

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE: UMA REVISÃO DA  
LITERATURA

LILIANE DREYER DA SILVA PASTORIZ

Porto Alegre

2016

LILIANE DREYER DA SILVA PASTORIZ

TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE: UMA REVISÃO DE  
LITERATURA

Trabalho de Conclusão apresentado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, como requisito para obtenção parcial de título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Professor Doutor Roger dos Santos Rosa

Porto Alegre

2016

## **AGRADECIMENTOS**

A minha mãe, pelo incentivo e apoio em minhas decisões, em todos os momentos e aspectos da minha vida.

Ao meu esposo, Flávio José Pastoriz, pelo entendimento dos meus sonhos e projetos.

A minha fiel escudeira Fátima Regina Martinelli por estar sempre presente e atenta permitindo dedicação aos estudos.

Ao meu orientador, Professor Doutor Roger dos Santos Rosa, pela dedicação, paciência, perseverança, brilhante guia e confiança dedicadas a essa aluna.

Ao corpo docente do Departamento de Medicina Social, da Faculdade de Medicina, e do Curso de Especialização em Saúde Pública, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela contribuição para minha formação pessoal e profissional;

Aos funcionários da Secretaria do Departamento de Medicina Social, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela gentileza e presteza que sempre demonstraram.

Aos prezados Colegas do Curso de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Medicina Social, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela agradável convivência e possibilidade de compartilhamento de experiências.

Aos servidores e estagiários do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, pela compreensão e tolerância nos momentos de ausência.

É com palavras e atos que nos inserimos no mundo humano, e essa inserção é como um segundo nascimento, no qual confirmamos e assumimos o fato simples do nosso aparecimento físico e original. Não nos é imposta pela necessidade, como o trabalho, nem desencadeada pela utilidade, como a obra. Ela pode ser estimulada pela presença de outros a cuja companhia possamos desejar nos juntar, mas nunca é condicionada por eles; seu impulso surge do começo que veio ao mundo quando nascemos e ao qual respondemos quando começamos algo novo por nossa própria iniciativa.

ARENDR, Hannah 2013.

## RESUMO

O presente estudo pretende identificar as características e concepções sobre território e territorialização em saúde a partir da pesquisa de autores consagrados na literatura da área da saúde. Tem-se como escopo debater o território e a territorialização como instrumento de gestão na saúde e os efeitos por ela causados, com fins organizacional e gerencial. O município de referência e de abrangência para a pesquisa é Porto Alegre/RS. Este trabalho constitui-se de uma revisão de bibliografia sobre os conceitos de território a par da territorialização como instrumento de gestão, de modo que seja possível propiciar o detalhamento dos mesmos. Para tanto, foi realizada pesquisa bibliográfica no idioma português e espanhol. Além disso, objetivou-se obter uma síntese do conhecimento a fim de se apresentar o resultado da pesquisa por meio de buscas por autores consagrados, artigos científicos legislação vigente, e normas técnicas do Ministério da Saúde em vigência.

Os objetivos específicos pretenderam indicar que a territorialização não é princípio do Sistema Único de Saúde, sendo que não se encontra elencado como tal na Lei n.º 8.080/90. Assim, não sendo diretriz constitucional do Sistema Único de Saúde, não deve necessariamente ser ferramenta prioritária, à luz dos princípios e diretrizes insculpidos nos dispositivos de lei (a equidade, a integralidade, o acesso universal e gratuito). Pretendeu-se evidenciar, portanto, que os equipamentos organizados por meio dos conceitos de território e territorialidade devem ser considerados na oferta dos serviços com outros fatores, tais como: qualidade de vida; desenvolvimento humano sustentável; inclusão social; participação social; intersetorialidade; transversalidade; resolutividade; ampliação do acesso do usuário ao sistema de saúde; aspectos sociais, culturais e históricos do indivíduo, da família e da comunidade estrito senso. A pesquisa almejou demonstrar que os instrumentos de gestão não podem afastar o Sistema Único de Saúde de seu fim último, qual seja, o usuário, o paciente, o indivíduo, a família, a sociedade. Porém, a oferta de serviços organizada apenas pela territorialização apresenta falhas na resolutividade. Para superar os obstáculos impostos pelo uso de ferramenta exclusivamente alicerçada em critério geográfico, o investimento na atenção primária da saúde e a organização dos serviços em rede deve ser prioritário.

Palavras chave: território, territorialização, gestão da saúde, princípios e diretrizes do SUS.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AP	Atenção Primária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONAS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESF	Equipe Estratégia de Saúde da Família
IN	Instrução Normativa
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PEM	Profissionais de Equipe Multidisciplinar
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SILOS	Sistemas Locales de Salud
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	9
1.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	11
1.3 O MODELO CONCEITUAL: TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO.....	12
<b>SOCIAIS.....</b>	<b>12</b>
<b>2 A GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E LEGISLAÇÃO ESTRUTURANTE .....</b>	<b>15</b>
2.1 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....	21
<b>3 TERRITÓRIO E CONCEITOS.....</b>	<b>32</b>
3.1 TERRITÓRIO É UM ESPAÇO MODIFICADO PELO TRABALHO E REVELA RELAÇÕES DE PODER .....	32
3.2 TERRITÓRIO EXISTENCIAL.....	36
3.3 TERRITÓRIO, COTIDIANO E VULNERABILIDADES SOCIAIS .....	38
3.4 TERRITÓRIO E SENTIDOS.....	41
3.5 TERRITÓRIO E INTERSETORIALIDADE.....	44
<b>4 O DISTRITO SANITÁRIO .....</b>	<b>47</b>
<b>5 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE .....</b>	<b>53</b>
<b>6 AS REGIÕES DE SAÚDE.....</b>	<b>63</b>
<b>7 OS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE – SILOS .....</b>	<b>67</b>
<b>8 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO PROCESSO SOCIAL.....</b>	<b>70</b>
<b>9 SAÚDE SUPLEMENTAR: TERRITÓRIO E TERRITORIALIDADE EM SAÚDE ...</b>	<b>77</b>



<b>10 ALTERNATIVAS PARA A GESTÃO DA SAÚDE COM BASE TERRITORIALIDADE .....</b>	<b>79</b>
<b>11 TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE: RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>85</b>
<b>12 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>90</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>92</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A pesquisa teve como inspiração o Município de Porto Alegre. Na relação de usuários e gestores do Sistema Único de Saúde do Município de referência, ou seja, Porto Alegre percebe-se que o uso da territorialização como ferramenta de gestão pode conflitar com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe destacar que, embora a territorialização seja um instrumento importante para planejamento de estratégias e condizente com as modernas técnicas de gestão, não é essencial. Por ser uma criação administrativa, a territorialização não é encontrada na totalidade dos dispositivos jurídicos que embasam o Sistema Único de Saúde, não devendo ser, portanto elemento organizativo prioritário. Dessa forma, é necessário prudência no uso dessa ferramenta de gestão para que não se promova a exclusão do usuário do sistema.

O presente trabalho de conclusão, exigência do Curso de Especialização em Saúde Pública, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tem a pretensão de contribuir no debate sobre o território e a territorialidade. O objetivo principal é compreender como a política de saúde no Brasil está configurada para a atenção à saúde e faz uso de uma ferramenta de gestão, a territorialização. O estudo está dividido em itens, organizados em conformidade com o tema proposto.

### 1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

No que diz respeito ao sistema de territorialização implantado pelo gestor da saúde de Porto Alegre, capital do estado, é consabido que a cidade, a exemplo, conta com 17 (dezesete) Distritos de Saúde, os quais integram 8 (oito) Gerências Distritais. Não havendo equidade na distribuição dos serviços, o prejuízo pessoal, psicológico e econômico imposto aos usuários pode gerar exclusão e precarização do atendimento.

O que se pretende evidenciar é que a territorialização pode ser mitigada ou flexibilizada como meio para alcançar acesso universal e gratuito assim como promover atenção integral à saúde. Os instrumentos de gestão não devem ser

utilizados para engessar o sistema e, por consequência, apartar o usuário. A territorialização conduz o gestor a atender pontualmente o problema do lugar onde instalou o serviço sem deter-se na equidade e necessidade de serviços em rede.

Os modelos de serviços em redes de atenção à saúde, em regra, são fragmentados, mas de fundamental valor para o Sistema Único de Saúde. Os centros de especialidades médicas são partes de um sistema disfuncional de atenção à saúde em que, em geral, não existe comunicação fluida entre os diferentes pontos e níveis de atenção. Chega-se aos centros de especialidades diretamente ou por referência, muitas vezes da Atenção Primária da Saúde (APS), mas não se conhece a história pregressa da pessoa usuária do sistema público de saúde.

Em geral, não se estabelecem vínculos porque o agendamento para atendimento do indivíduo, dependendo do dia, pode ser feito para diferentes profissionais de uma mesma especialidade. Este caminho para as especialidades médicas é um dos obstáculos enfrentados com a territorialização. Para alguns serviços, o usuário e sua família estão adscritos a uma determinada unidade de saúde. De acordo com o atendimento recebido, a ferramenta de gestão o envia para outro local, que não mais aquele onde recebeu o primeiro acesso ao sistema.

Esse sistema é prenhe de retrabalho e de redundâncias, o que torna, além de inefetivo, ineficiente. Histórias pessoais e familiares são retomadas a cada consulta, exames são solicitados novamente a cada atendimento. Tudo isso porque o sistema poderá em função da ausência de sistemas logísticos potentes, manejados a partir da Atenção Primária da Saúde – APS, causar distorções. Nos centros de especialidades médicas, as decisões clínicas não são tomadas, em geral, a partir de diretrizes clínicas que normalizam a condição de saúde ao longo dos diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Tal fato leva a uma variabilidade de procedimentos, o que aumenta a complexidade do sistema de atenção à saúde e gera ações ineficazes e sem resolutividade.

Além disso, há deficiências quanto à informatização das informações sobre os pacientes. Geralmente, as informações dos prontuários são individuais, o que empobrece a visão familiar e social da atenção à saúde.

O acesso aos hospitais é regulado pelo gestor. A programação dos sistemas de patologia clínica cumpre protocolos firmados com o gestor e definem como os

pacientes são coletados, transportados e referenciados. O gestor estipula planilhas de programação fundadas em parâmetros epidemiológicos para a população.

Assim, tal situação pode gerar, frequentemente, muita confusão no paciente que não compreende a dinâmica do atendimento que recebe. Em algumas situações, o local de residência do paciente o referencia para determinada unidade de saúde ao passo que, para outros procedimentos, ele é encaminhado para outro ponto de atendimento (mesmo que se trate de algo que poderia ser resolvido localmente). Essas situações são estabelecidas com planejamento fundado na territorialização.

Outro ponto que precisaria de ajustes é a assistência farmacêutica. Tal atividade que deve apoiar a comunidade, mas encontra obstáculos na logística, nas intervenções assistenciais, na existência de profissionais adequados para a função de farmacêutico. Já a adesão ao tratamento é um acordo entre o usuário e a equipe de saúde que deriva de uma relação cooperativa. A adesão, em regra, apresenta melhora quando associada a uma prática clínica e um sistema de acolhimento eficiente. Contudo, a territorialidade, não raro, impede a adesão.

Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde são constituídos de estruturas operacionais que medeiam uma oferta determinada a uma demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos de atenção à saúde e em fluxos assistenciais.

Por conta dos fatores anteriormente relacionados, pretende-se discutir nesta pesquisa a territorialização, uma das ferramentas que contribuem para a regulação das demandas por serviços de saúde.

## 1.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesse passo, constitui-se a pesquisa pelo método da revisão de literatura dos conceitos de território e territorialização na saúde. A operacionalização da análise ocorreu em três etapas distintas: pré-análise, exploração do material e apontamento dos resultados obtidos.

Identificando os principais autores que tratam do tema território e territorialização buscou-se como fonte de pesquisa os trabalhos originais destes

autores. Assim com os autores que tratam da territorialização como instrumento de gestão obteve-se uma síntese do conhecimento do mesmo modo uma revisão integrativa e complementar, cuja finalidade foi a de congregar os autores e sintetizar os resultados por eles apontados sobre os temas em tela. Utilizaram-se, igualmente, artigos científicos, legislação vigente, e normas técnicas do Ministério da Saúde em vigência. Por derradeiro, como explicitado, objetivou-se proporcionar uma compreensão crítica dos significados dos conceitos presentes nos textos sobre a territorialização. O período da pesquisa centrou-se, principalmente, nas décadas de 1980 e 1990, lapso de criação e consolidação do Sistema Único de Saúde. Importante destacar as limitações da pesquisa, como por exemplo, a língua. O Sistema Único de Saúde por se tratar de sistema de saúde de caráter público e nacional, os autores pesquisados são versados na língua portuguesa (Brasil). Nesse passo não foi possível sistematizar a revisão. Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica, não ocorreram impedimentos de natureza ética no alcance do objetivo principal da pesquisa, excluindo a necessidade de aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa.

### 1.3 O MODELO CONCEITUAL: TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO

A concepção de território remonta à existência humana. Consabido que desde os primórdios da humanidade, os homens tendem a viver em agrupamentos, localizados em determinado território. As atividades que inicialmente afastavam o homem do território estavam relacionadas à sobrevivência e à alimentação, ou seja, a caça. À medida que os agrupamentos humanos foram aumentando, formaram-se lideranças e nasceu a necessidade de justificar a relação com o território. A concepção de comunidade primitivamente nasceu com a formação das primeiras famílias, a prática da agricultura, passando posteriormente pelo processo da divisão dos grupos. A partir disto, surgiram as primeiras organizações sociais.

Ainda que sem compreender os elementos consignativos da posse e mesmo da propriedade, os homens desenvolveram o senso comum de pertencimento. Assim, tinham relação física com o território que a doutrina jurídica denominou de *corpus*, e relação intencional, subjetiva, que qualifica o ato material

de possuir, a relação intencional denominada de *animus* (NASCIMENTO, 1986, p.12).

Para o mundo latino, a relevância do Direito Romano e sua concepção de posse e propriedade influenciaram diretamente a construção do conceito de território. Contudo, a função social do território, conforme conceito jurídico, não se confunde com a função social da gestão na área da saúde. O instrumento de gestão é a territorialização.

Segundo Freyre (2004, p. 694),

As dificuldades e debates surgidos no meado do século XIX tanto em Pernambuco como em outras províncias brasileiras mais antigas e mais sólidas no seu patriarcalismo rural, em torno da questão do exercício da medicina só por médicos titulados revelam uma das zonas mais delicadas de transição do sistema patriarcal – do rural, e mesmo do urbano – com sua medicina principalmente doméstica, para o sistema de família pequena, conformada a renunciar várias de suas responsabilidades de domínio ou tutela social nas mãos de médicos públicos, professores públicos, repartições públicas.

O território, como se verifica, não pode ser utilizado para fins de gestão de saúde apenas como unidade administrativa. Nos idos tempos de 1856, data da publicação do *Diário de Pernambuco* citado por Freyre, percebia-se a necessidade de exame da cultura, do perfil da população, das suas identidades socioculturais, a identidade dos sujeitos. No caso em tela, havia o conflito entre a cultura africana ou indígena, os curandeiros, e os médicos de formação inglesa com suas inovações terapêuticas. Na oportunidade da publicação do diário, um certo curandeiro teve mais eficácia na cura do cólera que assolava Recife do que os médicos europeus.

A diferença entre as sociedades e os organismos não está na divisão do trabalho nem na especialização, nem na hierarquia, nem na comunicação das informações, presentes em ambos, mas na complexidade dos indivíduos.

Para Morin (MORIN, 2012), a metamorfose das sociedades:

[...] Da sociedade arcaica à sociedade histórica, em cinco pontos do globo, uma metamorfose em cadeia elaborou uma nova forma de sociedade que, como qualquer metamorfose, conserva o fundamento anterior ou núcleo arcaico (conflito e comunidade, sociocentrismo, papel organizador do patrimônio cultural), mas engloba e ultrapassa.

As novas sociedades comportam o Estado, a cidade, a agricultura, as classes sociais, a instituição religiosa, aparecimento que coincide com o da história. Essas sociedades farão história e enfrentarão riscos e vicissitudes da história. [...] O surgimento do Estado é o acontecimento organizador-chave das sociedades históricas. Estas, depois, se metamorfosearam e

apareceram as nações modernas, mas o Estado permanece o núcleo até o século XXI (talvez até além dele). (MORIN, 2012, p. 176-7)

Assim, não sendo diretriz, nem princípio do Sistema Único de Saúde, a territorialização, por conseguinte não é instrumento essencial de gestão. É possível pensar em organizar o SUS, respeitando o acesso universal, a equidade, a integralidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização dos envolvidos, humanização, participação social, ordenamento das redes de atenção, sem necessariamente a resposta de resolutividade estar atrelada à territorialização.

A questão diz respeito às especificidades locais e regionais que se revelam quando da vinculação dos problemas ao território.

Nesse sentido:

A atração pela geografia vem dessa moldura geral. A herança francesa afirmava a variedade regional do território e o estabelecimento dos gêneros de vida de acordo com as condições naturais, técnicas e sociais de cada grupo e lugar. [...] Embora as estruturas manifestem tendência a padronizar determinados costumes e práticas, elas também precisam adaptar-se às cores locais. [...] Isso mostra também que Braudel considerava a geografia tanto em seu lado físico quanto em suas feições humanas e que sua visão de determinismo, coerentemente casada com sua aceção de história, é bem menos simples [...] Que em Braudel, a geografia esteja subordinada à história, assim como, a sociologia, a antropologia, a economia e as demais ciências [...] A *géohistoire* é, portanto e antes de tudo, algo aberto e plural. (RIBEIRO, 2011, p. 67-83)

Faz-se mister identificar os problemas como salientado, focar os problemas em saúde locais e regionais, seus vínculos territoriais-geográficos, culturais, sociais, econômicos, comunitários, para produção de ações governamentais orientadas à assegurar o direito universal à saúde, criação de políticas públicas em rede, e de modo a atender o principal destinatário do sistema – o usuário.

## **2 A GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E LEGISLAÇÃO ESTRUTURANTE**

Para que se possa compreender a dimensão e o significado de território e territorialidade como ferramenta de gestão e as suas consequências, faz-se imperativo tecer considerações sobre a gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e a legislação que o estrutura.

Ao observar as normas constitucionais e infraconstitucionais do SUS e a prática cotidiana da aplicação das mesmas, transformadas em regulamentos infralegais, isto é, decretos, portarias e resoluções, percebe-se a pluralidade de composição desse sistema (Sistema Único de Saúde). Da mesma forma, é inegável que alguns componentes, como a organização dos serviços, o modelo de gestão, a governança e a regulação, entre outros, são elementos obrigatórios nessa composição.

Ao analisar o Sistema Único de Saúde no Brasil, percebe-se que um dos desafios tem sido a redefinição, ao longo do tempo, das atribuições e das competências dos gestores das três esferas de governo. Para enfrentá-los, têm sido elaborados muitos dispositivos normativos demarcando os limites da tomada de decisão de cada gestor no seu âmbito de atuação. Disso resulta a conformação de um modelo de gestão que tem como ponto de partida uma unidade de princípios, mas que tem de atuar de forma coerente com a diversidade operativa nos territórios em que está localizada a população com suas necessidades de saúde.

Essa realidade está exigindo cada vez mais a implantação de mecanismos de cogestão em que a tomada de decisão caracteriza-se pela negociação permanente para a construção de consensos e compromissos entre os gestores do SUS, nos espaços das comissões intergestoras, no intuito de fortalecer a articulação interfederativa. Nesse sentido,

[...] planejar é tarefa das três esferas de governo e tem papel importante na organização desse sistema e na oferta dos serviços à população. Como consequência, os gestores do SUS estão sentindo cada vez mais a necessidade de organizar, internamente nas secretarias de saúde, as rotinas e os processos de trabalho, a descentralização de tarefas, bem como a formação de equipes para as questões de planejamento,



acompanhamento, monitoramento e avaliação. (BRASIL, CONASS, 2015a, p. 12)

A Legislação estruturante do Sistema Único de Saúde nasce na Carta Magna de 1988. Os fundamentos do SUS estão expressos na Seção II do Capítulo II do Título VIII da Constituição Federal de 1988, que trata da Seguridade Social. Essa Seção estabelece: os direitos dos usuários, os deveres do estado e as diretrizes da organização do sistema; como será financiado esse sistema; a participação da iniciativa privada e de empresas de capital estrangeiro na assistência à saúde; as atribuições do sistema; e a admissão de agentes comunitários de saúde e de combates às endemias.

A Constituição Federal remeteu a regulamentação do Sistema Único de Saúde à aprovação de leis complementares e ordinárias e, desde então, foram aprovadas pelo Congresso Nacional as seguintes leis sobre o tema:

1) Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, a denominada Lei Orgânica da Saúde;

2) Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências; e

3) Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, por estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n. 8.080/90 e da Lei n. 8.689 de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Ao longo do tempo, a Lei n.º 8.080/1990 foi alterada pela Lei n.º 9836, de 23 de setembro de 1999, Lei n.º 10.424, de 15 de abril de 2002; Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005; Lei n.º 12.401, de 12 de abril de 2011; Lei n.º 12.466, de 24 de agosto de 2011; Lei n.º 12.895, de 18 de dezembro de 2013; e pela Lei

Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. Destaca-se também a publicação da Lei n.º 8.689, de 27 de julho de 1993, que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), autarquia federal criada em 1977.

