência. A composição desse grupo variaria conforme disponibilidade de recursos, o grau de descentralização e a prioridade em saúde coletiva de cada região. Ele se referia a: equipes de saúde mental, reabilitação, cirurgia ambulatorial, bem como de outras especialidades consideradas importantes na "elevação da capacidade de o nível local resolver problemas de saúde" (CAMPOS, 1997).

O Apoio Matricial pode criar novas formas de relação entre os serviços, possibilitando personalizar os sistemas de referência e contra-referência, estimular e facilitar o contato direto entre equipe encarregada do caso e especialista de apoio. Altera-se, dessa forma, o papel e o modo de operar das centrais de regulação, passando a ter de considerar o apoio como resposta as solicitações de encaminhamento para serviços de referência, atribuindo a elas possibilidade de agenciar parte do apoio às equipes, tendo para isso de organizar o apoio disponível, divulgá-lo e continuar zelando pelos protocolos de acesso acordados com a rede de atenção. Instrumentos como Tele-Saúde podem ser úteis para ampliar essa integração.

A integralidade do cuidado é tarefa de rede, neste sentido a regulação assistencial busca promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial às necessidades imediatas do cidadão, de forma ordenada. Um serviço de saúde não conseguirá sozinho resolver as demandas que lhe chegam e necessariamente terá que contar com outros serviços de saúde, bem como com outras redes que se articulem com o setor saúde.

### **As Redes de Atenção à Saúde como Uma Aposta para Integrar os Serviços e Facilitar o Acesso à Assistência no SUS**

No sistema público, há algum tempo tenta-se estruturar redes de serviços, como forma de garantir a efetividade das políticas públicas, uma vez que já se comprovou à exaustão que o modelo burocrático, estático, compartimentado, hierárquico e formal de estado não é capaz de garantir direitos; operando serviços, na maioria das vezes, com desperdício de tempo e recursos, gerando dificuldades em sua expansão e acesso (SANTOS, 2011).

No entanto, Righi (2010) alerta que o potencial de conexão das redes também pode levar a normas próprias e ao isolamento e sugere que elas se desenvolvam a partir de inovações nas formas de gestão territorial do SUS.

A regulação do acesso necessita de desenho de rede com pactos firmados, contemplando os diversos atores envolvidos, que funcione à partir da atenção básica e que estabeleça os perfis e as referências de cada serviço que a componha, em um determinado território. Os diversos equipamentos e serviços que compõem uma rede de saúde, devem funcionar como pontos de atenção e seu acionamento deverá se dar de acordo com os casos atendidos e demandados; garantindo, com isso, que os serviços não funcionem de forma isolada e responsabilizando-se conjuntamente pelo acesso, atenção integral e continuidade da assistência. Isso implica um fluxo adequado de informações entre as unidades que compõem o sistema, sejam elas hospitais ou postos de saúde, públicas ou privadas credenciadas ao SUS, situadas em diferentes municípios ou estados.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, por triangulação de métodos, utilizando-se como instrumentos de coleta: análise documental, diário de campo e entrevistas semi-estruturadas.

Na análise documental examinou-se: o Plano Municipal de Saúde 2010-2013; o Relatório Anual de Gestão dos anos de 2009, 2010 e 2011; Relatório Final das Conferências Municipais de Saúde de 2009 e 2011; Protocolo de Acesso da Central de Regulação, Protocolo Operacional da Central de Regulação; Cartilha do Modelo de Atenção Recife em Defesa da Vida, Cartilha de Acolhimento; Política de Saúde Bucal 2011; os artigos publicados na revista *Divulgação Saúde em Debate* em 2009 e 2012; Capítulo do livro *Cidadania no Cuidado*.

O Diário de campo consiste em anotações de impressões, conversas, discussões institucionais, apresentações realizadas sobre temas relacionados a Regulação do Acesso na Rede Municipal de Saúde, debates temáticos, plenárias, discussão de casos gerenciais no período estudado. Foi realizado pelo próprio pesquisador no

Linha temática: *Governança, Políticas Públicas e Inovação Social: das "crises" às alternativas*

cotidiano institucional, caracterizando anotações separadas e sistematizadas por ano de pesquisa: 2009, 2010 e 2011.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave, sendo eles gestores e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, envolvidos nas áreas de regulação e assistência à saúde nos níveis local, regional e central do município. Entre eles profissionais dos serviços de atenção básica e especializada, técnicos de regulação nos Distritos Sanitários, profissionais que operam as centrais de regulação e as referências técnicas, relacionadas ao acesso, das diretorias elencadas. Inicialmente estimamos em 15 entrevistados, mas só nos consideramos satisfeitos na entrevista de número 20.

