**UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E EQUIDADE: ENTRE O SUS IDEAL E O REAL**

BARBOSA, João Guilherme Machado[[1]](#footnote-1)

LIMA, Samuel do Carmo[[2]](#footnote-2)

**RESUMO:**

Universal, integral e equânime, é como o sistema de saúde brasileiro deveria ser. A atenção universal, só é possível em uma sociedade mais justa e igualitária, onde todos possuem a mesma capacidade de acesso aos serviços de saúde. O cuidado integral ao sujeito deve ser parte de todo o sistema e foco da atuação dos profissionais que o compõem. Somente um modelo universal e integral será capaz de reduzir as injustiças sociais, fornecendo mais a quem menos tem. Para que o sistema de saúde seja de fato universal, integral e equânime, é necessário extrapolar a área da saúde de forma abrangente, no campo teórico e prático. O propósito deste texto é apresentar estes conceitos em sua perspectiva teórica, histórica e jurídico-normativa. Através de revisão bibliográfica e diálogo entre diferentes autores, foi possível apresentar os conceitos e tecer considerações entre o SUS ideal e o real.

Palavras-chave: SUS, universalidade, integralidade e equidade.

**ABSTRACT:**

Universal, integral and equitable, is how the Brazilian health system should be. Universal care is only possible in a more just and egalitarian society, where everyone has the same ability to access health services. Comprehensive care for the subject must be part of the entire system and the focus of the performance of the professionals who compose it. Only a universal and integral model will be able to reduce social injustices, providing more to those who have less. For the health system to be truly universal, integral and equitable, it is necessary to extrapolate the health area comprehensively, in the theoretical and practical fields. The purpose of this text is to present these concepts in their theoretical, historical and legal-normative perspective. Through bibliographic review and dialogue between different authors, it was possible to present the concepts and make considerations between the ideal and the real SUS.

Keywords: SUS, universality, integrality, equity.

**INTRODUÇÃO:**

Este texto é fragmento da dissertação de mestrado intitulada “Identificação de territórios de vulnerabilidade social para construção de cidades saudáveis, em Cascalho Rico-MG”, onde foi discutido os princípios de universalidade, integralidade e equidade, substantivos, que expressam a ideia de estado ou situação, princípios norteadores do SUS. Para a completude do modelo de saúde brasileiro é necessário universalidade, isto é, direito de acesso às ações e serviços de saúde para todo sujeito que se encontre em território nacional. Integralidade, segundo Paim e Silva (2010), a partir do entrosamento de políticas, programas, práticas e cuidados. E a equidade, para Granja et al. (2011), é tratar desigualmente os desiguais, ou seja, tratar o usuário dos serviços de saúde segundo suas necessidades, priorizando os mais necessitados com base em critérios econômicos, sociais, culturais, raciais, garantindo acesso igualitário e sem discriminação. Através do que é abordado nesta revisão bibliográfica, pretendemos contribuir com as discussões a respeito da dimensão histórica, teórica e metodológica da geografia da saúde.

**UNIVERSALIDADE**

Dentre os três princípios, a universalidade do acesso é o mais tangível até o momento, antes do SUS só tinha esse direito quem pagava por meio da previdência social, com contribuição trabalhista ou atendimento privado. A partir das transformações que ocorreram nos sistema de saúde brasileiro, a universalidade se tornou um princípio e ganhou conotações mais abrangentes.

A universalidade, assim como a equidade, se relaciona ao princípio de justiça. Para de Andrade e Andrade (2010), só é justa a sociedade cuja oportunidade, riquezas e respeito forem distribuídos igualmente ou desigualmente quando for para balancear as distorções entre os que têm mais em detrimento dos que menos têm.

Não é possível afirmar que o direito à saúde seja universal no Brasil, pois nem todos possuem as mesmas condições, acesso, qualidade, equipamentos, recursos financeiros, condições de moradia, condições ambientais, educação; enfim, os pré-requisitos básicos para acesso e promoção da saúde são desiguais. Nessa perspectiva, de Andrade e Andrade (2010) afirmam que, embora o ordenamento jurídico brasileiro verse sobre o direito de todo brasileiro a um sistema de saúde unificado e universal sob tutela do Estado, isso não se converte em realidade.

As políticas públicas que visam garantir os princípios basilares surgem tardiamente e travam um embate paradoxal contra o que está posto. Segundo Pontes et al. (2009), o SUS, integral, universal e equânime, se concretizou a partir das transformações ocorridas na assistência à saúde, via Saúde da Família, de 1994, que enfatizava a universalidade a partir da Atenção Básica.

