

1 2 9 0



UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

Sueli Godoi

**POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E GESTÃO  
TERRITORIAL:  
UM ESTUDO DE CASO NO BRASIL**

**Tese no âmbito do Doutoramento em Território, Riscos e Políticas  
Públicas, orientada pelos Professores Doutores José Manuel de  
Oliveira Mendes e Maurício Monken e apresentada ao Instituto de  
Investigação Interdisciplinar da Universidade de Coimbra**

Outubro de 2019



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

IIU INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO  
INTERDISCIPLINAR  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

# POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E GESTÃO TERRITORIAL: UM ESTUDO DE CASO NO BRASIL

Sueli Godoi

**Tese no âmbito do Doutoramento em Território, Riscos e Políticas  
Públicas, orientada pelos Professores Doutores José Manuel de  
Oliveira Mendes e Maurício Monken e apresentada ao Instituto de  
Investigação Interdisciplinar da Universidade de Coimbra**

Outubro de 2019



universidade  
de aveiro



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA



UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

## Dedicatória

Alan Marx Francisco, meu filho, meu alicerce, meu motivo de nunca desistir da luta. Amo-te eternamente. Obrigada por ter aceitado ser meu filho, mesmo sabendo de todos os meus defeitos. Você é meu orgulho!

José Carlos Francisco. Meu companheiro que, para além de pai do meu filho, sempre me incentivou, me defendeu de tudo e todos e, principalmente, me amou, suportou a distância e acreditou em mim. Minha vida!

Maria Tereza, minha mãe, que me deu a vida, me serviu de exemplo, me ensinou a ser mulher, mãe e guerreira. Essa conquista é exemplo de luta que você sempre me passou. Meu alicerce!

Todos os usuários do Sistema Único de Saúde, na esperança de que um dia o direito a saúde transforme-se no alicerce da superação da vulnerabilidade social que impera no Brasil. Minha fé!

## AGRADECIMENTOS

Chegar nesta fase é ter a certeza de que o caminho não foi traçado sozinho, e, portanto, é o momento de agradecer a todos que caminharam comigo por mais esta longa e valiosa etapa da minha vida. Avalio os agradecimentos tão difícil como escrever a própria tese. Pois foram cinco anos de dedicação, esforço, alegria, tristezas, lutos e nascimentos. Muitos estiveram comigo de mãos dadas e me acudindo de todas as formas de desânimo que me acometeram, da síndrome do pânico da qual me inseriu nas estatísticas de doenças advindas do doutoramento.

Cada um de vocês que denomino aqui tiveram um papel fundamental nestes cinco anos, cada um de sua forma e jeito, mas TODOS foram muito importantes nesta trajetória. Seguraram minhas mãos, alegraram meu coração, foram companheiros nas alegrias, nas tensões, nas risadas e nas lágrimas e me fizeram ter orgulho de mim mesma.

Agradeço primeiramente a Deus, e não poderia ser diferente, pois sou abençoada com o dom da vida e com a proteção dos céus! Anjos da guarda e mentores espirituais intercederam por mim, me acudiram e tomaram todo o cuidado em colocar cada um de vocês ao meu lado no tempo certo.

A minha mãe, minha rainha, meu exemplo de luta e dedicação, sempre acreditou em mim, sempre me colocou em suas orações, pedindo proteção e muita saúde! Cuidou de meu filho para que eu concluísse a graduação. Acompanhou sempre de perto no mestrado e o doutorado. Obrigada mãezinha, te amo!

A Jose Carlos, meu companheiro, meu amor, minha proteção. Obrigada por não ter deixado eu trancar a faculdade quando nosso filho teve meningite aos quatro anos de idade e quase morreu. Obrigada por caminhar ao meu lado sempre. Por nossos passeios, pescarias e todos os momentos alegres que me proporcionou. Você é meu companheiro! Para sempre vou te amar! Por toda minha vida vou te amar!

A Alan Marx, meu filho! Um pedaço de mim? Não! Eu inteira. Obrigada filho, por acreditar na mamãe e por ter suportado a distância que se fez necessário neste doutoramento.

Este doutoramento teve um grande objetivo, aprimoramento profissional, então, jamais poderia deixar de agradecer meus (as) alunos (as), pelo carinho que sempre demonstraram para comigo. Como é gratificante receber abraço e ver um sorriso lindo no rosto de vocês. Vocês forem também responsáveis por eu ter chego até aqui.