A análise de material qualitativo, em geral, se faz por aproximações sucessivas, por meio de categorização. Classificou-se o conjunto de depoimentos e registros de observação a partir dos atores. Partiu-se das questões gerais da pesquisa, transformadas em tópicos.

- a) **Análise das diretrizes para atenção e gestão:** garantia de acesso/acolhimento na atenção básica, desenho da rede de atenção à saúde, relação dos serviços especializados com a atenção básica, gestão do território.
- b) **Arranjos e dispositivos implantados:** acolhimento com classificação de risco nas urgências, acolhimento nas UBSs, apoio especializado matricial, pactuação territorial dos fluxos assistenciais, central de regulação ambulatorial e hospitalar, central de regulação de urgências, relação com os serviços estaduais no território de Recife.
- c) **Consideração de determinantes:** como história e tempo, contexto político institucional.

### **Discussão e Resultados: Recife, entre a tradição e a mudança**

O município de Recife evidencia, há 11 anos, grandes mudanças com expansão da rede de saúde: ampliação da cobertura da atenção básica com a estratégia saúde da família; implantação de programas inovadores como o Programa de Saúde Ambiental e o Programa Academia da Cidade; ampliação de serviços especializados

Linha temática: *Governança, Políticas Públicas e Inovação Social: das "crises" às alternativas*

e implantação do SAMU; estabelecimento de programas e políticas de saúde relacionadas à saúde da mulher, criança e adolescente; atenção ao adulto e idoso; programas por agravos prevalentes na cidade e ampliação dos serviços de saúde mental. Em 2009 cresce o movimento no âmbito da gestão no sentido: da valorização da atenção básica com capacidade de resolver problemas individuais e coletivos; da rearticulação dos serviços especializados, segundo padrões de humanização e adoção de práticas em saúde como a internação domiciliar; da proposição de dispositivos para facilitar o acesso à atenção básica (acolhimento) e à atenção especializada (apoio matricial); da área de saúde mental que evidencia a necessidade de desinstitucionalização e do trabalho interdisciplinar para constituição de projetos terapêuticos. A promessa era de "um aperfeiçoamento no modelo de atenção do município, continuando a aposta na ampliação de acesso e resolubilidade" (COELHO E COUTO, 2009).

Verificamos que a oferta de arranjos e dispositivos institucionais para a SMS Recife, se concretizou nos seguintes itens:

**a) Na atenção básica:**

- Organização do acolhimento de modo a promover a ampliação do acesso ao sistema, compreendendo a atenção básica como coordenadora das ações no território e a partir dela a definição de prioridades para ordenamento da rede, eliminando filas, organizando o atendimento com base no risco/vulnerabilidade e ampliando a capacidade de resolver problema;
- Reorganização do trabalho em equipe a partir do apoio institucional, valorizando os saberes e práticas dos diferentes profissionais e ampliando a equipe clássica da estratégia de saúde da família a partir da composição de perfil/especialidade e da demanda característica da área de abrangência com apoio matricial;
- Definição do apoio matricial para as ESF a partir dos especialistas das policlínicas com perfil para discussão e atendimento conjunto de pessoas com situações complexas em saúde, a partir da implantação dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família – NASF e Núcleos de Apoio em Práticas Integrativas - NAPI, aproximando as especialidades da atenção básica, melhorando a resolutividade,



Linha temática: *Governança, Políticas Públicas e Inovação Social: das "crises" às alternativas*

fortalecendo a clínica através da elaboração de projetos terapêuticos singulares, fortalecendo o vínculo/responsabilização das equipas com usuários;

- Fortalecimento das redes de saúde aumentando a capacidade conjunta de soluções e construção de políticas e intervenções intersetoriais;