Para viabilizar a operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS e regulamentar as leis já publicadas, foram editados o Decreto n.º 1.232, de 30 de agosto de 1994, que dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e o Decreto n.º 1.651, de 28 de setembro de 1995, que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

Além das leis ordinárias e complementares já citadas, foram aprovadas pelo Congresso Nacional cinco emendas constitucionais: a Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000, a Emenda Constitucional n.º 42, de 19 de dezembro de 2003, e a Emenda Constitucional n.º 51, de 14 de fevereiro de 2006, a Emenda Constitucional n.º 63, de 4 de fevereiro de 2010 e a Emenda Constitucional n.º 86, de 17 de março de 2015 que alteraram ou complementaram o capítulo da Seguridade Social na Constituição Federal.

Ocorre, entretanto, que essas portarias mencionadas que ajudaram a estruturar o Sistema Único de Saúde – SUS foram debatidas, ao longo desses 20 anos, com os gestores do SUS, nos fóruns de representação dos gestores e da sociedade civil, como a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde, o que não sucedeu o decreto de regulamentação publicado em 2011, cuja versão final foi debatida internamente no Ministério da Saúde e na Casa Civil da Presidência da República, sem a participação dos demais gestores do SUS nem do Conselho Nacional de Saúde.

A publicação do Decreto n.º 7.508/2011 no fim do mês de junho de 2011 impôs uma nova pauta de discussão para a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, que na reunião ordinária de 28 de julho de 2011 já discutiu uma agenda estratégica para implantação dos seus dispositivos, conforme consta no Anexo I.

Sobre o tema:

[...] No intuito de viabilizar a sua implantação e operacionalização e de uniformizar procedimentos nas três esferas de gestão do SUS, essa legislação tem sido desdobrada, desde a sua publicação, em outras

normas de competência do Ministério da Saúde como as portarias ou em resoluções da Comissão Intergestora Tripartite, em geral discutidas e aprovadas naquele fórum de negociação e pactuação entre os gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde – SUS.

O Decreto n.º 7.508, publicado em 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei n.º 8.080/1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS: a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. [...] O Capítulo II do Decreto, que trata da organização do SUS, dispõe sobre: 1) a instituição das Redes de Saúde, 2) as Redes de Atenção à Saúde na região e 3) o acesso universal às ações e aos serviços de saúde. (BRASIL, CONASS, 2015b, p. 22-25)

Destes itens, entende-se pertinente para o presente trabalho de pesquisa o item 3 : o acesso universal às ações e aos serviços de saúde, para melhor dimensão de território e territorialidade. O acesso universal às ações e aos serviços de saúde. Nesse contexto:

A Lei n. 8.080/1990 estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e na execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é um dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS e a regulamentação da lei estabelece que o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Para cumprir esse papel, a atenção primária à saúde deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, pois constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares da vida e trabalho das pessoas, e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

[...] O acesso às ações e aos serviços de saúde deve ser universal, igualitário e para assegurá-lo caberão as seguintes atribuições aos Entes Federativos: 1. Garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; 2. Orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde; 3. Monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e 4. Ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde. (BRASIL, CONASS, 2015b, p. 22-32)

Cabe aqui referir o *Pacto Pela Saúde 2006*, divulgado pela Portaria nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que também trata da Consolidação do Sistema Único de Saúde e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Consta na citada portaria que entre as prioridades do Pacto pela Vida encontra-se a Atenção Básica à Saúde, que significa consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família

como modelo de atenção básica e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde.

Segue o apontamento, no Anexo II, que o Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do Sistema Único de Saúde em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Das prioridades pactuadas, consta o fortalecimento da Atenção Básica. Como ação estratégica, lê-se no Pacto pela Vida que o Fortalecimento da Atenção Básica tem como um dos objetivos, o de apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.

Segue o texto indicando as ações do Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde – SUS que deve contemplar também ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos à saúde e cidadania, e ainda, articulação e apoio à mobilização pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito, assim como estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS.

O Pacto defende a regionalização, e um dos objetivos da regionalização é garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade transcenda a escala local/municipal; além disso, pretende também garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso e às ações e serviços de saúde existentes no país; garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema; potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região.

Diz o Pacto que os municípios têm a responsabilidade sendo essa atribuída de acordo com o pactuado e /ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

Já sobre as responsabilidades Gerais da Gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, por se tratar a abordagem relacionada à ferramenta de gestão afeta à gestão municipal, serão elencadas, exemplificativamente as responsabilidades dos municípios.

Todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma sólida com o estado e a união:

- Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio de abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho, englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos, assim como ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências.
- Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais.
- Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território.
- Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada à saúde.

Os municípios devem formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-se à aprovação do Conselho de

Saúde correspondente, além de formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde.

Além disso, os municípios devem apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do Sistema Único de Saúde, estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional, apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde, promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS junto à população em geral.

## 2.1 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

As diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde são encontrados na legislação estruturante. Assim, calha lembrar que a ideia de justiça passa necessariamente por formalidade e que os princípios e diretrizes indicam o desejo de uma sociedade captado pelo legislador. Quando objetiva-se a criação de políticas públicas equânimes, criam-se políticas públicas que visam, em tese, confrontar a dicotomia igualdade-desigualdade.

A partir destes nortes (princípios e diretrizes do SUS) o poder público pode incrementar a eficiência do serviço, incentivar maior controle e participação social, e fomentar a atenção primária, tão precária em recantos do Brasil. Os princípios e diretrizes colaboram para solução na falta de resolutividade.

E, também, contribuem para identificar quando há incapacidade dos gestores. Isto porque, o SUS tem como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação social.

Nesse passo,

É o repensar a *república* perante as atuais exigências sociais e a função do Estado de Direito que prepondera no sentido da análise, ou seja, esta palavra não deve ser apenas um elemento retórico, pois a Constituição Federal (CF) de 1988 é enfática ao estabelecer o Estado brasileiro como *republicano* (art. 1º da CF).

O legislador constituinte – ao fazer isso – determinou a vinculação político-jurídica à ideia *republicana*. Se todo poder emana do povo (art. 1º, parágrafo único, da CF), sobre ele não pode imperar um domínio, caso contrário, estar-se-ia a violar o preceito da soberania. [...] Por isso, o conceito puro de democracia é político e não um conceito jurídico. [...]

A democracia oferece os mecanismos para efetivar a soberania popular. Ela tem como fundamento o *princípio da maioria* a se contrapor à

*autocracia*, porém, não à *aristocracia* nem à *oligarquia*. O princípio da maioria por meio da democracia não pode violar as regras que afastam o governo irrestrito sobre a minoria. A proteção à minoria e os limites à maioria garantem a manutenção da pluralidade e das condições democráticas do Estado.

Os limites encontram-se na *dignidade humana* (expressada nos Direitos Fundamentais/Direitos Humanos e nos mecanismos contra majoritários). Não se trata de violar garantias essenciais, pois estas no momento que são violadas desqualificam a própria decisão democrática e majoritária, ao retirar *dignidade* e autonomia (liberdade) da pessoa (cidadão). Sem as condições mínimas para manifestar e exercer sua vontade e democracia transforma-se em tirania da maioria.[...] A igualdade para o exercício democrático é essencial. Sem ela a *democracia* subverte o sentido da *república*, pois o desequilíbrio na *igualdade* (formal e material) facilita o exercício da subordinação dos mais abastados sobre os hipossuficientes. Com isto, é imprescindível à existência de pluralismo, de tolerância, de público processo de formação da opinião e vontade política a ser orientado à decisão. [...] A participação popular na vontade e nos poderes do Estado são os aspectos principais do regime republicano. (KÖLLING, MASSAU, 2011, p. 13-18)

O direito à saúde nem sempre foi reconhecido como um direito fundamental. Esse “*status* de direito fundamental” somente foi dado à saúde na Carta Magna de 1988, que foi além de reconhecê-lo como tal, estabeleceu as bases para o Sistema Único de Saúde – SUS.

Nesse diapasão:

[...] A saúde passa a ser um bem jurídico tutelado pelo Estado e pela sociedade, merecedora de garantias jurídicas eficazes para sua fruição. [...] Dentre as garantias constitucionais que asseguram o direito à saúde no Brasil, vale destacar a criação de um sistema público de saúde universal, integral, igualitário e gratuito. Denominado Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema público brasileiro foi modelado para o atendimento de todo ser humano em território nacional, de forma não discriminatória e equitativa. Criado pela Constituição Federal de 1988, na forma de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, o SUS é constituído por serviços da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Por meio dessa rede interfederativa de serviços públicos de saúde, o Estado brasileiro oferece à população brasileira o acesso às ações e serviços voltados à efetivação do direito à saúde. A descentralização política e administrativa dos serviços conduz o processo de regionalização do sistema de saúde brasileiro, integra e harmoniza os serviços dos entes federativos brasileiros. [...] A natureza jurídica da integralidade é híbrida, sendo ao mesmo tempo um princípio e uma diretriz do SUS. [...] A integralidade dos serviços públicos de saúde, com prioridade para as ações preventivas [...] Os princípios da universalidade e da integralidade do SUS estão intimamente relacionados e essa relação é determinada pela maneira como o Estado brasileiro decide sobre quais serviços e produtos serão oferecidos no âmbito do sistema público de saúde. (AITH, 2014, p. 12-13, 30)

Nos moldes da definição jurídica do direito à saúde é possível arrazoa-lo como processo voltado à inclusão social. Por conseguinte, para que tal direito seja pauta de discussão no modelo de direitos mínimos, exigindo-se não só a ampliação da tutela jurisdicional, mas também das políticas públicas de saúde.

Sobre o direito à saúde, manifestou-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS:

[...] A autora destaca que não é possível se falar em direito à saúde sem considerar questões sociais, econômicas, territoriais, políticas, tecnológicas etc., que envolvem a garantia desse direito. E que, portanto, as questões que permeiam o debate do direito à saúde são complexas e exigem do operador do direito e demais profissionais envolvidos com o tema, formação especializada para responder a essa complexidade. (BRASIL. CONASS, 2015c, p. 42)

Relacionando políticas públicas e direito à saúde:

[...] Compreender políticas públicas como uma categoria jurídica, atende à necessidade de busca de concretização/efetivação dos direitos humanos, dentre os quais os sociais, especificamente o direito à saúde. Nesse contexto, pode-se dizer que, o Estado brasileiro, a pretensão constitucional estava pautada em direitos que visavam à redemocratização do país, objetivando superar, ao menos em parte, as desigualdades sociais produzidas ao longo do cenário histórico brasileiro. A partir dessa pretensão constitucional pode-se dizer que o instrumento de efetivação do direito à saúde é a política pública, que pode ser definida como um programa de ação governamental, ou seja, um conjunto de medidas coordenadas, com o objetivo maior de movimentar a máquina estatal para concretizar um direito, no caso em tela, a saúde. Note-se que a própria Constituição já estabelece a estruturação das prestações em matéria de saúde, pois além de estabelecer as políticas sociais, estabelece também nos arts. 198 a 200, de forma inédita, o Sistema Único de Saúde. (KÖLLING, MASSAU, 2011, p. 20-1)

Passa-se ao exame da legislação estruturante do Sistema Único de Saúde a partir dessa premissa constitucional segundo a qual o instrumento de efetivação do direito à saúde é a política pública.

Convém salientar que a Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica da Saúde – LOAS foi posteriormente regulamentada pelo Decreto n.º 7.508, publicado em 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080/1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS.

Consolidado que o direito à saúde no Brasil é direito do cidadão e é dever do Estado, por constituir o direito à saúde um direito subjetivo, portanto, está o cidadão legitimado a exigir a pronta atuação do Estado (artigo 196 da Constituição



Federal de 1988). Entre as garantias constitucionais que asseguram o direito à saúde no Brasil, vale destacar a criação de um sistema público de saúde universal, integral, igualitário e gratuito. O sistema público brasileiro foi modelado para o atendimento de todo ser humano em território nacional, de forma não discriminatória e equitativa.

Na forma de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, o Sistema Único de Saúde é constituído por serviços da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Por meio dessa rede interfederativa de serviços públicos de saúde, o Estado brasileiro oferece à população brasileira o acesso às ações e serviços voltados à efetivação do direito à saúde.

A rede de serviços públicos que integra o Sistema Único de Saúde é guiada pelas diretrizes constitucionais da descentralização (política e administrativa), da integralidade do atendimento e da participação da comunidade na sua gestão. A descentralização política e administrativa dos serviços conduz o processo de regionalização do sistema de saúde brasileiro, integra e harmoniza os serviços dos entes federativos brasileiros. Aos municípios, é atribuída a primordial tarefa de cuidar da atenção primária à saúde (atenção básica); as atenções secundária e terciária (serviços de média e alta complexidade) são divididas entre os municípios mais desenvolvidos.

Para nortear a organização do Sistema Único de Saúde, e esclarecer ao cidadão o que poderá exigir do Estado, o legislador pátrio definiu princípios e diretrizes:

Constituição Federal. Título VIII. Da ordem Social.  
Capítulo II – Da Seguridade Social.  
Seção II – Da Saúde.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

[...]

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

[...] (BRASIL, 1988)

Além disso, segundo Carvalho e Santos (2001, p. 41),

O direito insculpido na segunda parte do artigo 196 (acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação) e explicitado no artigo 198 é de eficácia plena, imediata, não podendo o Estado postergá-lo nem condicioná-lo a futura implementação de programas sociais e econômicos.

Dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, segundo a Lei n.º 8.080/90:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – 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;

III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII – participação da comunidade;

IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI – conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990)

A integralidade dos serviços públicos de saúde, com prioridade para as ações preventivas, abarca a noção de que o sistema deve oferecer atenção integral às pessoas, compreendendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde e englobando serviços de atenção primária, secundária e terciária. A

integralidade inclui, ainda, os serviços de assistência farmacêutica e os de recuperação e reabilitação.

Carvalho e Santos discorrem sobre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, com base na Constituição Federal de 1988 e na Lei n.º 8.080 de 1990:

I) “Universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.” Anteriormente ao SUS, o acesso aos serviços de saúde só estava garantido às pessoas que contribuíam para o sistema de previdência e assistência social. [...] A saúde no texto constitucional não é mais um “seguro social” a ser satisfeito mediante contribuição especial do cidadão.

II) “Integralidade da assistência.” A leitura do princípio da integralidade da assistência há de se fazer combinadamente com o princípio da igualdade de assistência. Em primeiro lugar, a assistência integral combina de forma harmônica e igualitária, as ações e os serviços de saúde preventivos com os assistenciais ou curativos. [...] Em segundo lugar, a assistência implica, como se enuncia, atenção individualizada, ou seja, *para cada caso*, segundo as suas exigências, e em todos os níveis de complexidade.

III) “Preservação da autonomia da pessoa na defesa de sua integridade física e moral.” Essa determinação é um desdobramento do princípio da dignidade da pessoa humana, que Sérgio Ferraz, depois de dizer que ele ora aparece indicado como *princípio da personalidade*, ora como o *princípio da individualidade*, esclarece que o princípio “nos obriga a um compromisso inafastável: o do absoluto e irrestrito respeito à identidade e à integridade de todo ser humano. Isso porque o homem é sujeito de direitos; não é, jamais, objeto de direito e, muito menos, objeto mais ou menos livremente manipulável”. [...] A autonomia aqui significa o poder de autodeterminação do indivíduo, correspondido ao poder público o dever de respeitar os sentimentos, as convicções, o temperamento, o modo de pensar, enfim, do indivíduo no tocante às alternativas de assistência médica postas a sua disposição, desde que, evidentemente, a opção do paciente por determinada medida terapêutica, medicamentosa ou cirúrgica não lhe venha causar danos irreparáveis, ou à comunidade.

IV) “A igualdade de assistência” prevista no inciso IV do artigo 7º significa que, nos serviços públicos, não pode haver distinção entre as pessoas. A assistência há de ser oferecida sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. É o princípio constitucional de promoção do bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras formas de discriminação (artigo 3º, IV, da Constituição). Nenhum atendimento há de privilegiar quem quer que seja, nem quanto à qualidade dos serviços, nem quanto à preferência de pessoas, nem à cobrança de valores adicionais e outros.

V) “Direito à informação”, às pessoas assistidas, sobre a sua saúde. Esse direito já está garantido no texto constitucional, artigo 5º, inciso XIV (é assegurado a todos o acesso à informação [...]”) e inciso XXXIII (“todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações do seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral [...]). Quis, porém, o legislador ordinário explicitar esse direito no campo da saúde, certamente para evitar a resistência dos membros da equipe médica de assistência e da administração hospitalar em fornecer os dados e informações requeridos sob alegação da “ética profissional” ou do “sigilo do prontuário”. Sem contar o fato de os profissionais de saúde se utilizarem de expressões essencialmente técnicas, de conteúdo ininteligível para o paciente,

negando, assim, ao indivíduo, o direito de conhecer o que se passa com seu próprio corpo e mente, tornando-se um estranho perante si mesmo.

VI) “Divulgação de informações sobre o potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.” Um dos corolários do direito à saúde, vale dizer do direito à assistência integral à saúde, é o de o indivíduo saber a quem recorrer em caso de necessidade e como utilizar-se dos serviços de saúde postos à disposição da população. Cabe, pois, aos poderes públicos divulgar no meio da comunidade todas as informações a respeito dos serviços disponíveis: modalidades, horários de atendimento, número de leitos etc.

VII) “Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”. Esse comando está diretamente ligado ao § 2º do artigo 5º. Se em tal parágrafo a vigilância epidemiológica caracteriza-se como um conjunto de ações no campo dos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, visando a recomendar e a adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos, a utilização da epidemiologia é fundamental para o estabelecimento de prioridades, para a alocação de recursos e orientação programática. Detectado o problema, urge proporcionar os meios e instrumentos para solucioná-lo. Quando o § 2º do artigo 10 prevê a organização de distritos sanitários, já está dando a tônica epidemiológica a essa forma específica de descentralização e reformulação dos serviços e ações de saúde.

VIII) “Participação da comunidade”. A participação da comunidade na gestão, no controle e na fiscalização dos serviços e ações de saúde a cargo do SUS é um dos pilares da organização do sistema, fincado na Constituição (artigo 198, III). Além de outros mecanismos existentes no ordenamento jurídico que podem ser acionados pelo indivíduo e pela coletividade na defesa e proteção do direito à saúde (direito de petição, direito de informação, denúncia ao Ministério Público, ações judiciais, associações ou grupos comunitários etc.), a participação da comunidade no SUS se faz, de modo institucionalizado, por meio de conselhos de saúde: nacional, estadual e municipal.

IX) “Descentralização político-administrativa” com direção única em cada esfera de governo:

- 1) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- 2) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Descentralização político-administrativa das ações e serviços públicos de saúde é a espinha dorsal do Sistema Único de Saúde. [...] A descentralização coloca o responsável pela ação perto do fato. Aquilo que o município pode fazer, o estado ou a União não deve fazer. O mesmo princípio é válido para o estado em relação à União.

A execução de ações e serviços de saúde, bem como de outros serviços de interesse social imediato, deve ser atribuída ao órgão ou à autoridade que esteja em contato direto com o administrado ou usuário. [...] permite ao usuário identificar o responsável pela ação, aumentando, assim, o grau de consciência do cidadão e a sua participação no governo.

[...] Esse novo enfoque de municipalização de serviços e ações de saúde virá consubstanciar, na prática, uma produtiva e rica parceria governo-comunidade, que favorece ainda o controle social das ações do poder público e abre caminho para um novo pacto federativo, influenciado pela solidariedade política e voltado para o êxito social.

Regionalização e Hierarquização. A hierarquização supõe três ou quatro níveis de complexidade da atenção integral à saúde, incluindo a assistência médica e hospitalar, organizados cada qual com resolutividade própria.

A regionalização, como distribuição espacial de serviços de saúde, de qualquer nível de complexidade, organizados para atender à população de uma região, exige a simultânea hierarquização desses níveis, cada qual

com resolutividade própria. Conhecer primeiro as necessidades e os serviços e, no processo social, hierarquizá-los e regionalizá-los.

Regionalizar serviços não significa, portanto, apenas distribuí-los espacialmente, mas também, e sobretudo, organizá-los com o indispensável suporte técnico e de recursos humanos, com suficiência de recursos e poder decisório definido sempre de acordo com as necessidades daquela população.

X) “Integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.” Reconhecendo a prevalência do meio ambiente e do saneamento básico no elenco de fatores determinantes e condicionantes, da saúde individual e coletiva (artigo 3º), o legislador determinou, neste inciso, a integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico. Ao estabelecer essa integração, quis o legislador avançar sobre o enunciado do artigo 3º, meramente constatação e orientação, mandando que se faça, na prática, a integração das ações de saúde com as ações no campo dos dois principais fatores determinantes e condicionantes do estado de saúde.

[...] Logo, sendo a saúde uma resultante da conjugação de vários fatores, a política de saúde é que deve ditar o conteúdo das políticas de meio ambiente e de saneamento básico, como aliás se infere do inciso II do artigo 5º.

XI) “Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população.”

Essa determinação legal está diretamente ligada ao princípio da unicidade do sistema de saúde. As três esferas gestoras do sistema devem conjugar esforços, a fim de alcançar a melhoria dos serviços prestados. A legislação específica facilita a organização dos serviços de saúde para um desempenho satisfatório.

[...] Além dos recursos mínimos previstos na Emenda Constitucional n.º 29/2000 e no artigo 195 da Constituição Federal; também integram o orçamento da saúde recursos de outras fontes (artigo 32)

XII) “Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.” A prática das ações e dos serviços de saúde, conjugada à exigência de qualidade e efetividade por parte do indivíduo e da população, adotou, com muito acerto, o termo *resolutividade*, para significar a qualidade de *resolutivo*, que *resolve*.

