

## CAPÍTULO 3

# A INTEGRALIDADE EM SAÚDE: DESAFIOS NA GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL



<https://doi.org/10.22533/at.ed.743112518033>

*Data de aceite: 24/03/2025*

**Ester Taube Toretta**

Doutora em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina  
ORCID - 0000-0002-7656-8431

**Vera Maria Ribeiro Nogueira**

Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Católica de Pelotas e Universidade Federal de Santa Catarina. Editora da Revista Sociedade em Debate. Pesquisadora do Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia. ORCID 0000-0003-4158-1510

**RESUMO:** A Saúde no Brasil é um componente da Seguridade Social e, enquanto tal, regulada pelos princípios constitucionais. Nesse artigo optou-se pelo princípio e diretriz da integralidade porque esses definem uma particularidade da forma de atenção em saúde do SUS. Passados 30 anos da implantação do SUS, diversas foram as ofensivas a sua organização, indicando a necessidade em evidenciar os desafios da integralidade na perspectiva de gestores da saúde. Diante dessa compreensão o artigo tem por objetivo resgatar o debate conceitual sobre a integralidade na saúde relacionando-a

com o processo de implementação do SUS. Considerou-se como campo de pesquisa o sistema de saúde no município de Cascavel-PR. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas aplicadas aos profissionais e gestores nos três níveis de atenção em saúde. O artigo apresenta o conceito de integralidade e os desafios considerados pelos gestores para a sua implementação no sistema de saúde. Constatou-se que os mesmos consideram a condição orçamentária enquanto limite para ações de integralidade. Os resultados atestaram que a integralidade na saúde se modula considerando as características do nível de atenção, serviço, setor, função e instituição sendo extremamente relevante a apreensão deste princípio e diretriz para a adequada operacionalização no complexo, Sistema Único de Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Seguridade Social e Saúde, Política de Saúde, Integralidade em Saúde, Gestão Pública, Gestão Municipal da Saúde

### 1 | INTRODUÇÃO

A saúde na realidade brasileira, em seu percurso histórico, superou uma proteção à saúde restrita a determinados

trabalhadores, para a atenção universal e integral constituindo-se, como parte da Seguridade Social brasileira.

É notório que os desafios são diversos para a efetivação do modelo de Seguridade Social, conquistado na Constituição de 1988. No processo de seu desenvolvimento estão presentes resquícios históricos de uma sociedade marcada por diversas expressões da questão social com elevados índices de pobreza, desemprego, entre outros, que revelam a marca da desigualdade social. Portanto, a Seguridade Social, tem um importante papel para a cidadania, a medida que por meio das três políticas que a compõem, Saúde, Assistência e Previdência, promove equidade, dignidade, proteção social, promoção da saúde e bem estar. É reconhecido o padrão conquistado no campo dos direitos sociais que impulsionaram as políticas da seguridade social e essas tornaram-se complexos sistemas organizacionais que operacionalizam as garantias de direitos.

No contexto atual, em face ao avanço neoliberal novos elementos políticos e econômicos vêm confrontando a Políticas de Saúde, Assistência e Previdência, o que resulta na fragilização da Seguridade Social. Assim, o debate se reatualiza na realidade brasileira e coloca em questão os princípios e diretrizes constitucionais que nortearam o modelo das referidas políticas. Evidenciam-se diversas tentativa de inviabilizá-las, principalmente pela crise do Estado, concebida como uma crise fiscal.

A partir desse paradigma recai a gestão pública municipal o dever de implementar e administrar os serviços, programas das políticas sociais em âmbito local, com eficiência e resolutividade, seguindo o padrão legal e regulatórios. Tendo em vista estes atributos, inerentes a gestão pública, o cenário crítico, requer conhecer os desafios e possibilidades pois são nos municípios que as demandas por saúde se apresentam e tencionam a sua implementação, são nesses também que se estabelece uma relação de proximidade entre o setor privado com o poder público para a prestação de serviços em saúde.

Na gestão pública municipal articulam-se as diretrizes nacionais, estaduais com a possibilidade do fazer político. Todavia, quando analisado a complexa organização da saúde e o contexto atual, tornam-se desafiadoras aos gestores que precisam tomar decisões considerando normativas legais e um cenário dúbio, instável da contrapartida dos demais entes federativos. Entretanto, assegurar os princípios e as diretrizes no caso em questão, da política de saúde, tornam-se basilares para a qualidade do Sistema Único de Saúde – SUS e modelo de atenção integral em saúde.

O presente artigo tem por objetivo resgatar o debate conceitual sobre a integralidade na saúde relacionando-a com o processo de implementação do SUS, no Município de Cascavel PR. Este é uma produção inédita, que decorreu dos estudos da tese de doutorado<sup>1</sup>. O artigo de modo parcial foi apresentado no 8<sup>a</sup> CONPAS - Congresso Paranaense dos Assistentes Sociais do CRESS – PR. Cabe ainda destacar que a pesquisa de campo da tese

---

<sup>1</sup> Programa de Pós Graduação em Serviço Social - PPGSS da Universidade Federal de Santa Catarina. Essa sob o título: A Integralidade e a Gestão do Trabalho no Município de Cascavel – PR.

gerou um banco de dados dos participantes, e a partir desse acervo será apresentado os discursos dos gestores de saúde, do Município de Cascavel – PR. Com vistas a preservar o sigilo dos participantes utilizou-se os seguintes códigos para denominá-los: G) para gestor, (S) Servidor (T)Terceirizado, e por nível de Atenção(P) Primária, (S) Secundária e (T) Terciária. A regularidade no discurso dos participantes da pesquisa, favoreceu a apreensão e análise crítica.