Foi por meio da saúde da família que o conceito território ganhou novas dimensões, utilizado em normativas do SUS, desde o início. Para abordar a descentralização dos serviços, o território passa a compor, via PSF (Programa Saúde da Família) e a ESF (Estratégia Saúde da Família), o modelo de organização da rede de serviços e das práticas locais de saúde no SUS, afirmam Tetemann, Trugilho e Sogame (2016). Ainda segundo esses autores, o território é erroneamente interpretado e utilizado de forma simplista, reduzido a uma área administrativa, sem considerar sua complexidade como base material e imaterial em que se constata as condições de vida das pessoas.

Segundo Gondim et al. (2008), por meio de mapeamentos de indicadores socioeconômicos, sanitários e ambientais, o território auxiliou na compreensão do conceito de risco, associando-o às condições de vida das pessoas. A territorialização baliza as práticas locais de saúde dos profissionais que atuam na Saúde da Família, e possui o objetivo de conhecer as condições de vida da população, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde e colabora para o planejamento público, à medida que fornece informações sobre as pessoas e os lugares onde vivem.

**INTEGRALIDADE**

Integralidade é o segundo princípio do SUS, mesmo que não tenha sido expresso dessa forma no art. 198, da Constituição de 1988, que diz: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Segundo Mattos (2009), o sentido de integralidade, assim como os demais princípios, é fruto de oposição e crítica radical às práticas, instituições e à organização do sistema de saúde.

A judicialização da saúde como direito fundamental foi essencial para garantir o que temos hoje no Brasil. Passível de críticas, inevitavelmente contraditória à medida que se torna objeto político, em um Estado democrático capitalista em desenvolvimento, no qual forças disputam o poder e a hegemonia em um cabo de guerra feito de uma sociedade desigual. Nessa perspectiva, a integralidade surge como meio de concretizar o direito à saúde. Para Pinheiro (2007), as contradições estão presentes nas políticas econômicas e sociais adotadas nas últimas décadas, as quais concentraram riqueza e fragilizaram a rede de proteção social, aumentando a demanda por ações e serviços de saúde.

Mediante a importância da integralidade como um princípio social, sua hermenêutica ganha significados complementares no campo da saúde. O direito a ela é característica de uma boa atuação profissional, como modo de organizar e operacionalizar as práticas e pensar políticas públicas. Segundo Souza et al. (2012), a integralidade, como princípio do SUS, tem por objetivo garantir assistência à saúde em todos os níveis, transcendendo as práticas curativas, considerando o contexto social, familiar e cultural no qual o sujeito está inserido. No cotidiano, a integralidade é “uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema” (PINHEIRO, 2007, p. 553).

A integralidade, conforme Mattos (2009), surgiu nos Estados Unidos em um movimento institucionalmente organizado, conhecido como medicina integral. Esse movimento contrapunha-se a um modelo que ressaltava exclusivamente a dimensão biológica cada vez mais fragmentada em especialidades, propunha que os médicos e sua formação fossem capazes de apreender as necessidades dos pacientes, considerando sua dimensão psicológica e social.

A medicina integral foi vinculada à boa prática médica, mas a integralidade ganhou outras dimensões com o tempo e não se restringiu à atuação do médico, diz respeito, também, a todos os profissionais (enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, dentistas e agentes de saúde) que compõem o sistema de saúde. Dessa forma, na prática profissional, a integralidade é a humanização do paciente, sendo necessária a escuta e sensibilidade para discernir as necessidades, sejam elas sociais, biológicas ou econômicas. Segundo Ramos (2010), os profissionais da saúde percebem integralidade como atenção integração, com ideia de totalidade, e reconhecem que nem sempre executam tal tipo de atenção.

A integralidade é tida como um princípio e ganhou uma definição legal e institucional, na Lei 8.080 de 1990, a qual, em seu Art. 7º, diz que a integralidade de assistência é “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. p. s/p). Assim, a integralidade, segundo Pinheiro (2007), se concretiza como um direito à saúde e uma questão de cidadania. Para a autora, é necessário combinar força técnica, política e administrativa existentes na realidade local, considerando três dimensões: organização dos serviços, conhecimento e prática de trabalho e políticas governamentais com participação social.

Na década de 1970, quando o antigo Sistema Nacional de Saúde foi criado, consolidou-se a antiga divisão entre a saúde pública, a cargo do Ministério da Saúde, e a assistência médica sob alçada do Ministério da Previdência da Saúde. Segundo Mattos (2009), a consolidação dessa prática deixou evidente a prioridade da assistência médica em detrimento da saúde pública, com grande ênfase em um modelo hospitalocêntrico, e tal modo de organização dos serviços de saúde ainda é o predominante. Desse modo, a integralidade surge como crítica a esse modelo e com propostas de articulação entre assistência, prevenção e promoção da saúde.