Uma ação ou um serviço de saúde resolutivo é aquele que resolve o problema trazido ou apresentado pelo paciente, seja mediante a aplicação, no ato, de um medicamento resolutivo, seja mediante a prescrição terapêutica que vai resolver, gradualmente, o problema, ou seja, ainda mediante a indicação de uma cirurgia, a recomendação de uma órtese ou de mudança de estilo de vida.

XIII) “Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.”

[...]

A economicidade é um princípio da organização e da administração em geral, seja pública ou privada: evitar o desperdício, o gasto injustificado de recursos, a oneração do custo de uma atividade, de um programa ou de um empreendimento.

A proibição de criação de um serviço quando outro pode executar a mesma tarefa está implícita no mandamento deste inciso. O poder público, ao criar determinado serviço, tem de demonstrar, previamente, que nenhum dos serviços existentes pode executar essa tarefa, justificando assim o investimento pretendido.

A *organização* do SUS consiste na estruturação de seus serviços e ações de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. A assistência à saúde exige que o estado disponha de todos os recursos, dos mais simples aos mais complexos, para recuperar a saúde do indivíduo. Daí falar-se em nível de atenção primária (unidades básicas

de saúde), nível de atenção secundária, terciária e quaternária (em que a grandeza é medida não tanto pelo tamanho físico, mas pelo potencial de atendimento dos casos mais complexos de agravo à saúde). Há, pois, uma hierarquia decorrente dos níveis de complexidade da rede de atendimento.

Quanto à *direção*, cabe esclarecer que, embora “único” para preservar, em todo território nacional, as suas características essenciais (alinhadas no artigo 7º como princípios e diretrizes), o sistema de saúde é dirigido, em cada esfera de governo (União, estado, Distrito Federal e município), pelo órgão político-administrativo responsável pelo setor de saúde: o Ministério da Saúde e Secretaria da Saúde. [...] Nos termos da respectiva *autonomia política e administrativa e da competência* que a cada uma é atribuída pela Constituição da República, Lei Orgânica da Saúde e legislação complementar federal, estadual, distrital ou municipal, conforme o caso. (CARVALHO e SANTOS, 2001, p. 71-92)

Todos os princípios guiam o administrado no modo de gerenciar o sistema de saúde na sua esfera de governo. Não há como afirmar que exista princípio mais relevante que outro. Contudo, destacam-se, a saber:

[...] Cada uma das esferas de governo, desde que respeitada a competência atribuída por lei para realizar os objetivos do Sistema Único de Saúde, é autônoma, nos limites de seu território, para praticar todos os atos referentes à organização e à execução dos serviços de saúde. [...] (CARVALHO e SANTOS, 2001, p.91).

O legislador apontou a *universalidade* como primeiro princípio, assim estava assinalando que a saúde “não é mais um seguro social” (CARVALHO e SANTOS, 2001 p. 72). O usuário não necessita realizar contribuição de qualquer natureza para ter acesso ao serviço de saúde. Por outro lado, a universalidade exige do gestor reconhecer os aspectos sociais, culturais, históricos, econômicos, familiares, dos usuários para o desenvolvimento dos serviços de saúde.

Do mesmo modo como indicou a *integralidade da assistência*, entrelaçando o princípio com a necessidade da prestação de um serviço de saúde harmônico e igualitário (princípio da igualdade da assistência), combinando as “ações de saúde com serviços de saúde preventivos, com assistenciais e curativos” (CARVALHO e SANTOS, 2001, p. 72-3). Na integralidade reside a responsabilidade do gestor de garantir ao indivíduo o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação da saúde.

Bem como a *igualdade de assistência* impõe responsabilidade ao gestor de garantir a sobrevivência do cidadão, como indivíduo, grupo familiar e grupo social. Deve ser marco inicial para o administrador compreender as diferenças sociais,

culturais, históricas, econômicas, familiares e pessoais, dos usuários, “não podendo haver distinção entre as pessoas” (CARVALHO e SANTOS, 2001, p. 76).

Sinaliza-se, neste azo, o denominado princípio da *equidade*, o qual é também considerado princípio do SUS, não se confunde com o princípio da igualdade que aqui analisamos. O princípio da equidade assegura ao cidadão, independentemente do grau de complexidade e da região onde está, a prestação do serviço de saúde. O princípio da equidade refere-se à garantia do usuário de que o gestor estabelecerá critérios de prioridades de atendimento e guarda relação de que o serviço que será produzido assim como para quem ele será distribuído.

Nesse contexto, sobre a participação da comunidade, sobre a participação popular:

[...] Se exerce o que se denomina de “democracia participativa” que se caracteriza pela participação da sociedade na formação dos atos de governo. [...] O direito subjetivo da população de controlar os atos dos administradores públicos é direito público subjetivo. [...] No SUS, a participação do cidadão em sua gestão pressupõe, ainda, o exercício do controle dos atos dos administradores públicos, uma vez que a Lei n.º 8.142/90 reza que os conselhos de saúde atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. (CARVALHO e SANTOS, 2001, p. 292-3)

É no ideário de “solidariedade” que se deve, também, pensar na solidariedade que toca à sociedade: a participação. Não podemos olvidar que diante das inúmeras mudanças sociais vividas pelo Estado brasileiro com a Constituição Federal de 1988 abarca o conceito de Estado Democrático de Direito.

Participação social é o envolvimento da comunidade com os problemas sociais, políticos, históricos e econômicos do local onde vivem os cidadãos, pois, por meio do controle social, o cidadão pode reivindicar e apontar soluções, colaborar com apresentação de projetos sociais, controlar, fiscalizar, exigir. A sociedade pode pressionar o gestor a adotar determinado comportamento, decidir por dada política pública.

O destinatário das ações do controle social é o Estado, que tem o dever de cumprir com suas obrigações. Institucionalmente, a participação e o controle social no âmbito político de uma comunidade, e igualmente para a organização e gestão do SUS, provocam significativo impacto. Na seara da saúde, a participação social concretiza-se pelos conselhos de saúde (nacional, estadual e municipal).

A participação da comunidade impõe a criação e a manutenção de diferentes instituições de participação democrática em saúde, sendo as mais preponderantes as fixadas pela Lei n.º 8.142 de 1990 que regula os mencionados conselhos de saúde e as conferências de saúde.

Acerca do assunto:

A conferência de saúde reúne-se a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas públicas nos níveis correspondentes. Nesse sentido, as diretrizes do SUS são consideradas fundamentos para a elaboração das políticas públicas de saúde e, conseqüentemente, para a produção das normas jurídicas de direito sanitário e para a efetivação do direito à saúde. Já os conselhos de saúde operam em caráter permanente e deliberativo. São órgãos colegiados compostos por representantes dos governos, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. (CARVALHO e SANTOS, 2001, p. 308-9)

Os princípios da universalidade e da integralidade estão intimamente relacionados, e essa relação é determinada pela maneira como o Estado brasileiro decide sobre quais serviços e produtos serão oferecidos no âmbito do sistema público de saúde. Nesse azo, cumpre referir a Lei n.º 12.401/2011, que organiza de que forma o Estado brasileiro irá definir as ações e serviços de saúde a serem oferecidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentando a integralidade.

Os princípios são fundamentais para que o usuário tenha exata compreensão de como o Estado deve cumprir seu dever e proteger seu direito à saúde, pois são os princípios que esclarecem ao cidadão o fundamento das políticas públicas que o Estado implanta na área da saúde. Pela leitura da legislação estruturante do SUS, é possível afirmar que a territorialização é apenas ferramenta empregada pelo gestor para planejar e organizar estratégias.



### 3 TERRITÓRIO E CONCEITOS

Estabelecidas premissas a partir da legislação estruturante do SUS e das noções de gestão é possível abarcar autores e esmiuçar os conceitos de território. A visão abrangente apresentada possibilita vincular território à ferramenta de gestão territorialidade. A concepção de território centrada não apenas em critérios de delimitação espacial possibilita também que se compreenda que o sistema de saúde deve se organizar para responder socialmente, sendo que a resposta social ao usuário deverá sobrevir tanto no âmbito individual, como no coletivo.

#### 3.1 TERRITÓRIO É UM ESPAÇO MODIFICADO PELO TRABALHO E REVELA RELAÇÕES DE PODER

O território é um desses conceitos complexos, substantivado por vários elementos, no âmbito do pensamento e em unidade com o mundo da vida. Junto ao conceito de territorialidade expressa pelas relações sociais exercidas pelos atores no território, remete-nos a compreender as diferentes perspectivas para o entendimento dos sujeitos e processos das problemáticas socioespaciais. Segundo Ferreira, Penteado e Silva Júnior (2013, p. 806):

[...] Para isso, nós nos apropriamos das concepções de território e territorialidade, oriundas da geografia e de outros campos do conhecimento, como a ciência da saúde e da filosofia. [...] A partir da interação entre disciplinas caracteriza uma proposta interdisciplinar que pode ir da simples comunicação de ideias até integração mútua de conceitos [...] que revelam as relações sociais, efetivadas entre os sujeitos e o objeto, ou seja, as relações que se concretizam no território e significam territorialidade.

De acordo com os mesmos autores, Raffestin afirma que o espaço vem antes do território, ou seja, o território é formado a partir do espaço, em função da ação de um ator sintagmático (aquele que realiza determinadas ações) em diferentes níveis. Ao se apropriar de um dado espaço, de forma concreta e

abstrata, o ator “territorializa” o espaço (apud FERREIRA, PENTEADO, SILVA JÚNIOR, 2013, p. 806).

Os elaboradores do artigo referem Rullani que sobre o tema sustenta que território significa enraizamento, identidade e conexões, recursos ambientais e infraestrutura, relações cotidianas, conhecimentos, experiências e lugar de vida, tem uma dimensão local e outra global, em que a territorialização se dá, principalmente, por fatores econômicos e culturais. Seguem os autores alegando que as forças econômicas, políticas e culturais, reciprocamente relacionadas, efetivam o território *no* e com o espaço geográfico, centrado e emanado *na* territorialidade cotidiana dos indivíduos. A apropriação e a produção territorial são processos econômicos, políticos e culturais. Elas estão intimamente ligadas à produção do território (apud FERREIRA, PENTEADO, SILVA JÚNIOR, 2013, p. 805).

Santos (apud FERREIRA, PENTEADO, SILVA JÚNIOR, 2013, p.805), entende território como espaço socialmente usado, o *locus* onde são produzidas as ações dos homens, das empresas, dos estados e demais instituições sociais, ou seja, o território pode ser compreendido como sinônimo de espaço geográfico, resultante das práticas de todos os agentes que envolvem todas as ações e todos os interesses sociais. Fundamentados em Claude Raffestin, os autores, a partir de estudos da geografia, entendem território como espaço formado por relações sociais efetivadas entre o sujeito e o objeto, ou seja, as relações que se concretizam no território e significa territorialidade, o que contribui para a compreensão do cotidiano dos agentes.

Seguem os autores expondo os ensinamentos de Morin e Le Moigne sustentado que na atual complexidade do Sistema de Saúde, a interdisciplinariedade tem envolvido ações que permeiam tanto as práticas como os discursos disciplinares como forma de superação ao enfoque mecanicista e simplificador em que o ser humano frequentemente é concebido em partes/fragmentos/pedaços, mencionando Santos e Hammerschmidt. Dessa forma, os princípios de complexidade propostos por Morin e Le Moigne, já mencionados, incitam a construção do conhecimento na saúde para prática de inter-relação, de interdisciplinariedade e interação, articulando os conhecimentos das diferentes áreas, suprimindo assim, a supremacia do conhecimento fragmentado (apud FERREIRA, PENTEADO, SILVA JÚNIOR, 2013, p. 806).

Nesse contexto, aludindo Merhy, aponta ainda que a produção de atos de saúde é formada por segmentos, superfícies e territórios inseridos em uma lógica capitalista que não favorece a produção de subjetividade sujeita à lógica dominante. Para a produção de atos de saúde, os sistemas de saúde organizam-se sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição dos serviços de saúde segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência que devem ser coerentes com os níveis de complexidade das ações de atenção (apud FERREIRA, PENTEADO, SILVA JÚNIOR, 2013, p. 807).

A organização desses serviços segue os princípios da regionalização e hierarquização, delimitando uma base territorial formada por agregações de saúde, da equipe de saúde da família e a área de abrangência de postos de saúde.

A territorialização, nesse sentido, é o caminho para fazer o reconhecimento do território vivo com vistas à organização do processo de trabalho. Os autores referindo Deleuze e Guattari, apontam que existe um duplo agenciamento maquínico de corpos que são as máquinas sociais, as relações entre os corpos humanos, ações e paixões, mistura de corpos agindo uns sobre os outros.

Para Matumoto, trazem à baila os elaboradores do artigo, que os profissionais de saúde, ou na concepção de Raffestin, os atores sintagmáticos, que produzem atos cuidadores nos diferentes territórios de produção de atos de saúde, devem inventar modos de criar agenciamentos maquínicos de desejo de uma nova saúde, formando parcerias com os usuários e grupos organizados da comunidade. Matumoto cita que esse é um dos desafios propostos por alguns modelos de atenção à saúde. As instituições de saúde e os atores sintagmáticos entrecortam-se em linhas que desenham territórios, às vezes atentando contra aquilo que é seu sentido de existência, no caso da saúde, a vida: a vida dos atores sintagmáticos e vida dos usuários (apud FERREIRA, PENTEADO, SILVA JÚNIOR, 2013, p. 807).

Referindo Raffestin, os autores do texto analisado distinguem que, a partir de sua compreensão, de que a complexidade das relações de poder e dominação e de que o modo de produção capitalista dinamizou o território, elaborou o conceito de *sistema territorial*, podendo ser chamado de “essencial visível”, das práticas espaciais. Para o autor, esse sistema é construído pelos atores e suas relações de poder e para efetuar as ligações econômicas, políticas e culturais nos territórios (apud FERREIRA, PENTEADO, SILVA JÚNIOR, 2013, p. 808).

Aludindo Merhy, dizem que uma importante peculiaridade do trabalho em saúde está na produção de serviços junto ao usuário, que nada mais é que seu produto final “[...] no qual ficam claras as necessidades de saúde do consumidor, que procura ações de saúde com valor de uso fundamental. As tecnologias leves são as tecnologias de relações, como o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e autonomização” (apud FERREIRA, PENTEADO, SILVA JÚNIOR, 2013, p. 809).

O acolhimento, como forma de responsabilização, pressupõe o reforço do vínculo, compromisso do profissional/equipe de saúde com o usuário, tanto na produção de sujeitos autônomos, quer profissionais, quer usuários, quanto no aumento do percentual de cura. Galvão e colaboradores abordam o fato de Raffestin ter construído uma abordagem relacional em que o território é formado pelas relações de poder multidimensionais e a territorialidade é o produto dessas relações.

Explicam os autores:

[...] entendendo “poder” como um conjunto de diferentes relações que permeiam determinado lugar. Por isso, a concepção não deve ser vinculada exclusivamente à figura de um território fixo, um recurso, mas deve ser concebida como algo que ultrapasse as barreiras dos territórios materiais através de relações distribuídas por toda a organização social. O poder, portanto, é relacional, pois é intrínseco a todas as relações sociais. (apud FERREIRA, PENTEADO, SILVA JÚNIOR, 2013, p. 810)

Raffestin, segundo os autores, define a territorialidade conforme aduzem os autores do artigo como:

[...] um conjunto de relações que se originam num sistema tridimensional sociedade-espaco-tempo em vias de atingir a maior autonomia possível, compatível com os recursos do sistema. [...] essa territorialidade é dinâmica, pois os elementos que a constituem [...] são suscetíveis de variações no tempo. Essa territorialidade resume de algum modo, a maneira pela qual as sociedades satisfazem num determinado momento, para um local, uma carga demográfica num conjunto de instrumentos também determinados, suas necessidades em energia e em informação. (apud FERREIRA, PENTEADO, SILVA JÚNIOR, 2013, p. 811)

Nesse sentido, a desterritorialização é o movimento pelo qual se abandonam o território e a reterritorialização, ou seja, é o movimento de construção do território, considerando-se etnias, estratificações materiais e mentais.

Explicitam que nesse caminhar o território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem, mas é base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida sobre os quais ele influi; não é apenas o lugar de uma ação pragmática, e seu exercício comporta, também, um aporte da vida, uma parcela de emoção. Assim, quando se menciona a possibilidade de haver um território fruto de uma mistura de identidades ou ainda sobreposição de identidades, organização social das ações manifestadas no cotidiano, para a organização do território, devem ser ponderados os pensamentos e desejos que as diferentes identidades estabelecem no território em que manifestam sua territorialidade.

### 3.2 TERRITÓRIO EXISTENCIAL

Um território existencial não se refere a um território como um ponto em um mapa, estático e já delimitado em si. Mais que uma delimitação espacial, um território existencial é uma localização espaço-temporal. Ele define-se a partir de uma localização espacial que é configurada no tempo, ou seja, ele é um território em processo, em constante processo de realização. Território existencial são os territórios vivos, em constante mutação. Segundo Macerata, Soares e Ramos, (2014, p. 920): “[...] quando analisamos e intervimos em determinado campo de saúde, qual seria o foco se não a vida em suas formações e seus processos? [...] O que é apoiado na prática do apoio é um território existencial”.

No âmbito nacional, o Sistema Único de Saúde (SUS) observa-se um movimento que visa à produção de redes de saúde a partir de territórios, tendo a AB (atenção básica) como o grande ponto de articulação das redes. Esses investimentos visam principalmente à ampliação do acesso, da qualidade, resolutividade e integralidade da atenção, a diminuição na fragmentação entre os níveis de atenção, assim como mudanças nos modelos de gestão e atenção. Essa aposta ressalta a importância do funcionamento em rede do sistema e da centralidade da AB (Atenção Básica) no Sistema Único de Saúde. O Ministério da Saúde tem função régia de formulação e indução dos sistemas, o que

historicamente era feito por meio de análises centralizadas, com modelos a serem implantados nos territórios unicamente por intermédio de financiamentos e portarias. [...] gerando, entre outras coisas: dificuldades para a consolidação da descentralização.

Percebe-se, então, uma linha de sentido que liga a AB (Atenção Básica) ao apoio como uma metodologia. Essa linha podemos dizer que consiste na construção da política e no direcionamento do sistema a partir da vida de trabalhadores e usuários, suas características locais, seus saberes, suas experiências singulares.

Tensionamento que entendemos ser também o ponto central no cuidado em saúde para população: como cuidar/apoiar territórios singulares com ofertas que contemplem essas singularidades? É na aproximação e na fundamentação das políticas no/para/com/por meio dos territórios de vida singulares que se faz o cuidado com os usuários e também o fortalecimento das redes do sistema.

Sobre o território existencial:

Território existencial. [...] A matéria-prima são os territórios vivos, e a metodologia de intervenção é a aproximação, habitação, composição e cuidado dos territórios. Contudo, na relação com os territórios, é necessário, antes de tudo, considerar a maneira como estamos o território que a saúde intervém. Esses territórios aos quais nos referimos não se reduzem a uma região administrativa, região geográfica na qual uma equipe de Estratégia de Saúde na Família se situa, ou conjunto populacional adscrito a uma determinada equipe. Contudo, tendemos a tomar os territórios como uma realidade dada e preexistente. E, mesmo que consideremos certa dinamicidade, ainda o explicamos mediante seus personagens formados. Essa maneira de entender o território considera que os personagens e os estados de coisas dos territórios seriam prévios a sua formação, o que acaba por conferir ao território uma identidade anterior imutável. Entendemos que um território existencial é um ambiente vivo que está sempre sujeito a modificações, desvios e recriações de si mesmo, já que sempre se constitui na relação com os outros territórios em movimento. (MACERATA, SOARES e RAMOS, 2014, p. 921-22)

Alvarez e Passos, citados pelos autores do artigo, falam que o território teria uma dimensão territorializada que dá sua forma como um estado de coisas a nossos olhos, mas ele também teria um sentido e uma expressividade, que define a dimensão processual e qualitativa do território – o que precisamente faz dele um território existencial (apud MACERATA, SOARES, RAMOS, 2014, p. 922).

Sobre a formação do território existencial:

[...] As formações no território – seus sujeitos, seus grupos – se formam por meio de um agenciamento coletivo e impessoal de componentes que constituem formas-estados complexos. Esse agenciamento faz emergir formas individuais e/ou coletivas como territórios existenciais autorreferenciais, que constituem um corpo individual e/ou coletivo o qual pode ser observado, pode ganhar nome: um sujeito, um grupo, uma cultura. [...] Os sujeitos e populações com as quais intervimos são produzidos em um contexto, uma paisagem subjetiva que é composta de diversos fatores que podemos identificar e nomear objetivamente – condições sociais, econômicas, sanitárias, culturais – mas também, colada e misturada a eles, há sempre essa dimensão processual. Assim, os territórios existenciais são movimentos, expressividades que não pertencem a seus agentes, a quem protagoniza o ato de expressar. [...] A ideia de território existencial nos é cara, primeiramente, para pensar a intervenção, pois, entender sujeitos, populações e regiões como territórios existenciais nos traz a necessidade de considerar que não estamos somente intervindo junto a figuras determinadas. Estamos intervindo também junto a um processo de formação, uma dimensão não objetiva da realidade, o que torna mais complexa suas figuras, já que estão existindo em uma certa relação entre elementos objetivos e elementos não objetivos, não identificáveis, e que, toda essa complexidade está em constante mutação. (MACERATA, SOARES, RAMOS, 2014, p. 922-23)

A concepção sob outro prisma do tema tratado, sobre os sujeitos que participam da relação social nos serviços de saúde, ou seja, o sujeito que está dentro (profissional de saúde, gestor, o financiador) e o sujeito que está fora (indivíduo, usuário, família, sociedade estrito senso):

[...] Uma segunda contribuição que a ideia de território existencial nos traz é a de que o interventor não pode mais se constituir como um observador que pressupõe estar externo à realidade observada, uma posição exterior que descreveria as condutas no território. E ainda, nossa intervenção altera não só o território existencial [...] assim como transforma o agente da intervenção, já que este passa a compor tal território (MACERATA, SOARES, RAMOS, 2014, p. 923).