O artigo encontra-se organizado em divisões, na primeira é apresentado a relação entre a Seguridade Social, Saúde, Princípios e Diretrizes, permitindo reflexões sobre a relevância dessa perspectiva conceitual, balizadora do modelo de proteção social brasileiro, que estabelece o direito universal e integral nos termos da Constituição Brasileira. Na segunda divisão é abordado a gestão pública e a relação com a organização do Sistema Único de Saúde. Na terceira são apresentados os discursos dos participantes da pesquisa, o que possibilita compreender os desafios da implementação da integralidade na visão dos gestores de saúde do Município. Nas considerações finais são apontados alguns fatores que têm impacto na integralidade e colocam em questão um tipo de atenção em saúde e de proteção social.

## 2 | O DIREITO À SAÚDE NA SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA

A Seguridade Social na Constituição Federal de 1988, conforme o artigo 194, apresenta como um conjunto de ações integradas dos poderes públicos que asseguram os direitos à saúde, à previdência e à assistência social”, (Brasil, 1988). Essa conquista de direito estabeleceu um conjunto de proteção social ao cidadão, e ao mesmo tempo demarcou uma etapa relevante para o desenvolvimento civilizatório da nação brasileira, pois inova no compromisso do Estado com o enfrentamento a desigualdade social, por mecanismos de políticas sociais, (Fleury, 2008).

As garantias constitucionais foram relevantes, entre outras, por estabelecerem o papel do Estado como agente provedor dos serviços públicos, que passou a desenvolver ações contínuas, qualificadas tecnicamente, e acessíveis por meio da descentralização de serviços.

O objetivo da Seguridade Social é o de proteger os cidadãos de riscos sociais e vulnerabilidades, tais como: de incapacidade para o trabalho, insuficiência de renda, dificuldades relacionada ao ciclo de vida e autonomia, de pessoas em condições de extrema pobreza, desigualdade social, vítima de violências, de privação de liberdade, por necessitar de atenção em saúde por doenças crônicas e agravos, entre outros. Assim, configura-se como um plano político que promove a preservação da vida e da dignidade humana.

A Seguridade Social é uma conquista do período democrático brasileiro. Foi a partir da Constituição Federal de 1988, que a proteção social adquire novos horizontes. A ação do Estado passou de ações muito restritas, segmentada e, focalizada em ações e serviços,

que não alcançava a totalidade da classe trabalhadora, para uma Seguridade Social com reconhecidos direitos sociais

As conquistas de direitos no campo da seguridade e das políticas que a compõem, só foram possíveis pela conciliação de interesses de classes, em uma agenda política democrática. Cabe ressaltar, que a integração das três políticas, Saúde, Assistência e Previdência representou a alteração de um padrão convencional da proteção social. Nesse sentido, uma nova institucionalidade, com unidade conceitual e estratégica, foi implementada. (Pereira, 2009). Esse modelo de seguridade inovou ao propor a universalidade da cobertura, a interseccionalidade entre as políticas.

O princípio constitucional da Seguridade Social, e em específico na Lei Orgânica da Seguridade Social 8.112/91, no artigo 1º destaca,

- a) universalidade da cobertura e do atendimento;
- b) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- c) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- d) irredutibilidade do valor dos benefícios;
- e) equidade na forma de participação no custeio;
- f) diversidade da base de financiamento;
- g) caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados, (Brasil, 1991).

É notório que a implementação apresentou desafios de diversas ordens: econômico, estrutural, de pessoal, técnico, entre outros. Tais resquícios se apresentam ainda nos dias atuais. O avanço e recuo na consolidação da Seguridade Social brasileira, se movimentam em um terreno político, e relevam uma cidadania inconclusa marcada pela sobreposição de uma classe burguesa conservadora. Se encontram ainda presentes as heranças patriarcais, patrimoniais, além das desigualdades de gênero raça e etnia. Esses traços são fundamentais para compreender a Seguridade Social e a constante luta pela efetivação dos direitos sociais no Brasil.

Na particularidade da Política de Saúde no contexto atual, somasse o interesse mercantil explícito na exploração da saúde enquanto mercadoria, no qual colaboram projetos políticos para a saúde pública com proposituras conservadoras, e que impactam no amplo direito à saúde.

A operacionalização da Política de Saúde, com seus princípios e diretrizes é realizada por meio do Sistema Único de Saúde –SUS. Esse destaca-se entre os sistemas de saúde universais, por sua complexidade, amplitude de cobertura territorial, populacional e modelo de atenção, regulando inclusive o mercado de saúde privado (Paim, 2018; Giovanella et

al, 2018). Em sua operacionalidade objetiva garantir o acesso universal, integral, com equidade, gratuidade, organizado sob o comando único para todo o território nacional.

Nesse sentido é necessário apreender que os princípios e diretrizes, as normas regulamentadoras, são fios condutores que perpassam legislações, normatizações que vão ao encontro de um modelo de atenção integral em saúde. Essa é contrária a seletividade, não é delimitada nas necessidades sociais, o que se traduz em uma garantia ampla do direito à saúde, que extensiva a todo cidadão, conforme o art. 196 da Constituição Federal.

O conceito de integralidade na saúde não é unívoco, e conforme Mattos (2009, p.61), emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, e pela motivação em ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde, de um grupo populacional.

A lei 8080/90 no art.7º, informa que “a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.” (Brasil, 1990<sup>a</sup>).

A integralidade não se reduz à integração de serviços, e conexões entre os níveis de complexidade. Isto é imprescindível, enquanto mecanismos que favorecem o fluxo da atenção em saúde, com distintas ferramentas, inclusive tecnológicas. A integralidade é práxis, que se dinamiza sob a reflexão e ação humana de diversos atores sociais que buscam assegurar uma saúde ampliada, (Toretta, 2023).

Com a adoção do conceito de saúde ampliada, pela Política Nacional de Saúde, outros desafios se lançam à integralidade. Pois, na perspectiva ampliada a saúde é compreendida como um modelo que tem por centralidade do cuidado à pessoa e não a patologia ou demanda por serviço de saúde.

Nessa ótica há um reconhecimento que de que o usuário do SUS apresenta uma complexidade de vida e de contingências interconectadas a seu contexto econômico social, cultural e ambiental que definem a determinação da saúde ou doença. “[...] não como resultado de uma intervenção especializada e isolada da saúde”, (Cunha; Noronha 2009, p.49). Deste modo, a integralidade transcende o físico, o biológico, alcança complexos da vida humana, distintas necessidades afetas a saúde.