Com a consolidação do SUS, os programas/políticas passaram a incorporar o princípio de integralidade, ganhando novos horizontes e significados. Além de atitude profissional desejável e ensinada nos cursos de formação, é um modo de organizar e operacionalizar o processo de trabalho na saúde. Nas palavras de Mattos (2009):

[...] a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional (MATTOS, 2009, p. 61).

A integralidade é um desafio para a saúde, sobretudo em relação à incorporação desses princípios na gestão e operacionalização. Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004), a fragmentação nos modelos é um problema a ser sanado na AB, é necessário, segundo os autores, um sistema integrado de saúde, organizado com base em uma rede de cuidado com múltiplas dimensões de integração entre os diferentes subsistemas relacionados à clínica e à governança, considerando as representações e valores coletivos. Portanto, a integralidade remete também à integração dos serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo que nenhum dos atores e organizações envolvidos no sistema de saúde dispõem de todos os recursos e competências necessários para solucionar os problemas da população.

A opção de fragmentar a atenção por especialidades é um contrassenso em relação ao modelo de atenção integral. Para Campos (2003), em locais com recurso disponível, o cardiologista atua no programa de controle de hipertensão; o dermatologista no controle de hanseníase; o pneumologista no controle da tuberculose, reproduz a lógica hospitalar caracterizada por longas filas de espera, atendimentos impessoais, marcados pelo distanciamento entre os pacientes e médicos. O autor ressalta que a crítica a esse modelo não é em detrimento da prevenção pertinente a AB, a qual, tendenciosamente, a fim de reduzir custo, a utiliza como única alternativa frente à pouca capacidade de alguns municípios, tendo em vista que serviços hospitalares especializados representam custo crescente para o sistema.

Assim, o que se defende é uma integração total entre os profissionais e os setores que atuam no campo da saúde, integração das informações e os diferentes níveis de complexidade em busca de um modelo que humanize os pacientes e compreenda os diferentes contextos da vida. Para atingir esse objetivo complexo e que requer profundas transformações no sistema de saúde, são necessárias, de acordo com Campos (2003), ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco e assistência aos danos e reabilitação.

Atualmente, a ESF, como política de restruturação e reorientação do modelo de atenção, busca melhorar a situação de saúde dos brasileiros. Distanciando de um modelo de assistência biomédica e voltando-se para atenção básica centrada no usuário, com equipes multiprofissionais que extrapolam os muros da unidade de saúde e se relacionam com a comunidade local.

Por vias da compreensão do território e territorialidade de uma determinada população, são possíveis ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de forma hierarquizada e regionalizada, ofertando o encaminhamento correto para cada demanda. Se a ESF, como política de Estado, for implantada em sua completude, estaremos mais próximos de uma atenção integral.

A integralidade, em sentido amplo, está distante de ser uma condição natural do sistema brasileiro de saúde, porém é algo a ser construído e vem sendo a medida adota para o avanço das políticas públicas. Segundo Viegas e Penna (2013), a integralidade está sendo construída no trabalho cotidiano da equipe Saúde da Família. Em seu trabalho, demonstra que os profissionais da SF reconhecem que o trabalho em equipe é fundamental para uma assistência integral, sendo fundamental o empenho da equipe multiprofissional da ESF, articulando o saber e o fazer por meio do vínculo entre a população adscrita, a unidade de saúde e os profissionais que devem conhecer as famílias e realizar diagnósticos situacionais para encaminhar o cidadão a outro nível de atendimento ou a ações intersetoriais.

Entretanto, Viegas e Penna (2013) apresentam contradições presentes na atuação profissional, parte fundamental para o sucesso de um modelo de atenção integral. De acordo com esses autores, os profissionais entendem o que é atenção integral e incorporam em seu discurso, mas relatam que é desafiante atender os usuários com alteridade e empatia. Dessa forma, as atividades se voltam para medidas curativas e encaminhamento hospitalar como no modelo tradicional.

Para alcançarmos a integralidade na saúde, Campos (2003) defende que a mudança deve ocorrer em dois níveis, institucional, na organização dos serviços de saúde, e profissional, por meio de atuações que desenvolvam vigilância epidemiológica, sanitária e programas de saúde pública que priorizem os problemas coletivos. Segundo Souza et al. (2012), a falta de recursos, estrutura, gestão política, maiores investimentos, formação profissional e educação em saúde estão entre os aspectos que interferem na garantia de um modelo de atenção integral, além da mudança do sistema de financiamento que induz à reorganização da forma de atenção, outrora baseada na produção de consultas e internações. Atualmente, os recursos são destinados com base no perfil populacional, indicadores sanitários, epidemiológicos, metas de cobertura e desempenho, aproximando os municípios de uma atenção integral.