Território existencial e território vivo são conceitos que se aproximam para contribuir na definição de estratégias de acessibilidade, flexibilizando ferramentas de estrutura rígida, como a territorialidade.

### 3.3 TERRITÓRIO, COTIDIANO E VULNERABILIDADES SOCIAIS

Pode-se compreender a territorialidade como uma espécie de âncora ou ponto de referência cultural em que é possível a vivência com os outros em determinado período de tempo. O espaço social que podemos denominar como

território é uma realidade relacional, composta, por um lado, pelos objetos naturais, geográficos, e, por outro, pela sociedade em movimento. De acordo com Leão e Barros (2012, p. 574-5):

[...] serviços substitutivos de assistência à saúde mental de base comunitária e territorial, é a intervenção no contexto de vida dos usuários, buscando explorar os recursos existentes para a viabilização dos projetos terapêuticos, os quais devem possibilitar transformações concretas do cotidiano. Nesse contexto, foi desenvolvida a pesquisa que tem como referencial metodológico a teoria da vida cotidiana, proposta por Agnes Heller, e as categorias analíticas, território e reabilitação psicossocial. Trata-se de um estudo de caso com a finalidade de identificar e discutir as possibilidades das práticas territoriais na produção de mudanças no cotidiano dos usuários.

[...] As ações no território é que dão significado para o cotidiano do serviço e nisso reside a importância dessas intervenções [...]. Nesse sentido, consideramos que o trabalho no território é um pressuposto para a consolidação da mudança de paradigma na atenção à saúde mental, visto que desloca as intervenções do espaço institucional para o cuidado do indivíduo na comunidade. [...] Podemos compreender a territorialidade como uma espécie de âncora ou ponto de referência cultural onde é possível a vivência com os outros em determinado período de tempo.

(LEÃO e BARROS, 2012, p. 574-5)

Em relação ao território, tido como um espaço relacional:

[...] A discussão em torno da construção de uma rede ampliada que avance as paredes do serviço é sempre conflituosa. [...] não existe um lugar onde tudo seja novo ou velho, cada situação é uma combinação de elementos com idades diferentes. A ação dos fatores de organização existentes nesse lugar, como a política, a economia, o social, o cultural, é que irá determinar a aceitação ou a rejeição do novo.

[...] O espaço social que podemos denominar como território, é uma realidade relacional, composta, por um lado, pelos objetos naturais, geográficos, e, por outro, pela sociedade em movimento. A dinamicidade corresponde às inter-relações estabelecidas entre os indivíduos, mediadas pelos aspectos cultural, social, legislativo, político, econômico e social, produzindo transformações, as quais ocorrem através do cenário natural e da história social inscrita e refletida nos modos de viver e no que é percebido e compreendido acerca do lugar.

[...] o cotidiano é o lugar das pequenas revoluções, das transformações que induzem a processos de apropriação, de condução da vida, traduzidas em autonomia, liberdade de escolha, flexibilidade nos padrões de pensamentos, sentimentos e ações.

[...] O tema território, segundo os discursos, era presente na ocasião da coleta de dados, nas discussões entre a equipe como um todo em torno da questão de organização do serviço. Foi possível reconhecer nos discursos as concepções de território: território como espaço que potencializa ações de cuidado, território como espaço de relações e o território em que estão inseridos o serviço e seus usuários. (LEÃO e BARROS, 2012, p. 575-7)

Já na concepção de território como espaço de cuidado, diz-se que:



[...] O território é compreendido como uma possibilidade de cuidado na medida em que permite uma prática terapêutica orientada para a criação de estratégias voltadas para a convivência e o estabelecimento de redes de afetos e de sociabilidades.

O território é efetivo porque é onde estão os recursos. Os recursos são, sobretudo, as pessoas, os trabalhadores, os familiares e a comunidade que também comporta os recursos materiais. Além disso, a possibilidade de estar no ambiente de vida do indivíduo proporciona a compreensão de sua existência social, concreta e complexa, e permite estimulá-lo como sujeito ativo, dentro e fora do serviço. Assim, a noção presente de território nos discursos é a de um espaço potencializador das intervenções dos trabalhadores. [...] Conceituar o território como o lugar de vida, das relações sociais e dos recursos disponíveis permite o deslocamento de uma das questões importantes que se refere ao cuidado, o qual deixa de ser focado na doença e passa a ser orientado também para o sujeito que sofre e ao modo de sofrer que constrói a partir de sua relação com o social. (LEÃO e BARROS, 2012, p. 578)

O território tem relação com o espaço no âmbito das relações sociais. É no espaço geográfico que se estabelecem as relações sociais. A percepção das pessoas, quanto ao território, e aos grupos sociais, igualmente advêm da situação econômica e cultural:

[...] É possível, então, estabelecer uma relação entre o território, a condição socioeconômica e os transtornos mentais. [...] As condições associadas à pobreza e à fragilidade dos vínculos societários, como o desemprego, a privação, o desabrigo, o baixo nível de instrução, contribuem para a manifestação dos transtornos mentais, [...] Os discursos indicam o funcionamento do serviço, pautado pela relação com o território, como o significado atribuído para as ações no cotidiano de trabalho. [...] Por esse ângulo, não basta a existência do serviço territorial se o mesmo não promove intervenções nos espaços de vida das pessoas, pois é ali que o sofrimento está implicado. (LEÃO e BARROS, 2012, p. 579)

Sobre a possibilidade de se conhecer o território, verifica-se que:

[...] O conhecimento ultrapassa a perspectiva geográfica, pois “não bastam os mapas e as estatísticas: o território só adquire verdadeira realidade aos olhos dos trabalhadores de saúde quando transitam por ele” e, assim, entram em contato com a sua configuração compreendida pelas ruas, pelo cotidiano, o que torna possível visualizar as potencialidades de uma dada região.

[...] Conhecer o território significa saber utilizar os seus recursos a fim de fornecer respostas mais adequadas e individualizadas aos usuários. Isso significa dizer “raciocinar com os pés”, ou seja, é com os pés que se pode conhecer de fato o contexto e o cotidiano das pessoas.

[...] Somente por meio desse raciocínio é que se pode compreender como se criam e se produzem as relações, os sofrimentos e a saúde, pois o território são as pessoas, as histórias dos homens e não um espaço físico. O mapeamento dos recursos do território pode ser uma estratégia importante para o serviço.

No sentido da localização geográfica, busca-se identificar as instituições comunitárias, as igrejas, as escolas e seus projetos, as associações

governamentais e não governamentais, os projetos direcionados para a terceira idade, instituições voltadas para a realização de projetos culturais, espaços de lazer e de atividades esportivas, associações de bairros, grupos de autoajuda, enfim, cenários que possam ser utilizados conjugando as necessidades dos usuários ao que está disponível no seu contexto. (LEÃO e BARROS, 2012, p. 580-1)

#### A influência do território na qualidade do serviço prestado:

[...] O serviço de qualidade é aquele que permite uma alta integração entre o que está dentro e o que está fora, há uma permeabilidade dinâmica e prevalente dos saberes e dos recursos, “direcionada às necessidades dos usuários e não às do serviço”. [...] Para tanto, é preciso conhecer o contexto em que o serviço se encontra, ou seja, os recursos e as necessidades da população nesse território. O território em que se situam o serviço e a população atendida é um espaço marcado por intensas vulnerabilidades sociais. (LEÃO e BARROS, 2012, p. 581)

O território é vivo, existencial, espaço relacional, portanto, em constante processo de transformação para fornecer respostas adequadas ao usuário (indivíduo, família, sociedade estrito senso) quando se trata de sistema público de saúde no Brasil.

### 3.4 TERRITÓRIO E SENTIDOS

Nenhum serviço poderia resolver isoladamente todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território. Porém, deve-se atentar para dois aspectos relevantes. O primeiro refere-se aos múltiplos sentidos que a palavra território pode conter, já que o conceito de território tem sido utilizado e desenvolvido em diversos campos do conhecimento. O segundo, para o qual o território é todo dinâmico, permite uma visão não fragmentada dos diversos processos sociais, econômicos e políticos. A ideia de território transitaria do político para o cultural, das fronteiras entre povos aos limites do corpo e ao afeto entre as pessoas.

No dizer de Lima e de Yasui (2014, p. 593),

o conceito de território está presente em múltiplas dimensões e sentidos. Aparece em documentos que expressam princípios e diretrizes das políticas de saúde e no planejamento das ações locais, e é elemento central para organizar a rede de cuidado na atenção psicossocial.

[...] A 'lógica do território' é uma ideia central, norteadora das ações a serem engendradas pelos serviços, de forma intrinsecamente associada ao tempo e ao lugar em que as ações são elaboradas e realizadas. [...] Na saúde coletiva brasileira, este conceito adquire destaque, especialmente a partir da implantação do Sistema Único de Saúde como um dos princípios organizativo-assistenciais mais importantes desse sistema. (LIMA e YASUI, 2014, p. 593)

Seguem Lima e Yasui (2014, p. 593-4) sustentando que para filósofos franceses, o território é pensado como uma construção provisória que se dá sempre em relação a processos de desterritorialização e reterritorialização. Aludem as palavras de Gilles Deleuze, no sentido de que "o território só vale em relação a um movimento através do qual dele se sai". E continua: "*não há território sem um vetor de saída do território, e não há saída do território, ou seja, desterritorialização, sem, ao mesmo tempo, um esforço para se reterritorializar em outra parte*"

Os autores citam o geógrafo Milton Santos, referência na área de território. Acrescentam que as discussões mais recentes sobre o tema do território trouxeram para o campo da saúde um importante geógrafo brasileiro: Milton Santos. Seus trabalhos serviram para reorientar as concepções sobre espaço e saúde no âmbito da saúde coletiva. Em seus estudos, o território é uma categoria central. Negando a visão tradicional da geografia que considera o território como um objeto estático com suas formações naturais. Santos apresenta o território como um objeto dinâmico, vivo, repleto de inter-relações, e propõe o detalhamento das influências recíprocas do território com a sociedade, seu papel essencial sobre a vida do indivíduo e do corpo social. Para o autor, o território englobaria as características físicas de cada área, e também as marcas produzidas pelo homem.

Ainda segundo os autores do texto avaliado, verifica-se que são destacados como elementos importantes a copresença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização com base na contiguidade. Esta sociabilidade do cotidiano é constituída de pessoas, empresas, instituições, formas sociais e jurídicas e formas geográficas.

A partir do acima exposto, podemos caminhar em direção a um entendimento do território que supere a noção de delimitação geográfica sobre a qual um determinado serviço se torna responsável, devendo atender às pessoas com domicílio naquele local. O território, na concepção dos autores citados acima é relacional.

Os autores ressaltam que a ideia de território transitaria do político para o cultural, das fronteiras entre os povos aos limites do corpo e ao afeto das pessoas. Apontam a delicada linha estabelecida entre o aspecto geográfico do território, as relações de afeto e os limites do corpo (que engloba saúde e doença).

A partir do acima exposto pode-se caminhar em direção a um entendimento do território que supere a noção de delimitação geográfica. Conforme se observou os autores esclarecem o território sob o aspecto relacional:

[...] Há histórias sociais que produzem marcas e formas peculiares de se expressar na mesma língua portuguesa, com palavras e sons particulares; modos de expressão cultural que revelam influências de diferentes culturas nas festas e celebrações, na culinária, na dança, na música; territórios com sua base econômica e formas de exploração do homem com suas consequências no modo de viver e levar a vida. A oferta, a organização, a distribuição e o acesso aos serviços e instituições também trazem as marcas locais da construção das políticas públicas.

[...] Assim, organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar. Para tanto, é preciso trabalhar com um conceito relacional de território, que leve em conta modos de construção do espaço, de produção de sentidos para o lugar que se habita, ao qual se pertence por meio das práticas cotidianas. O território é o chão e mais a população. (LIMA e YASUI, 2014, p. 598)

Na esteira dos autores Lima e Yasui (2014, p. 593-606), ir ao encontro do território é estar atento aos modos de organização, articulação, de resistência e de sobrevivência que as pessoas que ocupam os espaços territoriais e vão inventando e reinventando o seu cotidiano.

[...] O conceito de território é, portanto, complexo e deve ser abordado também na perspectiva de libertar o conhecimento local, advindo das necessidades e das realidades locais. O conhecimento local expresso nas práticas cotidianas e heterogêneas é o conhecimento que contribui na produção de sentidos para uma nova semântica do território e seu viver. (LIMA, YASUI, 2014, p. 604)

Assim, solar que para organizar serviço de saúde que opere segundo a lógica do território é importante olhar e ouvir a vida que pulsa no lugar. É encontrar e ativar os recursos locais.

### 3.5 TERRITÓRIO E INTERSETORIALIDADE

‘Territorialidade’, como inscrição da práxis humana, é a expressão sobre determinado território, das práticas sociais nele desenvolvidas, do poder sobre o espaço. O processo de definição dos objetivos de desenvolvimento sustentável, no campo da saúde, foram reafirmados na Conferência Mundial de Saúde Urbana, da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde e da própria Rio+20.

A construção de territórios sustentáveis é resultado do enfrentamento de distintas visões que buscam dirigir a produção social do espaço e das territorialidades. Para a definição dos objetivos sustentáveis é necessário um processo de governança participativo, com diversos atores, com vontade e capacidade de construir, com hierarquização de prioridades, a partir das necessidades dos territórios. Encontrar soluções tecnopolíticas baseadas na ecologia dos saberes, constituindo-se, assim, um processo de gestão estratégico-situacional e comunicativo. Tornam-se relevantes as relações entre os determinantes sociais da saúde e a equidade em saúde. Importante considerar a intersectorialidade e a interescalaridade (GALLO e SETTI, 2014, p. 4384).

Esta abordagem permite a análise de consistência, por articulados referenciais teóricos, críticos adotados à ação concreta e pragmática. Inicialmente, duas categorias permitiram este vínculo teórico-prático: Projeto e Territorialidade.

Assim, Projeto é tido por GALLO e SETTI (2014, p. 4388),

‘Projeto’, considerado como “superação subjetiva da objetividade, tenso entre as condições objetivas do meio e as estruturas objetivas do meio e as estruturas objetivas do campo dos possíveis”, que busca atualizar-se em organizações enquanto cristalização institucional de uma correlação de forças. [...] Do mesmo modo, a saúde é entendida como elemento de aumento da produção e renda, concebida como “direito humano e universal em sua dimensão básica (acesso universal aos cuidados básicos de saúde” [...]. (GALLO e SETTI, 2014, p. 4388)

Evidentemente, tanto o Projeto como a Territorialidade pressupõem a existência de sujeitos individuais ou coletivos, portadores de projetos e atores sobre o território. São, portanto, construtores de territorialidade. Devem atender à demanda social. Garantir que nenhum cidadão tenha seus direitos humanos universais negados e promova-se o desenvolvimento sustentável com inclusão

social. Assim, o Projeto precisa partir da territorialidade e expressar-se nela mesmo para objetivar-se. Nesse sentido, sempre será situacional, o que exige a análise do contexto estratégico, da correlação de forças sobre o território e das competências necessárias à sua implantação e implementação. Em outras palavras, mecanismos de governança e gestão estratégica que garantam isto.

Em conformidade com Gallo e Setti (2014, p. 4387),

[...] Isso implica em um desafio teórico-prático cuja factibilidade e viabilidade precisam ser demonstradas a partir de experiências concretas, demandando a implantação, gestão e avaliação de agendas territorializadas. Neste sentido, estas devem apoiar a promoção da inclusão social e do desenvolvimento humano sustentável, visando ampliar o acesso à cidadania, a preservação do meio ambiente, o desenvolvimento econômico e a qualidade de vida, tendo a governança intersetorial e participativa como modo de gestão e o território como elemento contextualizador de sua implantação. [...]. (Gallo e Setti, 2014, p. 4387)

A proposição do desenvolvimento sustentável é que as ações sejam impactantes de tal modo a que definam estruturas locais e atendam às demandas, possibilitando às populações afetadas melhorias qualitativas e quantitativas de vida. Isto visa a intersectorialidade e participação social. Nesse andar:

[...] A factibilidade e a viabilidade destas agendas demandam mecanismos de governança e estratégias de gestão que utilizem a intersectorialidade e a interesalaridade como parâmetros de ação territorial e ferramentas de avaliação capazes de produzir evidências de sua efetividade em relação ao desenvolvimento sustentável e saudável. Para avaliar a consistência da Agenda pós-2015, em relação ao desenvolvimento sustentável e saudável, adotou-se a abordagem ecossistêmica e a abordagem comunicativa do Planejamento Estratégico Situacional (PES), pois pressupõem a participação social na gestão das políticas, particularmente da comunidade local, a partir da análise situacional e estratégica, produzindo e utilizando informações diversas que possibilitem demonstrar as interfaces entre bens e serviços dos vários ecossistemas. Também buscam estabelecer mecanismos de governança que abranjam as políticas ambientais, sociais, econômicas e que resultem em propostas de gestão integrada, a partir da formulação e efetividade de programas, políticas e projetos. (GALLO e SETTI, 2014, p. 4387)

No que se refere à autonomia, verifica-se que é destacada a importância da participação social, afirmando-se a necessidade de envolvimento dos diversos atores, inclusive do setor privado, bem como a importância do empoderamento social (étnico, de gênero, de grupos excluídos, entre outros) e de modos de governança participativos.

No que tange a equidade, a Agenda considerou a necessidade de promover a inclusão de populações vulneráveis, especialmente de crianças, jovens, mulheres e grupos excluídos. Isto também se reflete no destaque dado à erradicação da pobreza, à afirmação de que os objetivos devem incluir a todos e que somente serão considerados atingidos quando alcançarem todos os segmentos sociais, especialmente os mais excluídos, que buscam materializar a diretriz *leave no one behind*. Sobre a Agenda:

[...] A Agenda contempla os pilares do desenvolvimento sustentável, o território, a interesalaridade e a intersectorialidade, mas principalmente, aponta o desafio de construção de sua efetividade, que implica no alinhamento estratégico e no desenvolvimento de capacidade de gestão dos planos para os focos de ação, considerando-se as variáveis territoriais que irão determinar a especificidade da sua aplicação local, sua governabilidade.

[...] A Agenda do Desenvolvimento pós-2015 [...] sua efetividade, entretanto, dependerá de seu reatamento sobre o território, de sua expressão em agendas territorializadas, cuja governança e gestão estratégica, em especial a avaliação de efetividade são desafios mais relevantes, demandando objetivos, metas e estratégias matriciais capazes de articular os pilares do desenvolvimento sustentável. (GALLO e SETTI, 2014, p. 4393)

## 4 O DISTRITO SANITÁRIO

Eugênio Vilaça Mendes possui vários trabalhos publicados no Brasil e no exterior sobre saúde pública e sobre o Sistema Único de Saúde – SUS. Seu profundo conhecimento contribuiu de modo acentuado para alcançar as escolhas dos legisladores e gestores do SUS.

Relevante o entendimento de Eugênio Vilaça Mendes sobre saúde pública. Nesse diapasão é conveniente expor os recursos apresentados pelo autor em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Nessa definição, o mencionado escritor como organizador da obra *Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde* (1999) sustenta que o Distrito Sanitário corresponde, em nosso País, ao que internacionalmente, como consequência da Resolução XV, da XXXIII Reunião do Conselho Diretivo da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), aprovada na décima sessão plenária por todos os ministros de Saúde das Américas, em 20 de setembro de 1988, denominou-se de Sistemas Locais de Saúde (Sistemas Locales de Salud): os SILOS.

No Brasil, o Distrito Sanitário resulta de mandamento legal contido no art. 10 e parágrafos da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990:

Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. § 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância. § 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde. (BRASIL, 1990)

Nesse sentido, pretende-se desenvolver a concepção de Distrito Sanitário como processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, o que implica considerá-lo nas suas dimensões política, ideológica e técnica. Diz Mendes (1999b, p. 94-5)

O Distrito Sanitário tem uma dimensão política, dado que busca a transformação do Sistema Nacional de Saúde, atuando na sua base operacional de nível local, numa situação de poder compartilhado, onde se manifestarão diversos interesses de distintos atores sociais. O Distrito



Sanitário é, portanto, microespaço de luta política entre atores sociais portadores de diferentes projetos, no qual se deve procurar a acumulação do capital político, poder, para construir viabilidade à situação-objetivo que deseja alcançar.

O Distrito Sanitário tem uma dimensão ideológica, uma vez que, ao se estruturar na lógica da atenção às necessidades de saúde da população, implicitamente opta por um paradigma assistencial-determinado ou uma concepção ampliada do processo saúde-doença, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. O Distrito Sanitário é, então, microespaço social de luta ideológica. (Mendes, 1999b, p. 94-5)

Seguindo na linha da obra mencionada de Mendes, propõe em primeiro lugar, a necessidade de se rever concepções acerca da organização de serviços de saúde, buscando identificar e sistematizar noções e conceitos que deem conta do processo de distritalização, isto é, que orientem a formulação e implementação de ações voltadas a desencadear mudanças nas formas de organização dos serviços atualmente existentes e no conteúdo da prestação de serviços à população.