A integralidade é dinâmica e pode ser observada em ações práticas, de profissionais, gestores, na normatização de programas, serviços, tecnologias, que acolhem demandas e revelam uma intervenção sobre o paciente e sua condição, seja ela clínica, social e cultural. De acordo com Paim e Silva, (2010), a integralidade apresenta algumas características que reverberam sobre o sistema, as instituições e as práticas.

Do mesmo modo o desempenho do SUS é impactado por um contexto político nacional, bem como pela gestão pública local. A gestão do SUS é extremamente complexa, e sujeita a diversas variáveis internas e externas, que se dinamizam em um terreno político, econômico e social. Portanto, a implementação do SUS mesmo que sob as mesmas leis

infraconstitucionais, diretrizes e normatizações, configura-se localmente com maior ou menor eficiência, para a produção de uma atenção integral em saúde.

## 2.1 A gestão pública municipal e a implementação da integralidade

A integralidade da atenção em saúde se concretiza em um complexo processo de articulação e pactuação institucional e política, sendo a diretriz operativa o seu norte. Essa incide sob a gestão pública a qual cabe promover a integração de serviços, da rede de atenção, e apresentar uma boa articulação com os entes, federal e estadual, localmente com as estruturas disponíveis, públicas e privadas. Ou seja, um conjunto de esforços e estratégias para implementar a complexidade da atenção em saúde.

A implementação do Sistema Único de Saúde é atribuição do município, cujos gestores públicos são os responsáveis. Sua organização é hierarquizada, descentralizada com a participação dos entes federados. Toda oferta de serviços de saúde é integralizada em rede e concentrada por região de saúde, que atendem a um grupo de municípios. Aos gestores da saúde municipal compete promover as condições de saúde e o cuidado ao usuário em todos os níveis de atenção, o que exige uma capacidade gerencial e política.

Os gestores da saúde em âmbito municipal possuem, no uso de suas prerrogativas, o poder de decisão, influenciando através de seus atos a organização dos serviços e da rede, configurando particularidades que se apresentam neste território a partir da realidade em saúde. Podem definir regras por meio de decretos e estratégias administrativas, financeiras, de pessoal, que incidem na organização do sistema local e na adoção de práticas gerenciais.

Conforme Rezende (2016), podem modificar as instituições, de forma consciente ou não, tendo como base as suas histórias e a memórias individuais e sociais. E com isso instituem o novo, por vezes com características patrimonialistas, pessoais diferenciando-se do espírito democrático que constitui o SUS.

A gestão municipal é subsidiada por pactos federativos, acordos estaduais, plano orçamentário, plano municipal de saúde, deliberações dos conselhos de saúde e do Ministério de Saúde. Considerando a amplitude de relações, e o papel que cabe aos municípios, a gestão pública da saúde é política, diplomática mediada por conhecimentos técnicos.

Neste sentido, a gestão para a integralidade requer comunicação institucional ativa na construção de parcerias, fluxos, diálogo entre atores, para a interseção de serviços e processos de trabalho. A gestão da saúde municipal, ao seguir a diretriz da integralidade conseguem mais facilmente identificar os nós da rede de atenção em saúde, e estimular a interseccionalidade das políticas setoriais. Tais ações gerenciais promovem o desempenho e alcançam uma melhor resolutividade. A operacionalização da integralidade possibilita revelar as demandas em saúde e do território (Viana *et al* 2018). Essas demandas em

saúde podem ficar obscurecidas quando o sistema de organiza de modo fragmentado, o que por sua vez não apresenta os *gap's* que estão descobertos ou frágeis.

A gestão pública impacta diretamente no acesso e na qualidade da oferta de serviços de saúde, o que passa a requisitar a competência da gestão pública e o seu compromisso ético político na promoção da saúde.

A gestão pública responde por resultados de eficiência e eficácia, um modelo de administração que tomou visibilidade na década de 1990, advindo do movimento de reforma de Estado e de seu aparelho administrativo conhecido como Nova Gestão Pública, *New Public Management*. Cabe destacar que ao longo de décadas a própria administração gerencial aprimorou-se em seus instrumentos, visando maior previsibilidade, efetividade do planejamento e principalmente favoreceu o controle social. Assim, na atualidade a gestão deve contemplar as decisões considerando o caráter técnico e científico da saúde e responder a diversos indicadores programáticos, alguns desses com vinculação ao financiamento da saúde.

É notório que a incidência da austeridade fiscal do Estado, a disputa pelo financiamento público da saúde, tomam uma boa parte da agenda da administração pública, a qual requer manter o equilíbrio financeiro. O orçamento público, que financia a saúde sempre foi um espaço em disputa no qual participam diversos atores interessados. É ainda é uma demanda relevante no apelo popular eleitoral, fonte de financiamento ao setor privado e filantrópico. Nesse espaço político, os interesses ideológicos, setoriais e privatistas vão interferindo na implementação e viabilização do SUS, principalmente pela via do orçamento público, (Salvador, 2016; Sposati, 2013).

Evidenciam-se que as mudanças proporcionadas pelo governo federal resultou em menor investimento da parte deste, que de acordo com a pesquisa do IPEA, a participação federal, no total do país, caiu de 50,1% em 2003 para 43,2% em 2017, fator que tem incidido no orçamento dos municípios, (Piola; Benevides; Vieira, 2018). Ao mesmo tempo a forma em que se constituiu o financiamento da saúde a União ainda detém a maior parte dos recursos, o que tornou a descentralização constitucional da política de saúde excessivamente dependente das transferências federais.