A Caroline Becher! Carol Obrigada por ter sido minha aluna tão dedicada e amorosa que até me chama de segunda mãe! Como é importante para mim seu carinho e principalmente por acreditar em mim. De aluna dedicada e inteligente hoje é minha melhor amiga (também dedicada e inteligente). Você não faz parte da minha vida por acaso!!

Aos colegas de trabalho Claudio Melo, Aldo Bona, Marcos Ventura, Márcia da Silva, Carla Brunes, Evani Marques, Margie e Saporiti, vocês foram muito importantes para que eu pudesse hoje finalizar esta etapa, na verdade tudo começou com vocês. Meus sinceros agradecimentos.

Minha amiga Claudia Crisóstimo. Tudo começou com sua ajuda em relação as documentações para minha inscrição no doutoramento. Quem diria!! Se tornou uma grande e maravilhosa amiga. Me fez companhia em Coimbra. Me acompanhou em passeios, me distraiu com sua alegria e me presenteou com uma linda família. Meu muito obrigada por sua amizade verdadeira!

Às funcionárias da PROPESP e DIRPES da Unicentro, Eliane, Claudia Aldrin, Viviane, Carmen e Andrea. A torcida foi muito grande e sinto ela até hoje. Amo vocês!

André Alves, grande amigo! Nunca me deixou sozinho. Veio à Coimbra me trazer um pouco de casa. Me acolheu em sua casa para a escrita da tese e organização da pesquisa. Meu acudiu com suas sessões de Heiki, me colocando em sintonia comigo mesma e em paz. Meu irmão!

Gleice Erbas. Mais um anjo que o céu me presenteou em Coimbra!! Fizemos lindos passeios pela Espanha, foi uma páscoa maravilhosa juntas. De volta ao Brasil, me recebeu em sua casa quando estive por conta de minhas orientações na Fiocruz. Foi meu alicerce e me ajudou muito, e, ainda acrescentou em minha vida pessoas lindas como Glaucia, Thais, Vinícius e Enzo. Como eu amo vocês!

Aos colegas de turma do doutoramento Rui Sicola, obrigada por me deixar te chamar de Babu. Obrigada pelas discussões em sala de aula e por toda ajuda que me dedicou em Coimbra. Ana Sofia, pela sua atenção e carinho. Obrigada por tornar meu dia a dia mais doce em Coimbra.

Minha família Alves Lima, como sempre minhas manas vocês nunca me abandonaram, sempre torceram por mim, cada dia, cada hora. Foram meu alicerce em todas as horas, nunca mediram esforços em me ajudar. O amor de vocês é meu combustível.

A Rafael Fernandes! Como a vida dá voltas, né? Agradeço à Ju por colocar você na minha vida. Me lembro como se fosse hoje, a cena de você sentadinho no banco da Estação de Comboios me esperando! Quase me matou de andar no primeiro dia que cá estive (rsrsr).

Obrigada por ter vindo! Por alegrar meus dias aqui, por me divertir e por me ajudar muito na metodologia da tese. E por ainda continuar me ajudando! Gratidão é palavra pequena perto do imenso carinho que tenho por você e sua família.

A Maria Cleci e Beto. Precisei vir à Coimbra para nos conhecermos! E olhe que trabalhávamos na mesma instituição. Mas a vida é assim, as vezes a gente precisa ir longe para enxergar quem está por perto. Saiba que você e o Beto foram e são muito importante em minha vida, o pouco tempo que ficamos juntos aqui em Coimbra foram e serão eternos.

A Marília Dal Bello, minha colega de trabalho, obrigada por estar por perto quando mais precisei de alguém para me socorrer, você fez o papel de paramédica, me socorreu a tempo de evitar maiores problemas quando tive meu AVC sistêmico em Paranavaí. Devo minha vida a você. Orgulho de ter tido você como “chefe”. Eu, José e Alan seremos eternamente gratos!

Minhas alunas, Piedra, Amanda e Natália, o socorro de vocês também foi fundamental, obrigada pelo amor e carinho de vocês por mim e por serem tão cuidadosas a ponto de perceberem que eu estava precisando de socorro e prontamente me acudiram. Eu, José e Alan seremos também eternamente gratos a vocês.

Karima Handam, seu jeitinho meigo e carinhoso. Mesmo com todos os afazeres da vida, não mediu esforços em me ajudar na leitura da tese, bem naqueles momentos em que eu já não enxergava mais nada. Foi muito importante suas observações. Gratidão.