#### Sobre o Processo de Distritalização:

[...] Processo de Distritalização

De fato, desde que o Distrito Sanitário, enquanto base organizacional e operativa do Sistema Único de Saúde, foi assimilado como uma proposta específica para o reordenamento dos serviços de saúde em nível local, vem-se desenvolvendo, no âmbito político-institucional, a prática que gera a concepção “topográfica-burocrática”. Ou seja, quer na delimitação dos espaços de intervenção dos projetos-piloto de implantação de Distritos Sanitários em caráter experimental, quer em alguns estados e municípios em que a proposta foi assimilada como projeto político-institucional em relação à implementação do SUDS e, mais recentemente, do SUS, a criação de Distritos Sanitários passa, fundamentalmente, pela definição de certo espaço geográfico, populacional e administrativo, ao lado da criação de instâncias de coordenação do conjunto de estabelecimentos de saúde localizados neste espaço.

[...] Distrito Sanitário não é, apenas, um passo a mais no processo de descentralização político-administrativa do sistema de saúde, mas, fundamentalmente, um processo social de transformação das práticas sanitárias (MENDES, org., 1999b, p. 162-164).

Mendes destaca em sua obra a importância de o Distrito Sanitário estar vinculado a uma dimensão territorial, salientando seu aspecto político, ideológico e técnico. O território como espaço social de exercício do cotidiano de construção da democracia e, portanto, de criação de cidadania:

Distritos Sanitários: Conceitos-Chave, [...] Distrito Sanitário não é, apenas, um passo a mais no processo de descentralização político-administrativa do sistema de saúde, mas, fundamentalmente, um processo social de transformação das práticas sanitárias. [...] A racionalização administrativa

faz parte do processo de distritalização do sistema, porém o propósito último deste processo é a transformação das práticas sanitárias para se obter impacto sobre a situação de saúde da população.[...] Em outras palavras, o que se busca com a construção dos Distritos é redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e serviços de saúde, de modo a se responder às demandas da população, atender às necessidades de saúde e, fundamentalmente, contribuir para a solução dos problemas de saúde da população que vive e trabalha no espaço territorial e social do Distrito Sanitário. [...] O Distrito Sanitário, mais que um ente político-jurídico, constitui um processo social que, mesmo incidindo no âmbito distrital, deve determinar mudanças, para cima e para baixo, seja nas estruturas das Secretarias de Saúde, seja nas práticas sanitárias desenvolvidas ao nível do distrito, de modo a adequá-las aos novos, objetos colocados pelo SUS. Melhor, então, falar-se em processo de distritalização que em distrito sanitário. (MENDES, 1999b, p. 162)

Mendes avaliza a importância do território para o Distrito Sanitário. Nesse contexto, há, pelo menos, duas grandes correntes de pensamento que apreendem de forma distinta a questão do território. A primeira toma de forma naturalizada como um espaço físico que está dado e que está completo. Nesta concepção, são os critérios geopolíticos que definirão um território denominado de território-solo. Esta concepção de apropriação de um espaço naturalizado e acabado é a que dá sustentação à visão topográfico-burocrática de distrito sanitário e também ao entendimento da saúde apoiado no modelo da clínica.

A segunda, coerente com o distrito sanitário como processo, vê o território como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tensiona sujeitos sociais postos na arena política. Uma vez que estas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas, ao contrário, em constante construção e reconstrução. Acerca do conceito de território, algumas abordagens:

[...] Esse território-processo, além de nunca pronto, também não admite simetrias. Seu esquadramento faz-se para desnudar as assimetrias espaciais que correspondem às localizações diferenciadas de distintos conjuntos sociais no seu interior, com suas necessidades, demandas e representações singularizadas.

Nada mais equivocado, portanto, que o trabalho clássico dos serviços de saúde, quando divide o território em espaços simétricos contíguos, tal como, por exemplo, a forma de divisão espacial da vigilância sanitária. Essa territorialização pressupõe uma distribuição homogênea dos problemas de saúde no espaço, o que, na prática, não ocorre.

[...] O Território-Área, referido à primeira subdivisão do Território-Distrito, significa a área de abrangência de uma unidade ambulatorial de saúde e delimita-se em função do fluxo e contrafluxo de trabalhadores de saúde e da população num determinado território. Por isso, a lógica de sua estruturação é a constatação de barreiras geográficas impeditivas de uma livre circulação. (MENDES, 1999b, p. 166-8)

Ademais, importam, aqui, a dimensão dos recursos existentes para uma dada população e a distância-tempo-demanda da população do ambulatório. A disciplina que, fundamentalmente, suporta a delimitação do Território-Área é a geografia humana, e seu objeto, similarmente ao Território-Distrito, está definido com base em critérios administrativos e assistenciais, uma vez que há uma unidade de direção ao nível de unidade ambulatorial com autoridade sanitária sobre seu território e uma população adstrita que deve receber serviços de saúde dessa unidade e com ela interagir. (MENDES, 1999b, p. 168)

Já no capítulo 5 da mencionada obra, Carmen Vieira de Souza Unglert faz menção que o texto constitucional, quando define Sistema Único de Saúde, explicita a estruturação de uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada. Mas, para que se logre alcançar uma verdadeira transformação do sistema de saúde em vigor é fundamental que essa regionalização não se baseie exclusivamente em modelos teóricos, mas que se processe traduzindo distintas realidades através do planejamento local e da participação social. (MENDES, 1999b, p. 221)

Ainda conforme Mendes (1999b, p. 222)

[...] Espaço local-território. O espaço local é o cenário estabelecido por atores sociais no desenrolar de um processo em que problemas de saúde se confrontam com serviços prestados e onde necessidades cobram ações. Representa muito mais que uma superfície geográfica, tendo um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção. (MENDES, 1999b, p. 222)

Nessa perspectiva, a territorialização apresenta-se como a grande contradição entre a proposta da reforma democrática e a do projeto neoliberal. Para esse último, o direito a usufruir do sistema está vinculado à capacidade de pagamento, já que sua lógica é a do retorno econômico, priorizando a atenção à demanda individual. No caso da reforma democrática, a base territorial é fundamental, constituindo-se num dos princípios organizativo-assistenciais do sistema de saúde. O estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população e, também, para a criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adscrita. A base territorial deve ser detalhada

chegando ao domicílio, o que possibilita a adscrição de clientela a unidades ambulatoriais, bem como o estabelecimento de ações de controle de saúde específicas para a população da área visando prioridades. O acesso real aos serviços de saúde deve ser estabelecido no nível de cada uma das unidades, com a participação efetiva, no processo, dos servidores de nível local e da comunidade. (MENDES, 1999b, p. 222-3)

Em relação ao enfrentamento das desigualdades apresentadas pelo formato de gestão do sistema:

[...] É importante enfatizar que a busca de um sistema equitativo em saúde significa o reconhecimento das desigualdades existentes e a atuação específica nos problemas detectados. [...] o estabelecimento de critérios básicos para a territorialização e se defende a autonomia do nível local na utilização e adaptação de tais critérios a sua realidade.

Pode-se, assim, definir distintos espaços territoriais que delineados dentro de uma mesma lógica deverão contribuir para a implantação de um Distrito Sanitário conceituado como “processo social de mudança, num território-população, das práticas sanitárias de modo a adequá-las a uma lógica de organização informada pela epidemiologia”.

É importante ressaltar que esses espaços devem ser encarados como dinâmicos e a proposta metodológica que se segue de trabalhá-los consecutivamente traz em si a ideia da reconstrução permanente.

Assim é que, partindo-se de distritos sanitários cujos limites geográficos podem estar, de início, claramente definidos, pode-se chegar à proposta de mudança desses mesmos limites pela construção dos demais espaços territoriais: a) Distrito Sanitário; b) Área de Abrangência; c) Microárea de risco; d) Domicílio (MENDES, 1999b, p. 223).

#### Já a acessibilidade ao sistema de saúde

[...] é entendida como uma característica dos serviços de saúde, podendo ser abordada sob enfoque: – geográfico, no nível de distância a ser percorrida e obstáculos a serem transpostos; – funcionais, se considerarmos os tipos de serviços que são oferecidos, seu horário de funcionamento e sua qualidade; – cultural, se analisarmos a inserção do serviço de saúde nos hábitos e costumes da população; – econômico, considerando que a totalidade dos serviços de saúde não está disponível a todos os cidadãos.

O *acesso à Saúde* está intimamente vinculado às condições de vida, onde nutrição, condições de habitação, poder aquisitivo e educação são componentes fundamentais, sendo a acessibilidade dos serviços de saúde um dos fatores a considerar, porém extremamente vinculado ao próprio processo saúde-doença. (MENDES, 1999b, p. 223-4)

Por sua vez, sobre a equidade em saúde, Mendes afirma que “A *equidade em Saúde* é, pois, perseguida não só através de modelos propostos no nível central, mas reconhecendo-se as desigualdades existentes e através de ações de saúde específicas, dirigidas a grupos de risco” (MENDES, 1999b, p. 224).

O Distrito Sanitário não é uma abstração, mas materializa-se numa rede de serviços integrados com os demais equipamentos sociais. Assim, a responsabilidade referida é produto também da relação que cada unidade tem com a população de sua área de abrangência.

## 5 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MS – Portaria n.º 4.279, de 30/12/2010). As Redes de Atenção à Saúde são um novo elemento para incorporar nas dinâmicas dos processos de territorialização.

Consoante dita o Decreto n.º 7.508/11:

Decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011.

Art. 2º - Para efeito deste Decreto, considera-se:

VI – Redes de Atenção à Saúde – conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

As Redes de Atenção à Saúde estão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde (incisos VI a I, do art. 7º do Decreto n.º 7.508/2011), ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

Decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011.

Art. 8º - O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 9º - São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

I – de atenção primária;

II – de atenção de urgência e emergência;

III – de atenção psicossocial; e

IV – especiais de acesso aberto.

Considerando as características da Região de Saúde e após pactuação das Comissões Intergestores (Tripartite, Bipartites) (parágrafo único do art. 9º do Decreto 7.508/2011), os Entes Federativos poderão criar novas portas de entrada. Ao usuário do SUS será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, nos hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região. A integralidade da assistência à saúde inicia-se e completa-se na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores (art. 20 do Decreto n.º 7.508/2011). Nesse contexto é possível afirmar que o Sistema Único de Saúde e o atual modelo de atenção à saúde é modelo hegemônico, inadequado, em grande parte,

à situação epidemiológica do país. A implantação das Redes de Atenção à Saúde deve, de fato, atender as necessidades de saúde da população.

Os sistemas de saúde devem ser deliberadamente constituídos e instituídos como respostas sociais. E, ainda, para responder às necessidades de saúde no mundo. (CONASS, 2015b, p.23).

De acordo com Mendes, 2010, p. 2298, sobre o conceito de redes de atenção à saúde,

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. (Mendes, 2010, p. 2298)

O documento que pautou este item da pesquisa foi elaborado por Eugênio Vilaça Mendes para a Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, e para o Conselho Nacional da Saúde, 2ª edição, 2011, acerca das Redes de Atenção à Saúde: revisão bibliográfica. (BRASIL, CONASS, 2011)

Historicamente, a proposta das Redes de Atenção à Saúde é centenária. Surgiu, pela primeira vez, no Relatório Dawson publicado em 1920. Posteriormente, as propostas das RASs ressurgiram nas experiências de sistemas integrados de saúde, ocorridas na primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos. Avançaram pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e Canadá.

Nos Estados Unidos, Shortell *et al.* (1993) propuseram superar a fragmentação existente nos sistemas de atenção à saúde por meio da instituição de sistemas integrados de serviços de saúde que configurassem um contínuo coordenado de serviços para uma população definida (apud MENDES, 2011, p. 61). Em 1995, Shortell *et al.*, trouxeram novos resultados apresentando características para as organizações integradas de atenção à saúde, ou seja, instituições voltadas para o contínuo dos cuidados, para a promoção e manutenção da saúde, para uma população definida e para a gestão de uma rede de serviços (apud MENDES, 2011, p. 61).

Conforme Todd (1996) após pesquisas, os fatores-chaves na integração dos sistemas foram: eficácia dos sistemas de informação, reforço da APS – Atenção Primária da Saúde, a integração clínica, aumento da produtividade dos serviços hospitalares e realinhamento dos incentivos financeiros, especialmente a superação do pagamento por procedimentos. O mesmo autor constatou outros aspectos relevantes para as redes de integração à saúde como o fortalecimento da APS e introdução da gestão clínica (apud MENDES, 2011, p. 61).

Pointer *et al.* (1997) ressaltam na matéria a importância de responsabilização por uma população, foco na melhoria dos níveis de saúde dessa população, a oferta de um contínuo de serviços, coordenação dos cuidados pela Atenção Primária da Saúde. Há consenso entre os autores mencionados na necessidade de capacitação, integração de diferentes profissionais, e acesso a registros clínicos uniformizados e sistemas de informação potentes estruturados em rede (apud MENDES, 2011, p. 62).

O *Institute of Medicine* (2001) produziu trabalho sobre a qualidade de atenção à saúde nos Estados Unidos e concluiu que o sistema é passível de ser melhorado desde que: voltem o sistema para atenção às condições crônicas, fazer uso intensivo da tecnologia da informação, eliminar os registros clínicos feitos à mão, promover a educação permanente dos profissionais da saúde, coordenar a atenção ao longo da rede de atenção, incentivar o trabalho multidisciplinar e monitorar os processos e os resultados do sistema.

Shortell e Casalino (2008) propuseram a criação de sistemas responsáveis de atenção, definidos como entidades que implementam processos organizados para melhorar a qualidade e controlar os custos e que se responsabilizem pelos resultados (apud MENDES, 2011, p. 63).

No sistema público de atenção à saúde do Canadá, a experiência de Redes de Atenção à Saúde se desenvolveu, em geral, sob a forma de sistemas integrados de saúde.

Leat *et al.* (1996) fizeram diagnóstico da rede no Canadá e propuseram a integração dos sistemas (que estavam fragmentados) por meio da definição de uma população de responsabilidade, do pagamento por capitação, da instituição de médicos de família como porta de entrada, da oferta de serviços integrais, do reforço das informações em saúde e do planejamento com base nas necessidades da população (apud MENDES, 2011, p. 63-64).



Nos sistemas públicos de atenção à saúde da Europa Ocidental, as Redes de Atenção à Saúde têm o trabalho precursor com o clássico Relatório Dawson (DAWSON, 1964), cujos pontos essenciais foram: a integração da medicina preventiva e curativa, o papel central do médico generalista, a porta de entrada na Atenção Primária da Saúde, a atenção secundária prestada em unidades ambulatoriais e a atenção terciária nos hospitais.

Hoje na Europa predominam a terceirização de serviços de apoio, reengenharia de processos, os programas de qualidade e os contratos internos, gestão clínica em hospitais (uso de tecnologias, tecnologias minimamente invasivas, redução de leitos).

Warner (2001) centrou-se no exame das cadeias de cuidados introduzidas na Suécia, Holanda e Reino Unido e definiu seus fatores críticos: a atenção centrada nas pessoas usuárias, o controle ativo dos fluxos dentro do sistema, os sistemas logísticos articulados pelos interesses das pessoas usuárias, os sistemas de informação altamente integrados, a entrada única na cadeia, a ausência de barreiras econômicas e a colocação dos serviços sob gestão única (apud MENDES, 2011, p. 65).

Fernandez (2004) com base na experiência espanhola, encontrando sistemas fragmentados e sistemas integrados com racionalização de serviços, oferta de serviços, modelo de atenção, processo de atenção, financiamento e distribuição dos recursos, estrutura organizativa, e outros dados. Peray (2003) descreveu o modelo de integração em redes da Catalunha, Espanha, realizado em três níveis: a Atenção Primária da Saúde, a atenção especializada e a atenção sociosanitária (apud MENDES, 2011, p. 65-66).

As Redes de Atenção à Saúde construíram-se por meio de mecanismos de integração horizontal e vertical e utilizaram vários mecanismos de integração como a fusão de hospitais, a coordenação de laboratórios clínicos, utilização de diretrizes clínicas, a medicina familiar, os prontuários clínicos e a relação estreita entre médicos de família e especialistas.

Na América Latina as redes de saúde são incipientes. No Brasil, o tema é recente.

Para Donabedian (1973), o autor distinguiu dois tipos de acessibilidade: a sócio-organizacional, que inclui características da oferta de serviços, e a geográfica

que se relaciona ao espaço e que pode ser medida pela distância e tempo de locomoção, custos de transporte, etc. (apud MENDES, 2011, p. 73).

Penchansky e Thomas (1981) definiram o acesso como o ajuste entre as pessoas e os sistemas de atenção à saúde e identificaram várias dimensões do acesso: a disponibilidade dos serviços, a acessibilidade geográfica, o grau de acolhimento, a capacidade de compra das pessoas usuárias, a aceitabilidade recíproca entre os profissionais da saúde e as pessoas usuárias (apud MENDES, 2011, p. 73-4).

A proposta surgiu na Holanda, com o Relatório Dekker, como um instrumento básico de reforma sanitária. Segundo Dekker (1988), os processos de substituição são importantes para que se possa alcançar o objetivo das Redes de Atenção à Saúde de prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo (apud MENDES, 2011, p. 77).

As RASs podem estar, ou não, articuladas com territórios sanitários. Os sistemas públicos que se estruturam pelo princípio da cooperação gerenciada, como é o caso do Sistema Único de Saúde, convocam necessariamente uma base populacional/territorial. Ou seja, nesses sistemas públicos de cooperação gerenciada há que se instituírem os territórios sanitários.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que as Redes de Atenção à Saúde (RASs) contêm seis modalidades de integração: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; o trabalho intersetorial.

A partir dessas modalidades produz uma conceituação de serviços integrados de saúde como “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008b, apud MENDES, 2011, p. 80).

As propostas das redes no suporte às políticas públicas têm sido, crescentemente, adotadas, para superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, num contexto de complexificação das questões sociais, de processos

de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sugere que as redes integradas de serviços de saúde requerem alguns atributos para seu funcionamento: a população/território definida, com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em serviços de saúde que devem determinar o perfil de oferta das redes de atenção à saúde; a oferta extensa de serviços de saúde que incluam intervenções de saúde pública; de promoção da saúde, de prevenção das doenças, de diagnóstico e tratamento oportunos, de reabilitação e de cuidados paliativos, sob um único guarda-chuva institucional; a APS – Atenção Primária da Saúde que atua, de fato, como porta de entrada do sistema de atenção à saúde, que integra e coordena a atenção à saúde e que resolve a maioria das necessidades de saúde da população; a prestação de serviços especializados nos lugares apropriados; atenção centrada nas pessoas, nas famílias, e na comunidade; o sistema de governança participativo e único para toda a rede de atenção a saúde; a gestão integrada dos sistemas administrativos e da clínica; os recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos; sistema de informação integrado e que vincula todos os componentes das redes integradas de saúde; o financiamento adequado; ação intersetorial.

Com base nesses e outros atributos conceitua as redes integradas de serviços de saúde como,

[...] uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010, apud MENDES, 2011, p. 81)

O Ministério da Saúde (2010) explicita os atributos de uma Rede de Atenção à Saúde – RAS: a população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde; extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos.

Ainda, Atenção Primária da Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde; prestação de serviços especializados em lugar adequado; existência de mecanismos de coordenação; atenção centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, de gênero, assim como a diversidade da população; participação social ampla.

Também são atributos de uma Rede de Atenção à Saúde para o Ministério da Saúde, sistema de informação integrado com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica, e outras variáveis pertinentes; e outros atributos.

Por fim, pode-se dizer que os objetivos de uma Rede de Atenção à Saúde são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade da vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN E HAM, 2008 apud MENDES, 2011, p. 82).

São elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde:

População. O primeiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. Podem prescindir dos territórios sanitários, mas para serem implantadas exigem uma população adscrita.

Assim, as Redes de Atenção à Saúde - RASs, nos sistemas públicos como o Sistema Único de Saúde, exigem a construção social de territórios/população. A população de responsabilidade das redes de atenção à saúde vive em territórios singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociosanitários.

A população de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação. O conhecimento da população de uma RAS envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociosanitários; a vinculação das famílias à Unidade de Atenção Primária da Saúde – APS/Equipe do Programa de Saúde da Família – ESF; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das

subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

A Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde. É o segundo elemento constitutivo. A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a Atenção Primária da Saúde; os pontos de atenção à saúde, secundário e terciário; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança.

A visão de Redes de Atenção à Saúde, temáticas, não tem relação com a concepção de programas verticais. Recentemente, vem-se consolidando, na saúde pública, um posicionamento favorável à superação da falsa dicotomia entre programas verticais e horizontais.

A organização diagonal dos sistemas de atenção à saúde pela Rede de Atenção à Saúde – RASs manifesta-se numa parte temática restrita, exclusivamente, aos pontos de atenção secundários e terciários. A mudança dos sistemas fragmentados para as RASs só poderá ocorrer, conseqüentemente, se estiver apoiada numa Atenção Primária da Saúde robusta e de qualidade.

As reformas em busca da cobertura universal devem assegurar que os sistemas de atenção à saúde contribuam para a equidade em saúde, para a justiça social e para o fim da exclusão social movendo-se principalmente na direção do acesso universal e da proteção social em saúde.