Cabe esclarecer que o financiamento do SUS é por meio do Orçamento da Seguridade Social, e no caso da saúde, as principais fontes de recursos são a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), pagas pelas empresas à União. O município também aloca recursos próprios advindos dos tributos municipais, (Salvador, 2016). Em 2019 o governo federal alterou a forma do financiamento por meio do programa em 2019, “Previne Brasil”, nesse o repasse das transferências aos municípios, segue três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. Cada vez mais buscando atingir a eficiência do desempenho da saúde sob um modelo gerencial que tem o foco no

orçamento público, onde a própria eficiência deve considerar o menor custo da oferta de saúde (Barbosa; Turci; Mendes, 2020).

Na disputa por orçamento precisa ser considerado a permanência do projeto privatista da saúde, que mesmo com a Política Nacional de Saúde e de todas as legislações infra constitucionais e normativas operacionais não foram suficientes para deter o avanço do setor privado sobre o público. Esse trabalha política e ideologicamente na ótica da crise fiscal do Estado, na incapacidade orçamentária e gerencial com o intuito de ampliar o espaço privado e a mercantilização da saúde, via o serviço público (Paim, 2018).

A condição estrutural em que se desenvolveu o SUS e o processo de subfinanciamento crônico, resultaram na ausência de estruturas e serviços em algumas regiões, para promover a integralidade da atenção em saúde. Deste modo, por vezes são restritas as alternativas para a gestão pública municipal ofertar serviços no território, principalmente no nível secundário e terciário que requer serviços especializados.

Os vazios assistenciais, somados as incisivas da saúde privada, seja em serviços, provimento de equipamentos, insumos, profissionais, são também atendidos por meio de inúmeras contratações pelos municípios. Nesse aspecto a parceria público-privada, vem ampliando-se o que gera um impacto na organização e implementação do SUS. Essa forma organizativa tem consumido significativos recursos do orçamento da saúde inviabilizando o próprio financiamento para a implementação do serviço público, além de gerar burocracias na distribuição do atendimento, controles internos de qualidade, fiscalização e auditoria.

Nesse aspecto, vem sendo destacado a necessidade de aprimorar os controle e avaliação dos contratos e dos serviços e uma ausência de controle financeiro no repasse de recursos. Ou seja, a viabilidade da terceirização e contratação privada, requer o uso de ferramentas e instrumentos jurídicos, que possam demonstrar a qualidade e efetividade das ações adotadas pelos gestores públicos, ( Barbosa, Turci, Mendes, 2020).

A função do gestor público apresenta um conjunto de atividades administrativas, financeiras, políticas, sendo responsável pela mediação, negociação, pactuação, readequações de serviços, como condição para a organização do sistema de saúde no município. Para tal função, deve seguir diversas legislações como a de transparência pública, licitação, responsabilidade fiscal, entre outras, de modo a atender os princípios da administração pública, (Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade, Eficiência, Finalidade, Motivação, Razoabilidade, Proporcionalidade, Segurança jurídica)

A gestão da saúde envolve ainda, o planejamento, a execução, a avaliação e monitoramento da Política de Saúde e seus serviços, o que perpassa desde a formulação do Plano Municipal de Saúde, o orçamento da secretaria, atenção as requisições do Conselho Municipal de Saúde, a execução de programas nacionais e estaduais, a promoção da saúde na determinação social do território, a distribuição e alocação de profissionais, o monitoramento das relações de trabalho em saúde, a formação e capacitação, a vigilância sobre a saúde do trabalhador, o provimento de serviços e equipamentos de saúde.

Atribuições complexas que dependem de conhecimento do SUS e de subsídios técnicos de diversas áreas de formação. Porém, o critério de escolha de secretários de saúde municipais, ainda tem o peso político de quem encontra-se no poder municipal.

Diante das inúmeras atribuições a gestão pública da saúde foi também tornando-se complexa e instituindo-se sobre departamentos especializados e hierarquizados. Ao gestor cabe o olhar sobre a dinâmica da organização do SUS, as interfaces setoriais e intersetoriais, a rede, a prestação de serviços, a equipe, as metas, os resultados. Sem contudo, distanciar-se dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, de modo que na complexidade desse não se descaracterize e fragilize o objetivo primordial que consiste na garantia do direito à saúde. (Toretta, 2023).

## 2.2 A percepção de gestores públicos acerca da integralidade no SUS

O conceito de integralidade é fundamental para discernir e substanciar as ações da gestão pública do SUS, um termo ainda polissêmico, porém, com uma produção teórica que permite apreende-lo em sua amplitude. Os gestores públicos, necessitam executar a integralidade, assim suas ações devem repercutir em compatibilidade com o princípio e diretriz, de modo que atinja a exequibilidade e eficiência da administração pública. No quadro a seguir são destacados alguns registros do entendimento quanto ao conceito, aplicado a saúde.

Código	Registro dos participantes da pesquisa
GS1P	<i>A integralidade passa pela consolidação da atenção primária, inevitavelmente. [...] eu penso assim <b>integridade passa pelo acerto de malha</b>, não só cobertura, não adianta oferecer cem por cento e ter profissionais que encaminham demais.</i>
GS7T	<i>Se a gente pensar primeiro o conceito integralidade, a concepção e eu acho que a legislação vai trazendo, parte do conceito de homem social e não de homem biológico, assim entendendo que não é só o orgânico que deve ser considerado. Segundo, pensar na promoção, na prevenção, em todos os sentidos diagnóstico, rastreamento ou tratamento, a reabilitação, cuidados paliativos, a vigilância em saúde. Tudo isso consubstancia a integralidade do cuidado. De regra se sintetiza demais esse conceito. Muitas vezes o próprio gestor entende integralidade como garantir consulta médica na atenção primária, e na atenção especializada.</i>
GS8ST	<i>A integralidade na minha visão é como deveria ser, apesar de hoje não ser a prática recorrente. Envolve desde a <b>promoção de saúde</b>, que é antes da doença. [...] Ela passa por todas as fases da vida cotidiana das pessoas, né! [...] O serviço de saúde ele precisa dessa integralidade, <b>articulado</b>, como eu falei com a educação, com a segurança, com assistência social, [...] Então, a integralidade seria cuidar da pessoa em <b>todas as fases</b>, mesmo antes de ficar doente, essa <b>rede</b>, ela tem que funcionar integrada.</i>