Em síntese, para Giovanella et al. (2002), um sistema integral deve priorizar ações de promoção e prevenção, garantir atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articular ações de promoção, prevenção e recuperação com base em uma abordagem integral do sujeito e da família. Para alcançar esse modelo integral, é necessário intervenção na definição de prioridades no campo político, organização do sistema de atenção, gestão do sistema e cuidado individual.

**EQUIDADE**

Um modelo universal e integral é capaz de reduzir as iniquidades, ou seja, promover equidade. Em harmonia a Carrapato, Correia e Garcia (2017), as pesquisas sobre as iniquidades em saúde têm constatado que as desigualdades em saúde são sistemáticas e, portanto, evitáveis. Para esses pesquisadores, os fatores econômicos, sociais e ambientais representam mais da metade dos fatores que influenciam a saúde dos indivíduos. Por isso, compreender o local onde nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem é fundamental na elaboração de estratégias de intervenção adequadas em saúde. Segundo Paim (2006), a universalidade e a equidade podem ser consideradas um contraponto para as desigualdades, associadas à ideia de justiça.

Entendemos que a mencionada equidade não pode ser tratada como sinônimo de igualdade, pois igualdade pressupõe oportunidades iguais a todos, porém nem todos possuem as mesmas oportunidades; assim, equidade está relacionada à noção de justiça e admite que os recursos sejam distribuídos desigualmente para favorecer quem tem menos. Uma sociedade justa permite que todos possuam as mesmas condições para aproveitarem as oportunidades.

Para o filósofo John Rawls, a justiça como equidade, na perspectiva liberal, é uma concepção política e possível em uma democracia constitucional moderna, na qual cada pessoa tem direito e liberdades básicas iguais em uma estrutura similar para todos, sendo que a justiça, como equidade, só pode ser realizada em uma sociedade bem ordenada, em um sistema de cooperação entre pessoas livres e iguais, que aceitam uma concepção política de justiça para regular a estrutura básica da sociedade (Rawls, 1992).

No contexto brasileiro, não é possível dizer que todos possuem as mesmas condições de saúde, ou melhor, que as condições sejam justas. Nem todos possuem a mesma condição de saneamento, moradia, segurança, educação, nem mesmo a estrutura necessária para o correto acolhimento dentro do sistema. Ainda que o SUS seja um catalizador na redução da iniquidade, não é capaz de garantir equidade, uma sociedade mais justa só será possível com uma profunda transformação política que garanta uma cidadania plena. Na concepção de Rawls (1992), é necessário um consenso entre as ideias básicas de uma sociedade quanto ao necessário para a autonomia individual em um sistema de cooperação entre pessoas livres e iguais, que aceitam publicamente uma concepção política de justiça capaz de regular a estrutura básica da sociedade.

Segundo Viana, Fausto e Lima (2003), o tema equidade passou a receber mais atenção, na década de 1980, por meio do movimento “Saúde para todos até o ano 2000”, formulado pela OMS, teve como marco inicial a Primeira Conferência Sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata (1977). Assim como integralidade, equidade não aparece na seção II, que trata a saúde na Constituição de 1988, nem na Lei 8.080, que regulamenta o SUS, na qual é tratado como princípio de igualdade. No entanto, segundo Granja et al. (2011), o termo equidade aparece na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96) e no capítulo da Seguridade Social da Constituição Brasileira, de 1988, relacionando-se ao financiamento e à distribuição de recursos na Saúde. Devido ao amadurecimento do conceito e ampla utilização em textos acadêmicos, e documentos sobre justiça e saúde, o termo passou a ser empregado em normas jurídicas e aceito como um dos princípios que regem o SUS.

Segundo Viana, Fausto e Lima (2003), a inclusão da equidade ocorreu em dois momentos diferentes. Primeiro, na formulação de políticas e programas que garantiam acesso universal aos serviços de saúde; posteriormente, em uma fase de execução, passou a ser um princípio norteador de políticas quanto ao acesso e utilização do sistema e alocação dos recursos financeiros. Segundo Granja et al. (2011), na agenda atual do setor de saúde, a equidade está condicionada a objetivos de eficiência, submetidos à disponibilidade financeira, com políticas de focalização e privatização.