Só haverá Atenção Primária da Saúde – APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo obedecidos, em sua totalidade. São eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária, competência cultural. Também só existirá uma APS de qualidade se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização.

Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde têm os seguintes objetivos: organizar o acesso de forma equitativa, transparente e com segurança; organizar o acesso com foco na pessoa usuária; desenvolver e manter atualizados protocolos de atenção à saúde organizadores do processo de regulação do acesso; instrumentalizar os fluxos e processos relativos aos procedimentos operacionais de

regulação do acesso; implantar uma rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso; manter um corpo de profissionais capacitados para a regulação do acesso; e gerar sistemas de monitoramento e avaliação de suas atividades através da geração de relatórios padronizados.

Nas redes de atenção à saúde de base territorial, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde devem estar organizados em módulos integrados por territórios locais, microrregionais, macrorregionais, estaduais e, em algumas redes, interestaduais (incisos VI a I do art. 7º do Decreto n.º 7.508/2011).

É pertinente apresentar a diferença que o autor indica entre regulação assistencial e regulação do acesso no Sistema Único de Saúde. A regulação assistencial é o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda das pessoas usuárias por serviços de saúde e o acesso a eles e a regulação do acesso é o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional do acesso universal, integral e equânime, independentemente de pactuação prévia estabelecida na programação pactuada e integrada e da disponibilidade de recursos financeiros.

A governança das Redes de Atenção à Saúde atua por meio de sistemas gerenciais eficazes como o processo de territorialização. Há pelo menos, duas concepções de territórios sanitários. A primeira toma de forma naturalizada como um espaço físico que está pronto; nessa concepção prevalecem os critérios geofísicos na construção de um território-solo.

A segunda, derivada da geografia política e coerente com o conceito de espaço/população, vê o território como um processo em permanente construção, produto de uma dinâmica social nunca acabada, onde se relacionam sujeitos sociais situados na arena sanitária. Essa última visão implica que o território sanitário, além de um território geográfico, é também, território cultural, social, econômico e político.

No cotidiano dos serviços a produção intensa por modos de aliviar a dor, de construir com o usuário ferramentas com potencialidade de ampliar a vida e projetos terapêuticos, se misturam com propostas de melhor desempenho do serviço, planejamento e indicadores de saúde, ou seja, diferentes regimes de produção de verdades se apresentam em um mesmo cenário que convoca o gestor e trabalhador a compartilhar da vida do usuário, exercendo nessa tecedura arranjos

que ponham ou não em evidência as multiplicidades da existência. (L'ABBATE, MOURÃO, PEZZATO, 2013, p. 315)

O desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde pode ter impacto significativo nos níveis de saúde da população, com custos suportáveis pelos gestores do sistema público de saúde.

## 6 AS REGIÕES DE SAÚDE

Sistemas de atenção à saúde devem se constituir em respostas às necessidades de saúde dos cidadãos, operando em coerência com a situação de saúde da população usuária. No Brasil, a estruturação em uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde é a principal característica que norteia a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), desde a promulgação da Constituição Federal e das Leis Orgânicas da Saúde.

A saber, sobre Regiões de Saúde:

Apesar do avanço que a constituição do SUS representou em relação a períodos anteriores no país, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada permanece sendo um dos seus principais desafios, especialmente frente à persistência de desigualdades no perfil sanitário e à desassociação frequentemente observada entre as necessidades de saúde e o acesso à rede de serviços necessária ao atendimento integral.

No cenário atual, a criação de Regiões de Saúde está subordinada à pactuação entre o governo estadual e os governos dos municípios que compõem cada região e a acordos horizontais entre os secretários municipais de saúde. Sob a égide do Decreto n.º 7.508 de 2011, o processo de regionalização assume maior grau de complexidade e se associa a uma percepção mais ampla e integrada de transformação socioeconômica e de redução das desigualdades regionais, sendo amparada pela expansão do investimento público federal, estadual e municipal.

O conceito de Região de Saúde remete à constituição de uma base territorial para o planejamento de uma rede de atenção integral à saúde e esta última está claramente estabelecida no marco legal. A regionalização é um processo dinâmico. (DUARTE et al., 2015, p. 1164-5)

Região de Saúde conforme a legislação em vigor:

Decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011.

Art. 2º - Para efeito deste Decreto, considera-se:

I – Região de Saúde – espaço geográfico contínuo por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

[...]

Art. 5º - Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

I – atenção primária;

II – urgência e emergência;

III – atenção psicossocial;

IV – atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e

V – vigilância em saúde.



Embora inscrita na *Constituição Federal* e nas *Leis Orgânicas da Saúde*, a regionalização assumiu o primeiro plano da Política Nacional de Saúde a partir da vigência da *Norma Operacional de Assistência à Saúde* (NOAS), que passou a concebê-la como estratégia necessária à descentralização e à organização da rede assistencial.

Para viabilizar a regionalização, a NOAS resgatou o papel da esfera estadual de governo na construção do Plano Diretor da Regionalização. A estratégia de regionalização se solidificou com a instituição do Pacto pela Saúde, sendo assumida como “eixo estruturante do Pacto de Gestão”, devendo orientar as relações entre as distintas esferas de governo. Um elemento fundamental da regionalização inscrita no pacto foi a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), concebidos como “*instâncias deliberativas semelhantes às Comissões Intergestoras Bipartites – CIB, diferenciando-se pela abrangência restrita às regiões e pela obrigatoriedade da participação de todos os gestores municipais envolvidos nas regiões*”, onde as decisões são definidas por consenso, o que não necessariamente coincide com unanimidade.

O Pacto pela Saúde trouxe o arcabouço institucional necessário à regionalização da saúde e, em 2011, foi publicado o Decreto n.º 7.508, com o ambicioso objetivo de “*dar mais transparência a essa estrutura*” e “*garantir maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos, para que o cidadão pudesse, de fato, conhecer as ações e os serviços de saúde ofertados nas regiões de saúde e organizados em redes de atenção à saúde*”.

A Região de Saúde foi estabelecida como o território de referência para o planejamento e execução de ações e serviços de uma Rede de Atenção à Saúde hierarquizada, entendida como o espaço contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado por identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. (DUARTE et al., 2015, p. 1166)

A descentralização do sistema de saúde pretende estruturar modelo de saúde eficaz, eficiente, equânime e democrático. Com a descentralização transformam-se as estruturas de poder, devendo levar em consideração critérios de flexibilidade, gradualismo, progressividade; cooperação e equilíbrio entre os níveis governamentais. No ideário da Reforma Sanitária, a descentralização coloca-se como meio de efficientização, de equalização e democratização do sistema de

saúde. O que implica que se deve constituir em instrumento de participação social. A participação social, na descentralização, significa, fundamentalmente, uma forma de redistribuição dos poderes técnico, administrativo e político. (MENDES, 1999b, p. 112-3)

Traz-se a lume novamente o Decreto:

Decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011.

Art. 7º - As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

I – seus limites geográficos;

II – população usuária das ações e serviços;

III – rol de ações e serviços que serão ofertados; e

IV – respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Uma Rede de Atenção à Saúde é o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. As Redes de Atenção à Saúde podem estar compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde ou de várias delas e as regiões localizadas em áreas de fronteira com outros países deve respeitar as normas que regem as relações internacionais.

O acesso às ações e serviços de saúde deve ser ordenado pela atenção primária e iniciado pelas portas de entrada do SUS, completando-se na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço (média ou alta complexidade). Da mesma forma, a integralidade da assistência à saúde “*se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante o referenciamento do usuário na rede regional e interestadual*”.

As necessidades de saúde da população vinculada à Atenção Primária da Saúde – APS, superadas as barreiras de acesso (baixa cobertura populacional, carteira de serviços restrita, custos de oportunidade altos, barreiras financeiras, barreiras culturais, barreiras geográficas e barreiras organizacionais), transformam-se em demandas efetivas que levam, na APS, ao acolhimento e à elaboração de listas de problemas e/ou de diagnósticos. Essa lista de problemas ou de diagnóstico, estrutura diferentes perfis de demandas que podem ser agrupados em: demanda por condições gerais e inespecíficas; demanda por condições crônicas não agudizadas, demanda por enfermidades; demanda por pessoas

hiperutilizadoras; demandas administrativas; demandas por atenção preventiva; demanda por atenção domiciliar; e demanda por autocuidado apoiado.

A opção por indicadores e métodos de agregação bem estabelecidos, utilizando bases de dados acessíveis, disponíveis para todo o Brasil, atendendo da melhor forma possível aos critérios de simplicidade, transparência, qualidade e poder discriminatório dos indicadores, tende a favorecer a sua compreensão e utilização pelos atores ligados à gestão do SUS. (DUARTE et al., 2015, p. 1172)

## 7 OS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE – SILOS

O Sistema Único de Saúde constitui, sem dúvida, um modelo moderno e avançado de organização dos serviços de saúde, que tem como uma de suas características primordiais, valorizar o nível municipal. Por isso a importância da discussão posta: território e territorialização em saúde, face ao contexto social principal do sistema, a comunidade estrito senso.

Sem sombra de dúvida, as discussões para melhoria do sistema passam necessariamente pelo debate do financiamento do sistema, mas também pelos modelos de gestão aplicáveis. Historicamente, as discussões sobre o melhor modelo para o Brasil advêm da segunda metade dos anos 70, da década de 80, discussões em equipes da OMS, passa pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, pela 8ª Conferência Nacional da Saúde, pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), até chegarmos a 1988, com capítulo próprio para a saúde na Constituição Federal de 1988.

Todavia, as barreiras infligem-se quando o caminho da descentralização exige parâmetros de gerência. Nessa lógica, percebe-se a necessidade de as organizações de saúde desenvolver métodos e dinâmicas de adaptação às demandas e crescimento da população.

A discussão não é novidade no Brasil e na América Latina. Nesse contexto, é oportuno referir os *Sistemas Locales de Salud* (SILOS). Segundo Nirenberg e Perrone (Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana, 1990, p. 474-87)

Existe un apreciable desarrollo conceptual acerca de los SILOS, concebidos como un “conjunto de recursos de salud interrelacionados y organizados mediante un critério geografico-poblacional, em zonas urbanas y rurales, diseñados a partir de las necesidades de la población, definidas em términos de riesgos, y asumiendo la responsabilidad de la atención de los individuos, las familias, los grupos sociales y el ambiente, con capacidad de coordinar los recursos disponibles, sectoriales o extrasectoriales, facilitar la participación social y contribuir al desarrollo del sistema nacional de salud, al cual vigoriza y confiere una nueva direccionalidad”. Nirenberg e Perrone (Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana, 1990, p. 474-87)

Já de acordo com Paganini e Chorny (Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana, 1990, p. 424-45),

La descentralización y la regionalización no son ideas nuevas en el ámbito de la administración y gerencia de los servicios de salud (1) . Sin embargo, en los últimos años esos procedimientos se han aplicado intensamente en formas renovadas, en el esfuerzo por transformar los sistemas nacionales de salud de la Región de las Américas. Un estudio reciente (2) indica que en aproximadamente 90% de los Países Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se están definiendo o ejecutando políticas orientadas al desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS). Este movimiento está representado por numerosas iniciativas, nacionales e internacionales, en distintos lugares del mundo (3-6).

[...]El proceso de establecimiento y desarrollo de los SILOS es una política social en la que los aspectos relacionados con las estructuras de poder y las políticas de gobierno se entrelazan con factores culturales, de financiamiento y desarrollo económico, y de organización y administración del Estado en general y de los sistemas de salud en particular.

El sistema de salud, como parte integrante del sistema social (16), es resultado y a la vez condicionante de su entorno histórico, social, cultural, técnico y político. Por lo tanto, si se quiere actuar eficazmente en su transformación, no es suficiente limitarse al propio subsistema. Es preciso prever la evolución del entorno, ya que en función de él se deberán definir las políticas, las estrategias y los desdoblamientos tácticos y operativos seguidos por el sistema nacional de salud y, como parte integrante del mismo, por los SILOS. De este modo, se estará en mejores condiciones para evaluar las normas presentes, determinar las estrategias futuras y elegir los caminos que lleven más rápidamente a la meta de salud para todos.

[...] Evidentemente, no existe un modo único de interpretar la necesidad, sino diversas perspectivas para identificarla. Como cada una de ellas se justifica dentro de su dominio explicativo, las tentativas para alcanzar la equidad, o sea, de proponer soluciones diferentes y aun opuestas, a partir de la comprensión que tengan la sociedad, los políticos, los prestadores de servicios u otros actores involucrados en el proceso.

[...] Frente a este estado de cosas resalta que la equidad es el principio fundamental e ineludible de justicia que debe orientar el proceso de transformación de los servicios de salud, en su doble dimensión de cantidad y calidad. No es suficiente contar con la cantidad necesaria de servicios. Es decir, no basta con una equidad de acceso geográfico. Este es necesario, pero además es preciso aunar calidad a la cantidad. La equidad será alcanzada cuando aquellos grupos de población con las mismas necesidades tengan igual oportunidad de acceder a servicios que sean homogéneos en cuanto a su calidad. En las palabras de Gutmann (34), "el principio de igual acceso a la atención de la salud exige que cada individuo que tenga un mismo tipo y grado de necesidad tenga la misma oportunidad de recibir los servicios apropiados y del mismo nivel de calidad que cualquier otro individuo en las mismas condiciones".

[...] La responsabilidad de los sistemas locales de salud es atender a los individuos, familias, grupos sociales, comunidades y ambiente, coordinar todos los recursos disponibles, tanto del sector salud como extrasectoriales, y facilitar la participación social.

Los sistemas locales de salud permiten integrar los recursos de salud, incluidos los hospitales, centros e puestos de salud, en una red de servicios interrelacionados con niveles de atención acordes con las necesidades de salud de la población. Paganini e Chorny (Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana, 1990, p. 424-45)

A participação social, a intersectorialidade, e a necessidade de avaliação dos organismos de saúde por meio da equidade, universalidade e integralidade ficam evidentes quando os autores revelam as iniciativas de descentralização e regionalização de gestão da saúde.

A proposta de gestão participativa, entendendo-se como espaço de participação aquele em que interagem os diversos atores sociais, apoia modelo concreto que apresente soluções de acordo com as demandas dos usuários. Os autores que lidam com a concepção de Sistemas Locales de Salud indicam como resposta e instrumento principal a estratégia de atenção primária. Por fim, salientam que indivíduos e instituições são a soma sempre em busca da melhor solução – por meio da proximidade do indivíduo, da família, do grupo social do sistema de saúde.

A ideia de desconcentração pressupõe homogeneidade do espaço (território); todavia, quando se descentraliza competências, tem-se que levar em conta a heterogeneidade.

A adscrição territorial deve considerar as peculiaridades, as particularidades dos indivíduos, das unidades familiares que integram uma comunidade, em um determinado espaço, ao projetar um serviço que será prestado.

A desconcentração precisa ser um dos instrumentos para implantação dos objetivos sociais. As principais iniciativas de descentralização e desconcentração de serviços de saúde estão relacionadas à atenção primária efetiva, eficaz, e resolutive.

## 8 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO PROCESSO SOCIAL

O direito à saúde deve ser visto não só como uma maneira de efetivar a democracia no Estado Democrático de Direito, mas sim, como meio ou mecanismo de realizar a cidadania. Isso se dá em função de que o direito à saúde também pode ser visto como elemento de cidadania, eis que a própria Declaração Universal dos Direitos do Homem no art. 25 faz alusão a esse direito, como uma necessidade social do Homem. Ademais, por ser esse direito um direito fundamental do Homem, considera-se tal direito autoaplicável, cujo fundamento constitucional encontra-se no art. 5º, § 1º da Constituição Federal de 1988, combinado com o dispositivo da referida Declaração.

No tocante à cidadania, a concepção adotada pelo texto constitucional é atrelada à participação do seu titular, enquanto direito, na vida da sociedade, como reza o § 1º a Constituição Federal de 1988. Essa participação política direta do cidadão na sociedade encontra amparo em diversos dispositivos constitucionais.

A concepção de cidadania, adotada pelo constituinte, como uma participação ativa e direta do indivíduo na vida da sua sociedade, está mais expressa ainda no inciso II do art. 1º da Constituição Federal de 1988, em que a cidadania é tida como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito.

A participação social, por meio dos conselhos de saúde igualmente tem garantido maior evidência com o passar do tempo na implantação dos mecanismos de gestão. Os conselhos de saúde, em especial estadual e municipal, se revelam atuantes na fiscalização da prática dos orçamentos da saúde, dos relatórios de gestão obrigatoriamente apresentados, e ainda, sempre instando órgãos estatais como a vigilância sanitária, Ministério Público, e outros órgãos de fiscalização.

Segundo Mendes (1999a, p. 234-7)

Para que o SUS possa afirmar-se como espaço de saúde há de se reconstruí-lo em seus fundamentos medulares.

[...] A construção social de um novo sistema de saúde está fundada em três categorias centrais: a concepção do processo-saúde-doença, o paradigma sanitário e a prática sanitária.

[...] A partir daí, desaparecem as razões para a artificial separação entre as ações curativas e preventivas porque o ambiente social pode ter papel curativo importante, assim, assim como a existência de serviços confiáveis de saúde pode exercer função preventiva pelo sentimento de confiança que cria na população.

[...] Essas concepções modernas de saúde implicam considerá-la em sua positividade, muito além, portanto, de suas consequências imediatas, indicadas negativamente, como doença, seqüela e morte.  
(Mendes, 1999a, p. 234-7)

Saúde é, então, resultado de um processo de produção social que expressa qualidade de vida de uma população. Entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um “viver desimpedido”, um modo prazeroso de “andar a vida”, seja individual, seja coletivamente. O que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais. A prática da atenção médica, ao excluir os componentes coletivos da doença e a socialidade da saúde, tem implicações até mesmo no nível diagnóstico e da conduta sobre as queixas dos pacientes. (MENDES, 1999a, p. 242-5)

Leciona Mendes (1999a, p. 264-5)

[...] O Projeto Estruturante Do Campo Dos Serviços De Saúde: o Distrito Sanitário. A preocupação básica da proposta de distritalização da saúde é fugir de uma tendência natural, presente nos conceitos e práticas internacionais e nacionais, de reificação do distrito sanitário, reduzindo um processo social à instituição de uma instância topográfico-burocrática. Topográfica porque se erige em base territorial de natureza estritamente geográfica e burocrática porque passa a ser espaço de governança de uma tecnocracia adrede constituída. (MENDES, 1999, p. 264-5)

Ao contrário, o Distrito Sanitário deve ser entendido como processo social de mudança das práticas sanitárias, dirigido para a eficiência e eficácia sociais, a equidade e a democratização e que se institui em um território – normalmente a microrregião – no qual se estabelecem relações transacionais entre as instituições de serviços de saúde, reordenadas de acordo com certos princípios organizativos e assistenciais, e os conjuntos sociais em situação, com seus problemas, suas demandas e seus recursos econômicos e organizativos. Assim, o distrito sanitário é, sobretudo, um espaço programático que, de um lado, rejeita uma estrutura burocrática muito formalizada e, de outro, constitui lugar democrático de negociação e concertação constante entre os diferentes atores sociais em situação no território-distrito. (MENDES, 1999a, p. 265)

Esta compreensão de Distrito Sanitário assenta-se no conceito de território-processo a que já referido, mas que, por sua importância, desejo reiterar, tomando de Milton Santos a definição desse espaço como um conjunto indissociável de que participam de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e



objetos sociais e, de outro, a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimentação. (MENDES, 1999a, p. 265)

Segue Mendes (1999a, p. 266-7):

]

[...] Demais, o território-distrito não deve ser tecnocraticamente construído ou politicamente inventado. Normalmente, esse território já existe, fruto de processos sociais de longa maturação, mais ou menos racionais.

[...] O distrito sanitário exige mudança radical dos entes governamentais porque, respeitadas as diferenças políticas e ideológicas próprias da democracia, permite instaurar, pela negociação permanente, a possibilidade da complementaridade e da solidariedade entre diferentes. Esse é, do ponto de vista gerencial, o fundamento do distrito sanitário. Dessa forma, a confrontação dá lugar à solidariedade interfederativa. A adoção do distrito sanitário como projeto estruturante do campo dos serviços da saúde, implica revisita à tese da municipalização da saúde. [...] Ora, isso implica mudança de atitude, entre os gestores governamentais. (Mendes, 1999a, p. 266-7)

A Estratégia De Organização Da Atenção Primária De Saúde: A Saúde Da Família.

[...] As interpretações mais comuns são: a) Atenção primária como estratégia de reordenamento do setor saúde, o que significa afetar e compreender todo o sistema de saúde e toda a população a que esse sistema supõe servir; b) A Atenção Primária como programa com objetivos restringidos especificamente a satisfazer algumas necessidades elementares e previamente determinadas, de grupos humanos considerados em extrema pobreza e marginalidade, com recursos diferenciados, de baixa densidade tecnológica e custos mínimos; c) A Atenção Primária como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde.