GS9P	<i>A integralidade é você ter a interação, ter as redes de atenção bem formadas, ter um trabalho multiprofissional com uma equipe com diferentes profissionais, você acaba fornecendo um serviço mais integral pra toda a população, desde o idoso, a gestante, a criança, né! É o acompanhamento longitudinal da pessoa.</i>
GS11ST	<i>Quando você tem um município recebendo paciente dos outros municípios, fazendo procedimento e resolvendo o problema daquele paciente, isso é cooperação, isso é integralidade. [...] Então a composição, o desenho dessa rede é o direito, a garantia, ela também fala em favor a integralidade.</i>
GS12ST	<i>A gente sabe destes princípios integralidade, universalidade, equidade, né! Mas os princípios a gente sabe mais por conta do concurso. Então, não tem orientação, não tem.</i>
GS14P	<i>A integralidade, passa por aquilo que o SUS define teoricamente e na prática hoje a gente consegue ver nos aspectos, tanto da questão técnica assistencial, da necessidade do indivíduo, quanto da formação e do próprio fornecimento da parte administrativa[...]</i> <i>Está na assistência do que o paciente precisa, aquilo que tem que ser preparado pra fornecer pra ele, de sua necessidade. [...]. A gente precisa pensar e tentar administrar, ir alinhando pra possibilitar a assistência mais assertiva mesmo. Não só curativa.</i>

Quadro 1 – Concepção de Integralidade

Fonte: organizado pelas autoras, (2023).

Evidenciou-se aspectos compatíveis aos fundamentos da integralidade no conceito ampliado de saúde, e adequado as legislações infraconstitucionais. Os participantes também apresentaram, com menor incidência a compreensão do conceito associado a integração, o que pode ser decorrente da função exercida que demanda de integração entre a Secretaria Regional de Saúde, Consórcios de Saúde e Serviços terceirizados.

A qualidade das entrevistas proporcionou uma perspectiva ampliada acerca do próprio conceito e aplicabilidade do princípio e diretriz, Uma vez que a entrevista foi realizada em diversos e distintos espaços de prestação do serviço de saúde. Essa apreensão tem como finalidade última da integralidade o alcance a necessidade do usuário, o que envolve diversos processos de trabalho e da própria organização do SUS.

Evidenciou-se que o conceito da integralidade mantém-se ativo e assimilado, entre os participantes da pesquisa, que manifestaram a sua viabilidade e credibilidade. Algumas falas apresentam a integralidade e a forma de implementação, considerando fragilidades como: a necessidade de estar em todas as fases da vida, a interferência do modelo medicocêntrico na forma de Atenção em Saúde, o preparo dos profissionais de saúde.

Parte dos gestores destacaram que a integralidade deve estar em todos os serviços de saúde, e inclusive na ação do profissional de saúde. Indicaram ser um fato concreto em suas vivencias no serviço de saúde municipal e apresentaram exemplos com e sem integralidade em diversos processos de trabalho.

Constatou-se que a concepção de integralidade tem aspectos comuns entre os gestores, o que permitiu um adensamento acerca da própria aplicabilidade do conceito de integralidade, retratada em diferentes contextos, situações, campo de trabalho, especificidades e complexidades em saúde. O que significa externar que é a ação pública em movimento, organizada, integrada e motivada na garantia do direito à saúde. A integralidade pode inclusive demandar de relações interdisciplinares, intersetoriais, com medidas de alcance em todos os níveis de atenção e medidas em saúde como a promoção, prevenção, reabilitação.

A integralidade também foi associada a lacunas e ineficiência do processo, revelando a discrepância entre a defesa do que deveria ser a sua efetivação. Apresentaram uma perspectiva crítica ao sistema e um interesse na superação de fatos relatados. Entre os limites da efetivação destacaram o reduzido financiamento da saúde, a sobrecarga ao município em relação aos demais entes.

Apesar dos participantes consideram um elemento relevante para o modelo de atenção em saúde do SUS, na totalidade reconhecem que a integralidade não é plenamente alcançada. O financiamento público foi considerado como parte do impasse dessa implementação no município. A distribuição do orçamento local consiste na seguinte equação: Investimento Municipal 66 %, contribuição do governo federal 20%, do governo estadual 13% e 0,8% de outras receitas, (SESAU, 2021).

A gestão requer o estabelecimento de parcerias entre o município e o estado do PR como forma de garantir a integralidade do atendimento. As demandas relatadas pelos participantes da pesquisa carregam uma crítica a ação da Secretaria estadual de saúde, para alguns, existem conflitos de interesses. Destacam, a falta de clareza na definição das responsabilidades e do financiamento o que tem sido uma prática recorrente nos investimento em serviços.

[...]O financiamento por si só necessário para dar atenção a toda população, ele é desproporcional. Sobrou para o município a atenção primária e alguns serviços complementares que são também realizados pelo CISOP. O próprio hospital que a gente estruturou há dois anos, é basicamente financiado com recurso do município. Então, se tivesse mais recursos do governo federal e estadual, nós teríamos mais oferta de serviço e talvez com condição de valor que pudesse atrair mais profissionais, (GS1P).

O recurso do Ministério não é suficiente, acaba absorvendo uma população que não é só do município e o município vizinho às vezes que é muito pequeno, com poucos recursos também, acaba a cidade socorrendo ao Estado e este por sua vez já tem pactuado a rede de assistência dele. Qualquer situação que tá fora do previsto gera uma dificuldade de repasse, o que não está necessariamente dentro do plano, (GS8ST).

Nesse sentido os participantes consideraram as parcerias e pactos como necessários para a implementação do SUS. Destacaram a ampliação de estrutura e serviços obtidos pela articulação política, como a compra do Hospital de retaguarda Allan Brame, a

cogestão nas Unidades de Pronto Atendimento e serviços especializados ofertados pelos Consórcios, o serviço do SAMU, a ampliação de leitos no Hospital Universitário do Oeste do PR. Na atualidade são diversos os convênios/credenciamentos privados com prestadores de serviço que passam a integrar a rede de serviços do SUS local, bem como atender a Macrorregião.