- Fortalecimento da clínica compartilhada e ampliação das ações de saúde coletiva no território, com oferecimento de grupos terapêuticos, temas relevantes em saúde coletiva, práticas de educação em saúde, práticas integrativas;

- Implantação de espaços de escuta para usuários e equipas no cotidiano do trabalho, fortalecendo a participação e ampliando capacidade de análise dos problemas;

- Rede de saúde mental centrada no território, incorporando profissionais especializados no apoio/ampliação às equipas da atenção básica;

- Territorialização das Unidades Básicas Tradicionais, com definição de equipas de referência, adscrição e vinculação dos usuários e famílias, inclusão nas demais diretrizes para atenção básica;

#### **b) Na atenção especializada**

- Garantia de agenda de atendimento em função da análise de risco/vulnerabilidade e das necessidades dos usuários;

- Implantação dos protocolos de acesso já construídos, adaptando-os às diretrizes pactuadas de acesso, vínculo terapêutico e clínica ampliada;

- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e incluindo a singularidade das pessoas;

- Garantia de espaços de discussão de caso em situações mais complexas e acionando a rede para co-responsabilização na solução de problemas;

- Intervenção priorizando reformulação do processo interno de trabalho e articulação em rede nas policlínicas de referência municipal;

**c) Na urgência e emergência – incluindo atenção básica, pronto atendimento, emergências e hospitais pediátricos, SAMU, maternidades municipais:**

Linha temática: *Governança, Políticas Públicas e Inovação Social: das "crises" às alternativas*

- Demanda acolhida e atendida de acordo com avaliação de risco, garantindo acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
- Pactuação da rede locorregional de referência e contra-referência com toda a rede municipal e em co-gestão com a gestão estadual;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a singularidade dos sujeitos;
- Seguimento horizontal do usuário após atenção na rede de urgência e emergência, com contra-referência para atenção básica.

**d) Na atenção hospitalar/maternidades:**

- Implantação de acolhimento com classificação de risco na porta de urgência e emergência acolhimento nas demais áreas de acesso ao hospital;
- Criação de mecanismos do fazer em rede, principalmente na condução de situações mais complexas, bem como a rotina da atenção e gestão dos casos numa continuidade com a atenção básica;
- Definição das maternidades municipais com referência territorial para usuárias, incluindo as referências para a atenção ao pré-natal e parto de alto risco;
- Implantação de mecanismos de desospitalização e equipe de internação domiciliar vinculada ao hospital e como referência para rede locorregional.

**e) Como diretrizes gerais para a rede:**

- Informatização com prontuário integrado e telessaúde;
- Cogestão com rede conveniada com critérios definidos de metas;
- Regulação de toda rede especializada com centrais descentralizadas de regulação assistencial com base na necessidade do território;

## **RERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Brasil, Ministério da Saúde. *Pacto pela Saúde. Portaria GM/MS n 339, de 22 de fevereiro de 2006*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 de fevereiro de 2006.

Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. *Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS*. Brasília, DF 2006.

Brasil, Lei 8080/90. *Diário Oficial da União de 20 de setembro de 1990*, Brasília, DF, 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. Brasília, 2004.

Brasil, Ministério da Saúde, *Portaria 1.559/GM/2008, de 1 de agosto de 2008. Institui da Política nacional de Regulação do SUS*. Brasília, DF, 2008.

Brasil, Ministério da Saúde. *Política Nacional da Atenção Básica. Série Pactos, volume 4*. Brasília, DF, 2006

Bourdieu, P. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

Campos, G.W.S.. *Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*. São Paulo, Hucitec, 1992.

Campos, Gastão Wagner de Sousa. *Saúde Paidéia*. São Paulo, Hucitec, 2003.

Campos, G.W.S.; Minayo, M.C.S.; Akerman, M.; Drumond JR., M.; Carvalho, Y.M.. *Tratado de Saúde Coletiva*. HUCITEC, São Paulo, SP, 2006.

Campos, G.W.S. E Guerrero, A.V.P.. *Manual de Práticas de Atenção Básica*. HUCITEC, São Paulo, SP, 2008.

Coelho, Bernadete Perez. *O Reencantamento do Concreto*. Dissertação de Mestrado, Fiocruz/Aggeu Magalhães, Recife-PE, 2006.