[...] Não é pelas razões que mencionei, um programa. Isso não significa descartar, na singularidade brasileira, a expressão “Programa de Saúde da Família” porque uma estratégia transformadora precisa ser comunicada. E, incontestavelmente, a sigla PSF pegou e constitui, hoje, boa marca política para a saúde da família. O importante, aqui, é falar de um Programa de Saúde da Família sabendo que não é um programa mas, sim, uma estratégia. Não sendo programa, não é, também, uma versão contemporânea de medicina simplificada, nem projeto exclusivo para regiões e grupos sociais em situação de exclusão. (MENDES, 1999a, p. 271-3)

Apesar disso, a estratégia de saúde da família deve ter os excluídos e as regiões mais pobres como prioridade e deve utilizar largamente tecnologias custo/efetivas. A saúde da família não é, ademais, medicina familiar. Não se trata de, simplesmente, desenhar um sistema de adstrição de famílias a uma equipe médica que, mais proximamente, as atenderá na mesma lógica medicalizadora. Ao revés, sem negar às famílias atenção médica de boa qualidade, procura instituir, na prática social, o novo paradigma da produção social da saúde. Por consequência,

estará referida pela saúde e, não exclusivamente, pela medicina. Portanto, parece fora de dúvida a superioridade dos sistemas de saúde orientados pela atenção primária de saúde. Contudo, há de se reconhecer que há distintas formas de organizar esse nível primário. Por isso é necessário qualificar melhor o que se entende por atenção primária de saúde orientada pela estratégia da saúde da família. (MENDES, 1999a, p. 273-5)

A prática da atenção médica, referida pelo paradigma flexneriano, estruturou um sistema de saúde composto por alguns componentes: tem foco na doença; seu sujeito é individual; estrutura-se pela livre demanda, sem território definido para a atenção primária; presta atenção ocasional e passiva; enfatiza, relativamente, o cuidado curativo e reabilitador; apresenta baixa resolubilidade no primeiro contato; apresenta altos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais; nega a possibilidade de relações interpessoais constantes, desumanizando o cuidado da saúde e restringe-se a ações unisetoriais. (MENDES, 1999a, p. 275)

Assim, a saúde da família, como estratégia de organização da atenção primária, deseja criar, no primeiro nível do sistema, verdadeiros centros de saúde, em que uma equipe de saúde da família, em território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde; dirigidas às famílias e ao seu habitat; de forma contínua, personalizada e ativa; com ênfase relativa no promocional e no preventivo sem descuidar do curativo-reabilitador; com alta resolubilidade; com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais e articulando-se com outros setores que determinam a saúde. (MENDES, 1999a, p. 275)

Baseado nestes fundamentos, o Ministério da Saúde tem Manual Instrutivo, datado de 2012, denominado *Saúde Mais Perto De Você – Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*. O PMAQ foi instituído pela Portaria n.º 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente. Entre os objetivos do PMAQ, conforme o referido manual destaca-se (p. 8):

I – Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de

facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da Atenção Básica;

II – Fornecer padrões de boas práticas e organização das Unidades Básicas de Saúde – UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;

III – Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;

IV – Promover a qualidade e inovação na gestão da Atenção Básica, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo;

V – Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB;

VI - Institucionalizar uma cultura de avaliação de Atenção Básica no Sistema Único de Saúde e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e

VII – Estimular o foco da Atenção Básica no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários. (BRASIL, PMAQ, 2010, p.8)

Entre os desafios do *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ* é possível mencionar os seguintes pontos: o enfrentamento da ambiência pouco acolhedora das Unidades Básicas de Saúde, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre; das inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho; instabilidade das equipes e elevada rotatividade de profissionais, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe; baixa integralidade e resolutividade das práticas, com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centrada, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado.

Considerando-se estes desafios, e o fato de ser a atenção primária a porta de entrada preferencial dos usuários na Rede de Atenção à Saúde, orienta-se pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde a partir dos quais assume funções e características específicas.

A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção de sua saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.

De acordo com o Manual Instrutivo, denominado Saúde Mais Perto De Você – Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (p. 13), verifica-se que, dentre seus princípios e diretrizes estão:

I – Territorialização e responsabilização sanitária. O processo de territorialização consiste em uma etapa fundamental de apropriação/conhecimento do território pelas equipes de trabalhadores da atenção básica, em que ocorre a cartografia do território a partir de diferentes mapas (físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social, etc.). Por meio da territorialização, amplia-se a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e da situação da população de uma área de abrangência, bem como os riscos coletivos e das potencialidades dos territórios. (BRASIL, PMAQ, 2010, p. 13)

A dimensão da responsabilidade sanitária diz respeito à responsabilidade que as equipes devem assumir em seu território de atuação (adscrição), considerando questões ambientais, epidemiológicas, culturais e socioeconômicas, contribuindo, por meio de ações em saúde, para a diminuição de riscos e vulnerabilidades.

II – Adscrição dos usuários e vínculo. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.

III – Acessibilidade, acolhimento e porta de entrada preferencial. O estabelecimento de mecanismos que assegurem a acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde do princípio de que a unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal e sem diferenças excludentes. (BRASIL, PMAQ, 2010, p. 13)

O serviço de saúde deve se organizar para assumir a função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva capaz de resolver problemas de saúde e/ou minorar danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar com a resposta por mais que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, a vinculação e responsabilização são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.



## 9 SAÚDE SUPLEMENTAR: TERRITÓRIO E TERRITORIALIDADE EM SAÚDE

O atual sistema de saúde brasileiro constitui-se de três setores: 1. O setor público (Sistema Único de Saúde), em que os serviços são financiados e prestados pelo Estado; 2. o setor privado (com e sem fins lucrativos), com serviços financiados tanto por fundos públicos quanto privados; 3. e o setor de seguros privados de saúde (saúde suplementar), com diferentes formas de planos de saúde, apólices de seguro e subsídios fiscais. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas interligados, e as pessoas podem utilizar os serviços em todos os três setores, de acordo com a facilidade de acesso ou a sua capacidade econômica.

A regulamentação deste setor possui como marco legal: a) a Lei n.º 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde; b) a Lei n.º 9.961/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como órgão do Ministério da Saúde responsável pela sua regulação, normatização, controle e fiscalização.

O setor de Saúde Suplementar é composto pelas ações e serviços de saúde prestados pela iniciativa privada suplementar ao Sistema Único de Saúde de caráter público, no Brasil. Caracteriza-se como um setor sustentado e permeado por uma lógica econômica e composto por atores com interesses antagônicos. Pode-se afirmar que o modelo assistencial praticado é o médico-hegemônico e procedimento-centrado com poucas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e riscos o que leva a um consumo acrítico de tecnologias.

Nos últimos anos, mediante estímulos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, parte das operadoras tem buscado rever paradigmas e construir um modelo assistencial de qualidade com investimentos na promoção da saúde. Sobre a regulação dos serviços na saúde suplementar, verifica-se que:

[...] A utilização de serviços de saúde é resultante da oferta, das características sociodemográficas e do perfil de saúde dos usuários. É possível identificar iniciativas do governo federal que objetivam construir e induzir processos que ampliem e assegurem o acesso, melhorem a qualidade da atenção, garantam o vínculo entre o profissional e usuário e promovam resolubilidade da assistência em todos os níveis de atenção. Há importante debate sobre a capacidade do sistema de saúde pública garantir uma atenção integral a indivíduos e coletividades. (DILÉLIO et. al, 2014,p. 2595)

### A necessidade da alteração de paradigmas:

[...] Verifica-se, portanto, que a natureza jurídica contemporânea da saúde envolve simultaneamente duas concepções: direito e dever/responsabilidade. [...] ante o status da saúde, declarada pacificamente como integrante do sistema de direitos humanos [...]. (BORBA e HOSSNE, 2010, p.29)

A Estratégia de Saúde da Família na Saúde Suplementar guarda características daquela praticada pelo sistema público. A organização da Estratégia de Saúde da Família para garantir integral assistência aos usuários deve compreender, dentre vários aspectos, a presença de equipe multidisciplinar para o desenvolvimento de ações individuais e coletivas com vistas à promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação de uma população adscrita.

A Saúde Suplementar igualmente se organiza por regiões de saúde. Dita a Resolução Normativa n.º 259 de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde:

Art. 1º - Esta Resolução Normativa – RN dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN n.º 23 de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.

§ 1º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se:

I – Área Geográfica de Abrangência: Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios;

[...]

V – Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; e

As Regiões de Saúde, da área da Saúde Suplementar, foram posteriormente regulamentadas pela Instrução Normativa – IN n.º 37 de 25 de novembro de 2011.

Art. 1º [...]

§ 1º As Regiões de Saúde dispostas nesta IN coincidem com as Regionais de Saúde instituídas por cada Unidade Federativa, no âmbito da aplicação do Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar trata o tema – Regiões de Saúde – em saúde suplementar – em seu site na internet.

## 10 ALTERNATIVAS PARA A GESTÃO DA SAÚDE COM BASE TERRITORIALIDADE

Os textos alinham conceitos e indicam as inúmeras perspectivas como o cidadão, o usuário, o indivíduo, a família, a sociedade estrito senso, podem acionar o Estado acenando com suas particularidades históricas, sociais, culturais, temporais, individuais, coletivas.

Então, se o espaço vem antes do território, ou seja, o território é formado a partir do ambiente, em função da ação de um ator sintagmático, isso significa que o local é enraizamento, identidade, conexões, recursos ambientais, forças políticas, econômicas e culturais.

A territorialidade quando conjunto de relações sociais poderá atingir autonomia, compatível com os recursos do sistema. Contudo, nesse processo a territorialidade necessita ser dinâmica. No mesmo contexto o território precisa ser compreendido como um agrupamento humano, tendo a mesma base da residência, do trabalho, dos locais de trocas materiais e espirituais. Sente-se que território não é apenas lugar para ações pragmáticas, seu espaço e exercício comporta parcelas de emoção.

Não podemos esquecer que nas relações sociais sempre serão encontradas as relações de poder:

[...] Uma perspectiva relacional do território (como a que adotamos) implica que qualquer agrupamento humano vai estar sempre permeado por relações de poder, posto que a existência deste tipo de relação é a coexistente com a vida social. [...] mistura de identidades. [...] a interdisciplinidade tem envolvido ações que permitem interação [...] a construção do conhecimento na saúde para prática de inter-relação, de interdisciplinidade e interação, articulando os conhecimentos das diferentes áreas [...] suprimindo, assim, a supremacia do conhecimento fragmentado em função das disciplinas. (FERREIRA, PENTEADO, SILVA JÚNIOR, 2013, p. 811-13)

O território é vivo, dinâmico, cresce, e a metodologia da intervenção permite aproximação, composição e cuidado com os territórios, como se pode verificar:



[...] Esses territórios não se reduzem a uma região administrativa [...] por excelência, da Atenção Básica e do apoio, que diz mais respeito a um ambiente vivo, que tem por um lado uma localização geográfica, um perfil populacional, que diz respeito a um sujeito, a determinadas identidades socioculturais [...] igualmente é puro processo de expressão.

[...] O território existencial não se refere a um ponto no mapa, estático, delimitado. É uma localização espaço-temporal. É um território em processo, tem sentido, tem expressividade e define a dimensão qualitativa do território. [...] Entendemos que um território existencial é um ambiente vivo está sempre sujeito a modificações, desvios, e recriações de si mesmo. [...] Isso quer dizer que o território existe efetivamente em um espaço relacional, que é uma dimensão não identitária, pois é a dimensão das relações, onde não existem identidades, mas dinâmicas relacionais. Onde não se pode definir um sujeito isolado do outro [...] seus sujeitos, seus grupos, se formam por meio de um agenciamento coletivo e impessoal de componentes que constituem formas. (MACERATA, SOARES, RAMOS, 2014, p. 922)

O serviço de saúde que incorpora qualidade é aquele que permite uma alta integração entre o que está dentro (profissionais da saúde, gestores, operadores do direito, multiprofissionais) e o que está fora (cidadão, indivíduo, família, sociedade, coletividade), no qual há uma permeabilidade dinâmica e prevalente dos saberes e dos recursos, de ambos (de quem está dentro e de quem está fora), direcionada às necessidades dos usuários e não às do serviço. Organizar serviços de saúde exige que o gestor opere segundo a lógica do território a fim de ativar e potencializar os recursos locais existentes, dentre eles a participação social por meio dos conselhos locais e distritais de saúde. Em outras palavras, ir ao encontro do território é estar atento para os modos de articulação, de resistência e de sobrevivência que as pessoas ocupam esses espaços vão somando ao seu cotidiano (LIMA e YASUI, 2014, p. 606). Nesse caminho:

[...] Conhecer o território significa saber utilizar os seus recursos a fim de fornecer respostas mais adequadas e individualizadas aos usuários. Para tanto, é preciso conhecer o contexto em que o serviço se encontra, ou seja, os recursos e as necessidades da população nesse território. O território em que se situam o serviço e a população atendida é um espaço marcado por intensas vulnerabilidades sociais. (LEÃO, BARROS, 2012, p. 581-3)

Amplia-se o debate. Para que o gestor preste serviço fundado em gestão estratégica, que possibilite avaliação da efetividade do aparelho, e possa assim conduzir adequadamente modelos, métodos e técnicas moldadas à condução do processo social que é a construção do sistema público de saúde, é necessário levar em conta a governabilidade do sistema.

Os serviços de saúde ofertados devem atender a demanda social, de modo a que sejam mobilizadores, acessíveis, com sistemas de gestão flexíveis, e aplicados distintamente conforme as realidades locais. Faz-se mister mensurar as situações locais por meios de indicadores que aprofundem as análises particulares fornecendo subsídios para a formulação de políticas públicas, programas, projetos que promovam territórios sustentáveis e saudáveis. Com essa nova visão, é possível um novo modo de organização social, mais cooperativo e solidário. (GALLO e SETTI, 2014, p.4394)

Por isso, solar Eugênio Vilaça Mendes, em *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*, (1999b, p. 95) quando aborda na introdução o processo social de distritalização da saúde, dizendo que é preciso ter claro que o Distrito Sanitário, construído na visão topográfico-burocrática, é extremamente funcional ao projeto neoliberal ao instituir-se como lugar racionalizador de uma atenção médica aos não integrados economicamente. O que deriva do entendimento do SUS como um subsistema público destinado aos pobres é a tese neoliberal. E não, como está inscrito nos artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal, que definem a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas, imprimindo-lhes um caráter de relevância pública e organizando as ações e serviços de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Essas razões, sucintamente referidas, obrigam a uma melhor qualificação do Distrito Sanitário, seja como elemento tático fundamental na estratégia da Reforma Sanitária, seja como processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.

Ensina Mendes (1999b, p. 99-100)

[...] Quer-se reiterar, então, a importância relativa das mudanças que deverão ocorrer nos serviços locais de saúde, onde o “caos da saúde” se manifesta fenomenicamente. Disso resulta a grande importância do processo social de distritalização da saúde. Contudo, a natureza processual do Distrito Sanitário – dada por suas dimensões política, ideológica e técnica – e, sobretudo, pelo reconhecimento de que o Distrito Sanitário não é um ente autarquizado e que, pelo contrário, mantém relações de interdependência com instâncias organizativas superiores a ele, permite identificar espaços de transformação, de distintas hierarquias, habitados pela luta político-ideológico-técnica entre atores sociais portadores de interesses e ideologias conflitivas: o espaço jurídico-legal, o espaço institucional e o espaço operativo.

Por consequência, uma transformação no sistema de saúde vai exigir modificações nesses três espaços, o que, de nenhum modo, significa que elas ocorrerão em etapas lineares. Ao contrário, a estratégia de mudança deve definir, em cada conjuntura específica, os passos táticos possíveis em cada espaço, para daí, dialeticamente, ir construindo viabilidade ao processo. (MENDES, 1999b, p. 99-100)

A formação do território do distrito sanitário no entender de Mendes (1999b, p. 166-9)

Esse é o território do distrito sanitário entendido como processo social de mudança das práticas sanitárias e é o que permitirá exercitar a hegemonia do modelo sanitário. Assim, um território-processo-base do distrito sanitário, deverá ser esquadrihado de modo a configurar uma determinada realidade de saúde, sempre em movimento. (MENDES, 1999b, p. 166-9)

O processo de apropriação do território não se deve constituir num ritual baseado em procedimentos rígidos. O objetivo, portanto, é a apropriação do território pelos distintos atores sociais, sendo que, no entanto, o objeto escolhido pode variar na dependência de cada realidade local. Em alguns casos, essa apropriação se deu através do estudo da mortalidade infantil. Em outros, pela identificação da cobertura vacinal.

O objeto, portanto, é fruto de uma opção tomada por grupos que estejam motivados e analisá-lo, ante uma realidade, sendo o objetivo também atingido pelo estudo do objeto escolhido. A mudança deverá ser política porque envolve distintos atores sociais, com dimensões ideológicas diversas. A lógica é estruturar-se de acordo com as necessidades de saúde da população (produção social da saúde), sendo imprescindível alcançar poder e espaço aos atores sociais, pois somente assim as transformações encontrarão a legitimidade necessária.

Doutrina Mendes (1999b, p. 221)

[...] Nesse sentido, no processo de transformação da situação de saúde, que ora se visa desenvolver, é imperativa a consolidação de um sistema de saúde mais eficiente, eficaz e equitativo. Para tanto, é fundamental a adoção de uma concepção de Sistema Único de Saúde que abranja: uma dimensão política, através da manifestação de distintos atores sociais; uma dimensão ideológica, por se dirigir à atenção de problemas de saúde da população e uma dimensão técnica, que exige a utilização de conhecimentos e tecnologias voltadas a tornar factível o processo de mudança. Essa concepção permite identificar cenários onde as mudanças ganham concretude, pois é no espaço político-operativo que se dá a interação população-serviços. É nesse cenário que se visualiza uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com

problemas de saúde definidos e que interage com distintas unidades prestadoras de serviço de saúde. (MENDES, 1999b, p. 221)

A construção das Redes de Atenção à Saúde – RASs tem revelado que há significativa evolução nos resultados dos sistemas de atenção à saúde. A integração da atenção primária e especializada proporcionou serviços mais custo/efetivo.

O aporte na atenção primária diminui as internações hospitalares, diminui o número de consultas, melhora a capacidade funcional das pessoas, melhora a satisfação do usuário com os serviços de saúde, reduz o uso de serviços especializados, mostra resultados positivos em vários âmbitos e patologias.

Nesse passo, conclui-se que a organização das RASs para ser efetiva, eficiente, resolutiva, com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, integração horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários, e níveis de atenção. Um dos objetivos fundamentais dos sistemas de atenção à saúde é a qualidade. O serviço prestado de forma humanizada.

Nas Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde, os territórios sanitários fundamentais são: o território micro-área, a área de responsabilidade do agente comunitário de saúde; o território área de abrangência, a área de responsabilidade de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) ou de uma equipe do Programa de Saúde da Família – PSF; o território municipal, a área de responsabilidade inequívoca de uma Secretaria Municipal de Saúde; o território microrregião sanitária, a área de responsabilidade de um Colegiado Microrregional ou de uma CIB Microrregional; o território macrorregional ou de uma Comissão Intergestores Bipartite – CIB Macrorregional de Saúde; e o território estadual, a área de responsabilidade inequívoca de uma Secretaria Estadual de Saúde e o território nacional, espaço de responsabilidade do Ministério da Saúde. Poderá haver, em circunstâncias especiais, regiões de saúde interestaduais ou internacionais.

Como se percebe, é instrumento essencial para a governança das Redes de Atenção à Saúde – RASs o processo de territorialização. O processo de territorialização constitui-se para além dos territórios sanitários fundamentais acima explicitados na definição dos diferentes espaços de vida das populações e que dão

a base territorial para a constituição das Redes de Atenção à Saúde, são um território geográfico, e também território cultural, social, econômico e político.

O que entendemos ser esse território, que afirmamos como o objeto por excelência da Atenção Básica – AB e do apoio, diz mais respeito a um ambiente vivo, que tem por um lado uma localização geográfica, um perfil populacional, que diz respeito a um sujeito, a determinadas identidades socioculturais, mas que está para aquém e além disso um território se define como vivo por ter uma dimensão objetiva, não formada, uma dimensão que é puro processo de expressão.

## 11 TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os artigos selecionados e analisados são originais. Os autores pesquisados complementam-se demonstrando que território, para além de conter na sua definição conceito geográfico com delimitação física, impõe conceito cultural, social, econômico e político.

Os conceitos que contêm valores, conteúdo filosófico e histórico, especificidades de cada população, só podem ser mensurados com a proximidade do profissional de saúde e do serviço de saúde em relação ao usuário, e para com o usuário, seja ele o indivíduo, a família, ou a comunidade estrito senso. Assim, este conceito amplo de território deveria ser levado em consideração pelo gestor ao implantar a ferramenta de gestão denominada territorialização.

No andar das reflexões postas, verifica-se a obrigação de estimar o usuário antes dos mecanismos que serão utilizados para colocar o sistema de saúde em prática. Afinal, o fim último dos sistemas de saúde, e em especial do Sistema Único de Saúde - SUS é o usuário, e deve-se a partir dele decidir as estratégias de gestão.

Dito isso, apresentaram-se duas premissas para o debate sobre território e territorialização na saúde. A primeira considera que o indivíduo, a família e a sociedade estrito senso, e seus sentimentos, sua noção de pertencimento, aspectos culturais, pessoais (indivíduo), familiares, sociais, e históricos vêm antes do território como conceito geográfico. Conceitos geográficos estes que servem como embasamento da ferramenta de gestão. É possível afirmar que a territorialização como instrumento de gestão pode ser mitigada ou flexibilizada.

Já a segunda, afirma que o cuidado da saúde é também coletivo quando se trata do SUS. O Sistema Único de Saúde garante o acesso à saúde como direito, trazendo a saúde como política pública de caráter universal, igualitária, que gera serviço gratuito.