Evidenciou-se um tensionamento político na relação entre a saúde municipal e a regional de saúde, por suas respectivas atribuições, registrado nos discursos, “mas de quem é o paciente!”. O que remete tanto a quem cabe a ação pública e seu financiamento. De acordo com a legislação o Município é o responsável pelo paciente/usuário do SUS no seu território. Todavia, para implementar serviços, depende da parceria entre os entes federados. Pode-se considerar que algumas contrariedade são ainda decorrentes do processo de descentralização da saúde, e a forma em que se organizou as atribuições de cada ente. Nesse impasse encontra-se o atendimento do usuário, o tempo da resolução, sendo que algumas situações tem sido recorrentes, o que demanda o aprimoramento dessa relação institucional.

Então essa necessidade de integralidade pra prestar um bom atendimento ao usuário ela depende do financiamento e as vezes o recurso está com o estado e o comando está com o município. O Estado quer comandar, mas o recurso está com o município. Então, a gente vê uma fragmentação (GS1P).

A restrição em recursos financeiros e a crescente busca por serviços de saúde, especializados, tornam difícil a prestação de um atendimento integral e de qualidade. Para os gestores a condição operativa do SUS, por vezes é confrontada pelos limites estruturais, financeiros e de equipes, o que resulta na quebra da integralidade.

O recurso pra construir, o ministério de saúde tem, o estado manda, a questão é manter. O problema é pessoal, né! Conseguir a contratação de pessoal. Hoje pra você construir prédio, tem dinheiro à vontade, mas pra você colocar pessoal lá dentro que é o problema, (GC5ST).

A organização do SUS, incide sobre o modelo de Atenção Integral, desde a integração de serviços, formas de acessos, cobertura dos procedimento, tempo de espera em serviços especializados. Essa fragmentação foi relatada por gestores;

Alguns gargalos do SAMU são as portas de entrada, tem horas que a gente não tem pra onde levar o paciente, a ambulância está disponível, tem médico, tem enfermeiro, medicamento, tem tudo. Chega no tempo certo pra atender a pessoa! Mas precisa de um hospital com UTI, as UTIs estão todas lotadas. Isso foge a nossa governabilidade, nós dependemos de uma estrutura que é alocada pelo estado e pelos municípios. Então, às vezes, não tem hospital, não tem a UTI, então, levamos para o pronto-socorro, e se não tem pronto-socorro, vai para o pronto atendimento. Às vezes é onde tem um médico e a condição mínima de manejar o paciente, até liberar a vaga (GS8ST).

A integralidade do cuidado, pra essa condição, essa necessidade, nós precisamos de um sistema integrado para atender. As especialidades, elas até funcionam, mas se elas conversarem, se elas tiverem uma referência e

uma contra referência. Hoje para você atender um doente crônico, tem que ter uma rede totalmente integrada. Você tem que ter rede de apoio, a rede com os outros serviços, a rede intersetorial. (GS2S).

A nossa assistência farmacêutica, esse é outro ponto de fragilidade, ela é muito fragmentada. Você vai no mesmo médico, para pegar um medicamento na farmácia básica, outro aqui na regional e outro no posto de saúde, e tem ainda a farmácia popular como incentivo do governo federal. Aqui tem quatro lugares diferentes para passar pra conseguir tratamento, porque é muito fragmentado. E isso é muito ruim para o paciente e continuidade do tratamento (GS12ST).

O município de Cascavel é sede da macrorregião de saúde, essa característica implica em receber pacientes de outros municípios. A absorção dos pacientes principalmente na alta complexidade impacta em sobrecarga ao sistema e na própria organização dos serviços, cujas cirurgias agendadas são transferidas de data mesmo o paciente já estando internado.

[...] nós tínhamos hospitais nos nossos municípios que politicamente não dá para fechar, a população não quer que feche, ela se sente segura com o hospital. Politicamente nenhum Prefeito vai fazer isso porque é suicídio político. Esses hospitais não funcionam como hospitais, eles são muito ruins, eles não atendem aquilo que a população realmente necessita e não dão conta das situações graves. No contrato com o SUS, pela baixa complexidade que lhe atende, número de leitos, ele recebe quinze mil, vinte mil, trinta mil por mês. Ele custa duzentos mil. Quem é que põe o resto do dinheiro? O município, para continuar não tendo um serviço que resolva. Então essa conta não fecha, essa situação é muito difícil (GS11ST).

Por lógica, nós somos o gestor do sistema, não é? Mesmo sendo só dá atenção primária, eu não posso dizer que o problema hospitalar não é de Cascavel, vá procurar a Regional de Saúde. A gente precisa buscar parcerias com o estado, cobrança através de organismos que vão se reunir, planejar e efetivamente implantar ações que resolvam, porque não adianta ficar falando que o paciente não é nosso. E assim muitas vezes a gente põe recurso financeiro do município (GS1P).

Os gestores consideram que os desafios da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS), envolvem diversos aspectos. Um dos problemas é a fragmentação do atendimento ao paciente, que muitas vezes esgota todas as possibilidades no SUS; seja por não receber uma abordagem integral por parte de alguns profissionais de saúde, ou por permanecer em longas filas de espera por procedimentos especializados.

A fila de espera é longa para alguns procedimentos excede a 02 anos, e isso é uma fragmentação da integralidade que impacta no agravamento do quadro clínico, na evasão para o serviço privado, constatando a quebra da integralidade da atenção em saúde. Os participantes associam as condições estruturais do SUS, mas também foram relatados aspectos de planejamento e gestão.

Tudo o que precisa, lança nessa condição de lista de espera. E essa organização, ela depende muito do Estado, o Estado coloca isso como

regra para o acesso. Ele vai priorizando, obviamente, casos de paciente que precisam, trabalha com idade, para que ele tenha o acesso primeiro, isso é muito bem organizado. Só que não flui naturalmente porque a gente não tem muito prestador de serviço (GS1P).