Coelho e Couto, Bernadete Perez e Gustavo de Azevêdo. *O Modelo de Atenção e Gestão em Recife: a dupla tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos no SUS*. Divulgação em Saúde e Debate, n. 44. Rio de Janeiro, RJ, maio de 2009.

CONASS, Progestores. *Regulação em Saúde*. CONASS, Brasília, 2007.

Linha temática: *Governança, Políticas Públicas e Inovação Social: das "crises" às alternativas*

Contandriopoulos, A. P. *Reformar o Sistema de Saúde: uma utopia para sair de um status quo inaceitável*. Saúde em Debate, número 49/50, 1995.

Czeresnia, D. I. e colaboradores. *AIDS, Ética, Medicina e Biotecnologia*. São Paulo, Hucitec, 1995.

Czeresnia, D.I. e colaboradores. *AIDS, Pesquisa Social e Educação*. São Paulo, Hucitec, 1995.

Ibañez, N.; Elias, P.E.M.; Seixas, P.H.D.. *Política e Gestão Pública em Saúde*. HUCITEC, São Paulo, SP, 2011.

Giovanela L., Lobato L., Carvalho A.L., Connil E.M., Cunha E.M.. *Sistemas Municipais de Saúde e as Diretrizes da Integralidade da Atenção; Critérios para Avaliação*. Saúde Debate, 2002.

Gondim, R.; GRABOIS V.; Mendes, W.; org.. *Qualificação de Gestores*. EAD, ENSP, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, 2011.

Magalhães JR., H.M.. *O Desafio de Construir e Regular Redes Públicas de Saúde , com Integralidade, em Sistemas Privados-Dependentes: A Experiência de Belo Horizonte*. Tese de doutorado, Universidade estadual de Campinas. Campinas, SP, 2006.

Magalhães JR., H.M. *Desafios e Inovações da Gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Maza, Belo Horizonte-MG, 2010.

Masseli, M.C. *Estresse e Trabalho de Monitoras de Creche: Uma Abordagem Multidisciplinar*. Campinas, 2001, Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp.

Mattos, R.A.. *A integralidade na Prática (ou Sobre a prática da Integralidade)*. In: Cadernos de Saúde Pública v. 20 n. 5. Rio de Janeiro set/out. 2004.

Merhy, E.E.; ONOCKO, R.O.. *Agir em Saúde, um desafio para o público*. HUCITEC, São Paulo, SP, 1997.

Merhy, Emerson Elias. *O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido*. Campinas: arquivo eletrônico Word, 2006.

Linha temática: *Governança, Políticas Públicas e Inovação Social: das "crises" às alternativas*

Minayo, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em saúde*. São Paulo, Hucitec - ABRASCO, 2000.

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *A Política de Regulação do Brasil*. Mendonça, C.S.; Reis, A.T.; Moraes J.C. (orgs.). Brasília, DF, 2006.

Pasche, Dário Frederico. *Contribuições para O Fortalecimento da Atenção Básica*. In Cadernos Humanizausus, MS, Brasília-DF, 2010.

Righi, Liane Beatriz. *Redes de Saúde: Uma Reflexão sobre Formas de Gestão*. MS, Brasília-DF, 2010.

Santos, Boaventura de Sousa. *A Crítica da Razão Indolente - contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.

Santos, Milton. *O Retorno do Território. In: Território Globalização e Fragmentação*. São Paulo-SP, HUCITEC, 1996.

Santos, F.P.; Merhy, E.E.. *A regulação Pública da Saúde no Estado Brasileiro – Uma Revisão*. Interfaces, 2006.

Belo Horizonte, S.M.S.. *Avanços e Desafios na Organização da Atenção Básica à Saúde*. Prefeitura de BH, Belo Horizonte, MG, 2008

Silva, Sílvia Fernandes da, org.. *Redes de Atenção à Saúde no SUS. Saberes, Campinas-SP*, 2011.

Starfield, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, UNESCO, 2002.

Vasconcelos, Cipriano Maia. *Paradoxos na mudança do SUS*. . Tese (doutorado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade de Campinas, Campinas, SP, 2005.