Conclui-se que a melhor forma de se obter satisfação do usuário do Sistema Único de Saúde é por meio do aperfeiçoamento da Atenção Primária da Saúde. Sendo a atenção primária “a porta de entrada” do usuário no sistema

público de saúde no Brasil, é irrefutável a necessidade do manejo das demandas do destinatário do serviço para então se estabelecerem critérios de gestão.

Verifica-se, assim, um imperativo ético da Atenção Primária, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS: a necessidade do cuidado com a saúde e o acolhimento do sofrimento.

Pode-se assegurar que essa prática assistencial relacionada à atenção primária também vem sendo adotada no âmbito da saúde suplementar, cujos operadores estão alterando paradigmas. Verificou-se que na saúde suplementar a mudança do enfoque na assistência, em virtude do desenvolvimento não apenas das atividades individuais, característica do sistema suplementar, mas, também, a inserção de ações coletivas.

Cotejando os autores pesquisados e análise dos sistemas (SILOS, Redes de Atenção à Saúde, Regiões de Saúde), evidencia-se a necessidade do gestor reforçar as ações de saúde na Atenção Primária e organizar as Redes de Atenção à Saúde.

O melhoramento das técnicas de gestão poderá se dar por meio de: reestruturação de recursos humanos; construção de novas unidades de saúde e revitalização de antigas; informatização do sistema, integrando as informações sobre os usuários (prontuários eletrônicos e em rede); aperfeiçoamento dos fluxos de fornecimento de informações sobre o usuário, receitas médicas e dispensação de medicamentos; aprimoramento dos sistemas de marcação de consultas e realização das consultas; reorganização da realização de consultas especializadas e exames clínicos.

O cidadão contribui para a mitigação da territorialização, pois, em conformidade com o salientado, sendo saúde, bem público, ela é a seara do acolhimento humanizado. E o lugar do acolhimento humanizado é na atenção primária. Portanto, a melhor ferramenta de gestão ainda reside no acolhimento efetivamente humanizado do paciente, desde o serviço administrativo, até os serviços técnicos (médicos, enfermagem, técnicos de enfermagem, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, e outros). No acolhimento humanizado, o indivíduo indicará os problemas e possivelmente com sua experiência de cidadão contribuirá para a solução das estratégias de promoção e prevenção à saúde.

O Ministério da Saúde, visando efetivar mudança do modelo de atenção à saúde, criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Atenção Básica – PMAQ. Apresenta ao gestor metas, necessidades, aprimoramento do serviço. Nesse passo, reconhece a importância do acolhimento humanizado, da vinculação do sujeito, da família e da comunidade ao serviço e aos profissionais de saúde, e, ainda, ressalta a territorialização como instrumento de gestão que deve considerar as questões ambientais, epidemiológicas, socioeconômicas, sanitárias, assim como os processos culturais da população adscrita.

A territorialização pode ser instrumento de gestão, entretanto, sendo utilizada como ferramenta complementar, disposta aos mais diversos aspectos relacionados a um território seja de ele menor abrangência (municipal), seja maior abrangência (regional e nacional), pois assim, os resultados serão profícuos. A aproximação das realidades locais permite melhores soluções e a elaboração de políticas em rede.

Os diferentes diagnósticos locais e regionais permitem um inventário abrangente dos desafios a superar na operacionalização do direito à saúde. Para alcançar o resultado, é inevitável a intersetorialidade, a transversalidade e a horizontalidade das relações institucionais e dos serviços.

Não havendo possibilidade de aproximação do usuário do serviço, nem do administrador, é chegado o momento da humildade dos prestadores do serviço de saúde e gestores que fazem o acolhimento humanizado para preparar a flexibilização da territorialização como instrumento de gestão a partir da escuta do usuário.

A Atenção Primária da Saúde abrange a promoção da saúde, a proteção e prevenção da saúde, o alerta acerca dos agravos, os diagnósticos, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, a manutenção da saúde do usuário. Ou seja, contempla o usuário como indivíduo, como integrante de uma família e de um círculo social. As Equipes de Saúde da Família são o primeiro elo para o contato integral com os problemas, reconhecimento dos agravos, indícios para os definidores das estratégias de abordagem e implantação dos serviços.

Para a construção social da atenção primária à saúde, um pressuposto básico são as Redes de Atenção à Saúde. Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde. Por consequência,



deve haver uma sintonia fina entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente.

O modelo de Atenção Primária - AP no Brasil deve acolher o indivíduo, mas pelo modelo-conceitual de Equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESFs, inseridas na Atenção Primária do Brasil, há de abrigar a família do indivíduo e a comunidade estrito senso.

As Equipes de Saúde da Família são compostas por multiprofissionais (e intersetoriais) justamente para compreender o indivíduo, sua família, inseridos na comunidade estrito senso. Nesse contexto, as Equipes de Estratégia de Saúde da Família são aquelas que mantêm liame direto com as questões culturais, históricas, ideológicas, sociais, territoriais, do usuário e sua família. Giza-se que o primeiro contato é o sinalizador do funcionamento adequado da acessibilidade ao sistema.

Nos termos da Política Nacional de Atenção Básica (APS) tendo como objetivo ações de atenção integral que impactem na situação de saúde e autonomia das pessoas, tornando o sistema universal, acessível e vinculativo (vínculo), o serviço que presta efetivamente continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade, e participação social, está em acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

A Atenção Primária como se viu pode ser entendida como o nível de atenção em saúde que está em uma relação mais direta com o cotidiano da vida das pessoas, garantindo maior amplitude de acesso por se aproximar dos territórios e das questões de saúde locais. O gestor ao fomentar a atenção primária deveria adapta-la a cada território, a cada população com o fim de prover saúde e atender as demandas da população em forma de serviços, produzir interferências nos determinantes, modificando as cadeias produtivas das doenças e dos agravos.

A complexidade da Atenção Primária reside no olhar acerca das mais variadas dimensões da vida, e ao mesmo tempo datado e localizado acerca de cada sujeito e coletivo singular – os territórios da vida.

A territorialização permite planejamento, programação descentralizada, ações setoriais e intersetoriais, impacto na situação condicionante e determinante da saúde das coletividades que constituem aquele território. Tal fato é indiscutível.

Assim vejamos. O quesito qualidade do serviço de saúde não ingressou no âmbito da discussão. No aprofundamento dos autores pesquisados, observa-se que a ênfase se dá no sentido de que o usuário deseja ser ouvido, escutado,

atendido, acolhido nas suas queixas dentro do sistema, respeitadas as suas peculiaridades. Trata-se, portanto, de fazer “a escuta” do usuário, ou seja, salvaguardar o direito à saúde do cidadão.

O modelo de gestão fundado apenas em competência técnica, capacidade de gestão, tecnologias, e aferição de demanda, dentro de um território não se adequa na totalidade ao padrão de atendimento que o usuário espera do SUS.

Não se desconhece a relevância dos problemas que circundam as questões de financiamento do sistema de saúde e impedem o gestor de completar o planejado. Contudo, reorganizar estruturas, reestruturar recursos humanos e estabelecer novos critérios de gestão pode ser um moderador de custos.

Assim, também a organização de uma Rede de Atenção à Saúde - RAS efetiva, resolutiva, eficiente poderá atender os reclames do gestor, sempre em busca do menor custo financeiro, e do usuário, sempre na expectativa do atendimento mais acolhedor.

Nessa perspectiva, entende-se ainda que com o fortalecimento da Atenção Primária da Saúde, os custos para o gestor serão reduzidos, o percentual populacional atendido e satisfeito se ampliará, e, ainda, haverá possibilidade para o reexame das ferramentas de gestão estruturadas antes e aquém do usuário. Entre elas, a mitigação ou flexibilização da territorialização.

A resolutividade do serviço de saúde está ligada à qualidade de vida da população. Para isso, é relevante alterar o paradigma do planejamento das estratégias de saúde. Os sistemas de saúde devem tratar o sofrimento do usuário priorizando o interesse no cuidado, deixando de lado o modelo estritamente médico e de medicalização.

O indivíduo, a família e a sociedade têm função social na formação do sistema de saúde do país a fim de combater a iniquidade e garantir a promoção da saúde. É somente por meio da participação social que é possível dotar de autonomia o indivíduo, a família e a sociedade, e transformá-los em agentes sociais que articularão seus direitos.

As discussões mais recentes sobre o território incorporam o componente cultural considerando que o território carrega sempre, de forma indissociável, uma dimensão simbólica, ou cultural em sentido estrito. E uma dimensão material de natureza predominantemente econômico e política.

Os sujeitos e as comunidades criam e recriam culturas conforme o seu tempo e o seu espaço, e de acordo ou em oposição aos 'donos do tempo' que também são os 'donos do espaço'. As políticas públicas precisam levar em consideração o cotidiano vivido por todos; a vida que pulsa no lugar.

## **12 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O que entendemos, portanto, ser esse território, que afirmamos como o objeto por excelência diz mais respeito a um ambiente vivo; que tem por um lado uma localização geográfica, um perfil populacional, que diz respeito a um sujeito, a determinadas identidades socioculturais, mas que está para aquém e, além disso, um território se define como vivo por ter uma dimensão objetiva, não formada, uma dimensão que é puro processo de expressão.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que desorganizam o sistema público de saúde por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicáveis uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção à saúde contínua à população.

O impacto na organização, estabelecendo relação a partir de uma rede de serviços integrada, especialmente do Sistema Único de Saúde, incide necessariamente na reconfiguração da avaliação das necessidades do usuário, na oferta dos serviços, na qualificação do atendimento, na garantia de mecanismos eficazes de regionalização, na organização de recursos, no compartilhamento de ações, serviços, relações interfederativas, entre os gestores.

A revisão dos métodos de análise geográfica e regional permitirá conhecer os problemas das microrregiões de saúde. Os indicadores atuais não perfazem o diagnóstico territorial.

A resolutividade do serviço de saúde está ligada à qualidade de vida da população. Para isso, é relevante alterar o paradigma do estabelecimento de serviços.

A saúde, com seu campo demarcado pela Lei n.º 8.080/90, é de acesso universal e igualitário, pois, enquanto direito fundamental, não pode haver condicionantes para o seu exercício. Que não parem dúvidas quanto a esse ponto!

Sem olvidar-se que o sistema de saúde do Brasil é destinado a todo e qualquer cidadão, todavia, hoje é consabido que o direito à saúde não se vincula à assistência social que deve ser prestada no sentido de prover mínimos existenciais às pessoas carentes. O direito à saúde é universal: qualquer cidadão, independentemente de sua condição social, tem direito à saúde. O direito à saúde não pode confundir-se com o direito à assistência social. São direitos distintos, tratados distintamente dentro do capítulo da seguridade social (artigos 196 a 203 da Constituição Federal de 1988).

A luta pelo direito à saúde perpassa pelo exercício da cidadania no controle social. O resultado positivo da Constituição Democrática de 1988 é a possibilidade de o cidadão se organizar e exigir do Estado o cumprimento de seus deveres. No âmbito da saúde o controle social é exercido pelos Conselhos de Saúde.

As instituições de controle e fiscalização do Estado não podem permanecer atreladas a órgãos vinculados ao próprio Estado, ainda que gozem de relativa autonomia. O cidadão deve consolidar a participação social, pois somente assim obterá os efeitos pretendidos e sujeitará o sistema de saúde à fiscalização. Por meio da participação social, o cidadão influenciará a definição das políticas públicas e as metas de gestão.

A participação social conduzirá o cidadão a exigir do gestor o atendimento da demanda populacional de acordo com a necessidade local, o fortalecimento da atenção primária, das redes de atenção à saúde, e a flexibilização de todas as ferramentas de gestão que possam afastar o usuário do sistema de saúde. O usuário (indivíduo), por sua vez, exigirá ser devidamente acolhido e ter acesso ao sistema.

O compromisso com a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, no âmbito público como no privado, deve ser permanente, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à eficiência e qualidade dos sistemas de saúde. Em especial, do Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

AITH, Fernando et al. Os princípios da Universalidade e Integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. **Revista de Direito Sanitário** [online]. São Paulo, 2014, vol. 15, n. 1, p. 10-39, mar/jun. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82804/85759>>. Acesso em: 16/05/16.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Tradução: Roberto Raposo. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013, p. 221.

**ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SA. BRASIL**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/17-planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/1542-situacoes-de-garantia-de-acesso-a-cobertura-assistencial>>. Acesso em 09/06/16.

BORBA, Marina Neiva; HOSSNE, William Saad. A Natureza Jurídica da Saúde na América Latina e Caribe: um Estudo Constitucional Comparado. **Revista de Direito Sanitário** [online]. São Paulo, 2010, vol. 11, n.1, p. 26-46, mar/jun 2010. <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13193/15003>>. Acesso em 16/05/16.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, [online], 2010. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_site.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf)>. Acesso em: 12/06/2016.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília [online], 2012. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 12/06/2015.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 17/11/2015.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**, 5 de outubro de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 17/11/2015.

\_\_\_\_\_. **Lei 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. Publicada no Diário Oficial da União, 20/09/1990, p. 18055.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União, 31/12/1990, p. 25694.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.689, de 27 de julho de 1993.** Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Publicada no Diário Oficial da União em 28/07/1993.

\_\_\_\_\_. **Decreto 1.232, de 30 de agosto de 1994.** Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do fundo nacional de saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal. Publicado no Diário Oficial em 31/08/1994, p. 13093.

\_\_\_\_\_. **Decreto 1.651, de 28 de setembro de 1995.** Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria do âmbito do SUS. Publicado no Diário Oficial da União em 29/09/1995, p. 1.

\_\_\_\_\_. **Lei 10.424, de 15 de abril de 2002.** Regulamenta a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde e outros. Publicada no Diário Oficial da União em 16/04/2002, p. 1

\_\_\_\_\_. **Lei 9.836, de 23 de setembro de 2002.** Acrescenta dispositivos à Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Publicada no Diário Oficial da União em 24/09/1999, p.1.

\_\_\_\_\_. **Lei 11.108, de 7 de abril de 2005.** Alterou disposições da Lei 8080/90 para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Publicada no Diário Oficial da União em 08/04/2005, p.1.

\_\_\_\_\_. **Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006.** Regulamenta o §5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51 de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União, 6/10/2006, p. 1.

\_\_\_\_\_. **Lei 12. 401, de 28 de abril de 2011.** Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação tecnológica em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Publicada no Diário Oficial da União em 29/04/2011, p. 1.

\_\_\_\_\_. **Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Publicado no Diário Oficial da União, 29/06/2011, p.1.

\_\_\_\_\_. **Lei 12.466, de 24 de agosto de 2011.** Dispõe sobre as Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretaria Municipal de Saúde (CONASEMS), suas respectivas composições e outras providências. Publicada no Diário Oficial da União em 25/08/2001, p. 1.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal, e município, estabelece critérios de rateio de recursos e transferências para a saúde, normas de fiscalização e controle de despesas com saúde nas três esferas de governo. Publicada no Diário Oficial da União em 16/01/2012, p. 1.

\_\_\_\_\_. **Lei 12.895, de 18 de dezembro de 2013.** Obriga os hospitais de todo o país a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente e acompanhante. Publicada no Diário Oficial da União em 19/12/2013, p. 1.

\_\_\_\_\_. **Lei 13.097, de 19 de janeiro de 2015.** Dispõe sobre recursos financeiros do Sistema Único de Saúde. Publicada no Diário Oficial da União em 20/01/2015, p. 1.

\_\_\_\_\_. **Constituição (1988).** Emenda Constitucional n 29, de 13 de setembro de 2000. Dispõe sobre os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Publicada no Diário Oficial da União em 14/09/2000, p.1.

\_\_\_\_\_. **Constituição (1988).** Emenda Constitucional n 42, de 19 de dezembro de 2003. Altera o Sistema Tributário Nacional e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União em 31/12/2003, p. 3.

\_\_\_\_\_. **Constituição (1988)**. Emenda Constitucional n 51, de 14 de fevereiro de 2006. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Publicada no Diário Oficial da União em 15/02/2006, p.1.

\_\_\_\_\_. **Constituição (1988)**. Emenda Constitucional n 63, de 4 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre o piso salarial profissional nacional e diretrizes para os Planos de Carreira de agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias. Publicada no Diário Oficial da União em 05/02/2010, p. 1.

\_\_\_\_\_. **Constituição (1988)**. Emenda Constitucional 86, de 17 de março de 2015. Torna obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Publicada no Diário Oficial da União em 18/03/2015, p. 1.

\_\_\_\_\_. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde.

\_\_\_\_\_. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 687, de 30 de março de 2006**, Aprova a Política de Promoção da Saúde.

\_\_\_\_\_. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 822/GM, de 17 de abril de 2006**. Altera critérios de definição de modalidades das Estratégias de Saúde da Família dispostos na Política Nacional de Atenção Básica.

\_\_\_\_\_. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006**.

\_\_\_\_\_. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 204/GM, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Publicado no Diário Oficial da União, 31/01/2007.

\_\_\_\_\_. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 90/GM, de 17 de janeiro de 2008**. Atualiza o quantitativo populacional de assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família.

\_\_\_\_\_. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2.920, de 2 de dezembro de 2008**. Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da



Família que atuem em áreas prioritizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 4279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova diretrizes Operacionais do referido Pacto.

\_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A gestão do SUS**. 1. ed. Brasília: CONASS, Ministério da Saúde, 2015a, p. 10-42.

\_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, Ministério da Saúde, 2015b, p.13-104.

\_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Direito à Saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, Ministério da Saúde, 2015c, p. 15-36, p. 73-83.

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90)**. 3ª ed. ver. at. São Paulo, Campinas, Editora da Unicamp, 2001, p. 33-100, 118-140, 292-293.

DILELIO, Alitéia Santiago et al. Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, 2014, v. 30, n.12, p. 2594-2606. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00118713>>. Acesso em: 09/06/16.

DUARTE, Maria Cristina Rabelais et al. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia das Regiões de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, 2015, v. 31, n. 6, p. 1163-1174. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311>>. Acesso em: 09/06/16.

FREYRE, Gilberto. **Sobrados e Mucambos: decadência do patriarcado rural e desenvolvimento do urbano**. 15. ed. rev., São Paulo: Global, 2004, p. 694.

FERREIRA, Sônia Maria Isabel Lopes; PENTEADO, Maridalva de Souza; SILVA JÚNIOR, Milton Ferreira. Território e territorialidade no contexto hospitalar: uma abordagem interdisciplinar. **Saúde Soc.** [online], 2013, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 804-814, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/14.pdf>>. Acesso em: 17/11/2015.

GALLO, Edmundo; SETTI, Andréia Faraoni Freitas. Território, intersetorialidade e escalas: requisitos para a efetividade dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, **Ciênc. saúde coletiva** [online], 2014, vol. 19, n. 11, p. 4383-4396. ISSN 0104-1290. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4383.pdf>>. Acesso em: 17/11/2015.

KÖLLING, Gabrielle; MASSAÚ, Guilherme Camargo. A Concretização do Direito à Saúde na Perspectiva Republicana. **Revista de Direito Sanitário** [online]. São Paulo, 2011, vol. 12, n. 2, p. 11-36, jul/out. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13247/15064>>. Acesso em: 12/06/2016.

LEÃO, Adriana; BARROS, Sônia. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc.** [online], 2012, São Paulo, vol. 21, n.3, p. 572-586. ISSN 0104-1290. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v12n3/05.pdf>>. Acesso em: 17/11/2015.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; YASUI, Sílvio. Território e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde debate** [online], 2014, vol. 38, n. 102, p. 593-606. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0593.pdf>> Acesso em: 17/11/2015.

MACERATA, Iacã; SOARES, José Guilherme; RAMOS, Julia Florêncio de Carvalho. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e Rua. **Interface** (Botucatu) [online], 2014, vol.18, suppl. 1, p. 919-930. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0919.pdf>>. Acesso em 17/11/2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda Para a Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999a, p. 57-94, p. 233-297.

\_\_\_\_\_. **A atenção primária à saúde no SUS**. 1. ed. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. 2002, p.9-21.

\_\_\_\_\_. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago.2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>>. Acesso em: 12/06/2016.

\_\_\_\_\_. As redes de atenção à saúde. **Organização Pan-Americana de Saúde** [online], 2ª ed. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra/apsredes>.  
[www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesatencao.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesatencao.pdf)>. Acesso em: 12/06/2016.

MENDES, Eugênio Vilaça, organizador. **Distrito Sanitário**. 4. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999b. p- 93-183, p-221-258.

MORIN, Edgar. **O método 5: a humanidade da humanidade**. Tradução: Juremir Machado da Silva. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012, p. 51, 176-177.

NASCIMENTO, Tupinambá M. Castro do. **Posse e Propriedade**. 1. ed. Rio de Janeiro: AIDE, 1986, p. 12-13.

NIRENBERG; PERRONE . Los locales de salud: desafios para la década de los noventa. **Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana**, 1990, Washington, año 1969, vol. 109, n. 5 e 6, p. 474-4879, nov e dec.

PAGANINI, José M.; CHORNY, Adolfo H. Los locales de salud: desafios para la década de los noventa. **Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana**, 1990, Washington, año 1969, vol. 109, n. 5 e 6, p. 424-445, nov e dec.

RIBEIRO, Guilherme. Fernand Braudel e a geo-história das civilizações. **Hist. Ciênc. Saúde – Manguinhos** [online]. Rio de Janeiro, 2011, vol.18, n.1, p. 67-83, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hc5m/v18n1/05.pdf>>. Acesso em: 29/11/2015.

SOLANGE, L'Abbate; MOURÃO, Lucia Cardoso; PEZZATO, Luciane Maria, organizadoras. **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 239-259, 286-288, 315-330.