A mudança ocorre muito mais rápido mais do que a gente consegue se organizar. Eu percebo que logo que eu entrei na saúde as doenças eram totalmente diferentes, as necessidades das pessoas eram diferentes! A gente tinha mais doenças infectocontagiosas. Hoje não, a gente já tem muito mais doença crônica. O perfil nutricional das pessoas está mudando, a gente tratava muita desnutrição. Hoje tem uma demanda de obesidade de cinco mil pessoas na fila. E às vezes o sistema ainda não está preparado para atender essas cinco mil pessoas que tão ali na fila. (GS2S).

De acordo com alguns gestores as ações dos profissionais de saúde, são fundamentais para a integralidade e, nesse sentido, consideram um problema atual a formação, o desconhecimento do SUS, o que proporciona uma visão fragmentada do atendimento, por vezes não considerando a complexidade das demandas dos pacientes e os próprios recursos disponíveis.

Eu acho que teria que formar o profissional para o SUS, que teria que ter dentro de toda a formação dos profissionais, uma carga horária maior dedicada para o sistema de saúde, para que o profissional já viesse pelo menos com um entendimento de qual é a necessidade das pessoas como um todo em relação a saúde! [...], ele vem com uma visão muito fragmentada do sistema. Ele vem com uma formação mais direcionada para um paciente institucionalizado, onde cada especialidade cuida de uma parte do paciente. Quando chega lá no SUS ele tem que cuidar de tudo. (GS2S).

Para superar esses desafios, consideram ser fundamental investir em educação permanente e na integração entre os serviços e atores do sistema de saúde, o que deve ser em ações contínuas. A mudança cultural necessária também se aplica a gestores políticos, sem formação na área da saúde mas que interferem na dinâmica da organizacional.

Os participantes também consideram aspectos da organização local, melhorias na comunicação, ampliação da oferta de serviços especializados muito relacionados a posição técnica e política que o secretário de saúde municipal deve ter.

Então vai muito dessa postura de quem assume a gestão, eu vejo muito a dificuldade dessa constância, em termos de desenvolvimento, a saúde avança e recua (GS2S).

Cascavel é um município grande e a possibilidade de perder esse trabalho é muito fácil! Por exemplo, um norte foi criado, quando começou o atual prefeito no primeiro mandato, [...] os gestores do período traçaram um planejamento para a saúde de Cascavel que conseguiram seguir, mas quando eles saíram isso se perdeu. Porque às vezes entra um gestor diferente, que pensa diferente aquele modelo. [...] deu-se a preferência para outro modelo de atenção de saúde, outras prioridades, coisas assim que na verdade já foram feitas no passado e não deu certo. [...] Então dependendo de quem vem a gente avança, dependendo do que vem recua (GS9P).

A maior parte dos nossos gestores não sabem fazer gestão pública! Eu tive

contato na pandemia com muitos secretários de saúde [...]. Ás vezes é o dono da farmácia que é amigo do Prefeito, as vezes a médica veterinária, às vezes é o médico que trabalhou toda vida no hospital, que não entende nada de saúde pública. Então, o gestor de saúde que não conhece nada tecnicamente, [...] vão fazendo a gestão do jeito que acham que tem que fazer, sem nenhum embasamento técnico e teórico. Então, eu vejo, que é um dos maiores problemas do SUS que a gente vive há anos, desde que passou para a gestão municipal de saúde, ela é muito mal feita pela maioria dos gestores, (GS9P).

A diretriz de integralidade carece de alguns mecanismos e instrumentos de gestão e do processo de trabalho que explicitem a eficiência, eficácia e efetividade, atendendo os preceitos da administração gerencial. Assim, o gestor e a equipe técnica vão configurando entre possibilidades e limites o que se apresenta, porém não há um balizador das principais prioridades e estratégias implantadas.

Essa integralidade ela deveria acontecer de modo que cada nível fosse mais assertivo, tanto o desenvolvimento do atendimento, quanto o financiamento propriamente. O que significaria uma estrutura melhor dimensionada se todas as esferas funcionassem de maneira sincronizada ou de maneira convergente, da atenção básica até a terciária (GS8ST).

Eu não tenho notando uma estratégia específica para a integralidade. Não vejo elas, acho que é uma questão que tá lá na base do Sistema, as pessoas até sabem de maneira geral. A gestão sempre convoca a questão da integralidade quando está olhando para a organização um ponto de atenção, de uma rede. A integralidade assistencial pensando, eu acho que ainda falta muito olhar para aqueles elementos anteriores, principalmente no campo da promoção, né! (GS7T).

Apesar dos relatos não evidenciarem um planejamento em que se configure a integralidade entre os objetivos de ação para a gestão pública, alguns mecanismos tem contribuído para atenuar alguns desafios. Pode se afirmar que os protocolos de serviços e de linhas de cuidado, o documento de referência e contra referência, a pactuação de serviços são formas de assegurar a condição da integralidade e estão presentes no cotidiano do trabalho em saúde.

As ações direcionadas para organizar o acesso a demanda como as parcerias público privada com os consórcios e a negociação com estado para a ampliação de leitos, podem ser considerados escolhas políticas dos gestores para a condição de integralidade na oferta de serviços no município. Porém, a parceria público privada na totalidade da pesquisa incidiu na fragmentação da integralidade enquanto um componente da rede de atenção. Evidenciando claramente que as decisões da gestão tem impacto na organização do SUS e na integralidade.

Entretanto, no município não há um indicador de resultado para a integralidade e nem sob exigência da gestão pública do SUS. O que se denota é que os instrumentos utilizados podem ser indicativos de eficiência porém não alcançam a efetividade. O próprio

acesso a serviços de saúde poderia ser um indicador de resultado de eficiência. Os dados o município dispõem, pois monitora e regula as filas de espera, assim como o estado.

É notório a complexidade do SUS e a dificuldade em estabelecer um modelo de gestão que alcance os inúmeros municípios, principalmente quando o que está em questão é uma diretriz, que expressa uma ideal em saúde.