Os princípios de universalidade e equidade estão próximos, pois estão associados à justiça social. Sanchez e Ciconelli (2012) afirmam que o acesso universal não transformou a equidade em saúde; na realidade, os determinantes de saúde estão fora do escopo do sistema de saúde, sendo necessárias políticas intersetoriais e transversais para atuar nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) que condicionam o nível de equidade de uma sociedade. Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), esses determinantes são decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. A iniquidade pode ser observada na distribuição desigual de renda, saneamento, habitação, transporte, acesso à água, educação, serviço de saúde integral, além de aspectos psicossociais e ambientais. Nas palavras de Buss e Pellegrini Filho (2007):

Países com frágeis laços de coesão social, ocasionados pelas iniqüidades de renda, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. (...) não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social. (BUSS E PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 82)

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Boa parte das pesquisas converge para uma reflexão comum. Sanchez e Ciconelli (2012) mencionam que a equidade em saúde precisa extrapolar o sistema de saúde, são necessárias ações governamentais de caráter intersetorial, abrangendo políticas sociais e econômicas que viabilizem melhor distribuição de renda, fortaleça a cidadania e melhore as condições que determinam a saúde. Segundo Buss e Pelegrini Filho (2007), as pesquisas sobre iniquidade têm sido desenvolvidas de forma a compreender as desigualdades presentes entre diferentes grupos populacionais, e são sistemáticas, podendo ser evitadas.

O SUS certamente tem um difícil e longo caminho a percorrer, é e pode continuar sendo uma ferramenta na redução das injustiças à medida que mapeia e entende quais são as iniquidades presentes em um determinado grupo populacional. Todavia, a verdadeira transformação depende de políticas multisetoriais que priorizem a promoção da saúde por meio de políticas sociais, econômicas e ambientais capazes de reduzir as iniquidades, que garantam cidadania plena, com melhor distribuição de renda, melhor qualidade de educação e habitação. Isso só é possível com uma profunda transformação social, a partir da construção de um ideal de justiça que promova um consenso em torno de valores básicos para uma sociedade mais justa. Essa mudança pode começar pelo sistema de saúde, mas o SUS só será equânime, universal e integral quando esses objetivos estiverem presentes em uma agenda de transformação social e política.

**REFERÊNCIAS:**

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 569-584, 2003.

DE ANDRADE, Elizabeth Nogueira; ANDRADE, Edson Oliveira. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. **Revista Bioética**, v. 18, n. 1, 2010.

GIOVANELLA, Lígia et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. In. **Saúde em debate,** 2002. 26ª ed. p. 37-61.

GONDIM, G.M.M. et al. O Território da Saúde – a organização do sistema de saúde e a territorialização. In. Miranda et al (Orgs.) **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.237-255. 2008.

GRANJA, Gabriela Ferreira et al. Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 74-74, 2010.

HARTZ, Zulmira M.; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um" sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S331-S336, 2004.

MATTOS, R. A.. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Roseni Pinheiro; Ruben Mattos. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 9ed.Rio de Janeiro: 2009, v. 01, p. 43-68, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Eqüidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. Eqüidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.

PINHEIRO, Roseni. Atenção básica à saúde: um olhar a partir das práticas de integralidade em saúde. REME. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9 nº2, n.2, p. 174-179, 2007.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 553-565, 2007.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 553-565, 2007.

PONTES, Ana Paula Munhen de et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 3, p. 500-507, 2009.

RAMOS, Flávia Regina Souza et al. Integralidade em saúde: revisão de literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 585-592, 2010.

RAWLS, John. Justiça como eqüidade: uma concepção política, não metafísica. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 25, p. 25-59, 1992.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, p. 260-268, 2012.

SOUZA, Marcio Costa de et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde, São Paulo**, p. 452-460, 2012.

SOUZA, Marcio Costa de et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde, São Paulo**, p. 452-460, 2012.

TETEMANN, Edialy Cancian; TRUGILHO, Silvia Moreira; SOGAME, Luciana Carrupt Machado. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes/Universality and Territorialization in SUS: contradictions and tensions inherent. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 15, n. 2, p. 356-369, 2016.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; LIMA, Luciana Dias de. Política de saúde e eqüidade. **São Paulo em perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; DE MATTOS PENNA, Cláudia Maria. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 2, p. 375-385, 2012.

1. Geografia, Mestre, professor da SEDUC-MT, joaoguilhermep.q@hotmail.com. [↑](#footnote-ref-1)
2. Geografia, Doutor, professor do IG-UFU, samuel@ufu.br [↑](#footnote-ref-2)