### **3 I CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A integralidade em âmbito municipal apresentou fragilidades, contudo, não desqualifica a sua relevância para o modelo de atenção do SUS. A fragmentação identificada e as ausências de respostas institucionais, assumem particularidades em serviços e nas organizações de saúde, o que torna difícil uma normatização e descrição minuciosa do conceito de integralidade.

Constatou-se a necessidade em manter atualizado as concepções originárias e fundantes do SUS, para convergir na práxis profissional, na ação política, na vigilância, no estímulo para a articulação entre os diferentes níveis de complexidade, e como subsídio para os gestores em suas decisões estratégicas.

O trabalho dos gestores públicos é norteado por princípios e diretrizes e legislações infraconstitucionais. Entretanto, estes possuem um poder de decisão sob a organização do sistema local, com maior ou menor atenção para a diretriz da integralidade na saúde. Ao mesmo tempo enfrentam uma forte imposição decorrente das limitações do orçamento público o que pode fragilizar as ações de integralidade uma vez que não estão no escopo das cobranças por resultados, pois encontra-se submersa em rotinas e invisível aos parâmetros de eficiência e efetividade.

A administração pública gerencial do Estado tem considerado relevante o controle orçamentário, balizando inclusive a responsabilização civil e criminal do gestor público, como se esse resultado representasse a eficiência da gestão. Um problema central para a gestão pública local, na perspectiva da integralidade na saúde, consiste na revisão de alguns processos de trabalho, na forma da produção em saúde, no monitoramento da rede de atenção e serviços contratados, conveniados e não menos importante na articulação política para otimizar e aprimorar as ações e serviços.

Assim como a Seguridade Social apresenta-se como inconclusa e fragmentada é possível afirmar que a integralidade na saúde é um processo em construção e consolidação. A defesa desse princípio e diretriz assegura a qualidade do SUS e principalmente um modelo de atenção que possibilita a segurança e proteção em saúde.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, Allan Cláudius Q.; SILVA JUNIOR, Aluísio G. da; TURCI Maria A.; MENDES, Philipe S. Eficiência e Gestão Pública em Saúde na APS. **APS em Revista**, Vol. 3, n. 2, p. 130-139, I Maio-Agosto, 2021. Disponível: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/58085>. Acesso: janeiro, 2025.

BRASIL. **Constituição Federal**. República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Acesso: agosto, 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: agosto, 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: [https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft\\_word\\_-\\_lei\\_n\\_8142.pdf](https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf). Acesso em: agosto, 2024.

BRASIL. **Lei Orgânica da Seguridade Social nº 8.112 de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8212rep.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212rep.htm). Acesso: agosto, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: MS, 2006. Disponível:

CUNHA, Maria L. S.; NORONHA, Marina F de. Redes e territórios: é necessário um elemento organizador da atenção à saúde? FERREIRA, C. C.; MONKEN, Mauricio, (org.). **Gestão em saúde contribuições para a análise da integralidade**. RJ, Fiocruz, 2009.

FLEURY, S. Seguridade social: um novo patamar civilizatório. In: DANTAS, Bruno (Coord.). **Constituição de 1988: o Brasil 20 anos depois**. Brasília: Senado Federal. Instituto Legislativo Brasileiro, v.5, 2008.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência e saúde coletiva**, v. 23, n. 6, 1763-1776, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1763.pdf>. Acesso em: nov.2022.

MACHADO, M. H. et al. Transformações no Mundo do Trabalho em Saúde: os(as) trabalhadores(as) e desafios futuros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 10, 2773-2784. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10702023>. Acesso em: julho, 2024.

MACHADO, Claudia Regina; DAL POZ, Mario Roberto. Sistematização do conhecimento sobre as metodologias empregadas para o dimensionamento da força de trabalho em saúde. **Saúde Debate**, RJ. v. 39, n. 104, p. 239-254, jan./mar. 2015.

MATTOS, Rubem A. de. Os sentidos da Integralidade: Algumas afirmações e reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R.A.; PINHEIRO, Roseni, (org.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. RJ. UFRJ, IMS, ABRASCO, 2009.

PAIM, Jairnilson S.; SILVA, Lígia Maria Vieira. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS. Boletim do Instituto de Saúde** (Impresso), SP. v.12 n.2, ago. 2010.

PAIM, Jairnilson S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 23, n 6, 1723-1728, 2018. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018> Acesso: Agosto, 2024.

PEREIRA, Potyara A. P. A Saúde no Sistema de Seguridade Social brasileiro. **SER Social**, Brasília, n. 10, p. 33–56, 2009. DOI: 10.26512/ser\_social.v0i10.12920. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/12920](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12920). Acesso em: 6 fev. 2025.

PIOLA, Sergio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo P. de Sá; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. **Texto para discussão**. IPEA, Rio de Janeiro, dezembro, 2018. Disponível: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8934/1/td\\_2439.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8934/1/td_2439.pdf). Acesso: Fevereiro, 2024.

REZENDE, Flávio da Cunha. Limites e Possibilidades para a Análise das Reformas da Gestão Pública Brasileira em uma Perspectiva institucional. In: Menicucci, Telma; Gontijo, José G. I. (org.). **Gestão e Políticas Públicas no Cenário Contemporâneo: Tendências nacionais e internacionais**. RJ, Fiocruz, 2016.

TORETTA, Ester T. **A integralidade e a Gestão do Trabalho no SUS no município de Cascavel-PR**. Tese, (Doutorado em Serviço Social e Direitos Humanos), UFSC, Florianópolis, 405 p, 2023.

SPOSATI, Aldaíza. **Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social**. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/WcYSGg6ys8ZbQfLwf9zCtkn/>. Acesso: Fevereiro, 2024.

SALVADOR, Evilásio. Fundo Público e Seguridade Social no Brasil. São Paulo, Cortez, 2016.

VIANA, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho AD, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & saúde coletiva**. v.23, n.6, 2018. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>. Acesso: Agosto, 2024.