Aos funcionários da biblioteca do Centro de Estudos Sociais de Coimbra, Maria José e Acácio, por todo carinho com que me dedicaram nos anos que aqui estive para os estudos do doutoramento. Por sempre se preocuparem com o meu conforto na hora dos estudos. Profissionais extremamente competentes e dedicados. Muito obrigada a vocês, sentirei muita falta.

A todos os professores doutores do doutoramento em Território, Risco e políticas públicas, por seus ensinamentos e dedicação.

Aos meus orientadores Professores Doutores José Manuel de Oliveira Mendes e Maurício Monkem, por nunca terem desistidos de mim, por terem acreditado e pelas mensagens de incentivos, me ensinaram muito. Obrigada!

## RESUMO

A organização da política pública de saúde no Brasil passa a ser reconhecida como um direito de todos os cidadãos a partir da Constituição Federal de 1988, através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, a sua regulamentação só se dá nos anos de 1990, através da promulgação da “Lei Orgânica da Saúde” (LOS). Da LOS se originaram outras novas Leis, Portarias e Resoluções para a regulamentação do SUS. Assim, entre as novas leis de regulamentação, surgem as Normas Operacionais Básicas (NOBs), sendo que a de 1996 (NOB Nº 01/96) traz o princípio da descentralização político administrativa do SUS a partir da qual se passa a responsabilizar os municípios pela gestão da política pública de saúde. Contudo, a descentralização é apenas efetiva com o pacto pela saúde emitido no ano de 2006. A partir de então compete aos municípios a elaboração do Plano Diretor Regional o qual deve ainda seguir critérios estabelecidos por vários instrumentos normativos, entre eles o pacto de gestão solidário e cooperativo. Retoma-se assim, o princípio regionalizador na esperança de oferecer meios para integrar os sistemas municipais de saúde, agora sob a coordenação dos gestores estaduais. No caso do Estado do Paraná, há vinte e duas regionais de saúde, cada uma abrangendo uma região com vários municípios. Desta forma, esta tese de doutoramento tem como objetivo compreender o processo sócio-político e territorial de regionalização para organização dos serviços no atendimento das necessidades sociais de saúde da população de uma região no Estado do Paraná. Como objetivos específicos, pretende-se compreender os processos de regionalização e seus impactos para a população; entender as necessidades e possibilidades da prática de intervenção no âmbito da saúde para além da demanda espontânea; contextualizar a demanda sem acesso à política pública de saúde, e perceber os critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos no plano regional. A nível metodológico foram aplicadas entrevistas a gestores e coordenadores da política de saúde, recorreu-se à observação participante nas reuniões da Comissão Intergestores Bipartite Regional e também observação participante nas Unidades Básicas de Saúde nos municípios de Cândói, Guarapuava e Pinhão, todos pertencentes à região em estudo. Conclui-se que a regionalização se dá ainda sem a devida autonomia ficando definidas as ações, metas e diretrizes sob responsabilidade Estadual. Na definição das ações e serviços de saúde, compete aos municípios realizar contratos de serviços de média complexidade ainda sob o controle da gestão estadual e tem como foco o setor privado assumido pelos consórcios Intermunicipais de Saúde. No que se refere à atenção básica, a mesma se efetiva com significativa redução de recursos humanos para a garantia da formação da equipe mínima definida pela política nacional.

**Palavras-chave:** Descentralização. Regionalização. Gestão territorial. Política pública de saúde.

## ABSTRACT

As of the enactment of the 1988 Federal Constitution, the public health policy organization in Brazil starts being recognized as a right of all citizens, through the creation of the Unified Health System (SUS). However, its regulation occurs in 1990, with the promulgation of the Health Organic Law” (LOS). From LOS, other Laws, Decrees, and Ordinances have been issued to regulate SUS. Thus, among the new regulation acts, the “Normas Operacionais Básicas (NOBs)” emerge, with the 1996 law (NOB Nr. 01/96) bringing in SUS’s principle of political and administrative decentralisation, in which the municipalities are held responsible for the Public Health Policy Development. Nonetheless, decentralisation becomes truly effective with the health pact issued in 2006. Since then, municipalities task is to elaborate the Regional Master Plan, which shall follow the criteria set out by various regulatory instruments, among which the solidary and cooperative management pact. Thus, one retrieves the regionalising principle in the prospect of providing means to integrate the municipal health systems, now under the coordination of state authorities. Regarding the State of Paraná, there are twenty-two Regional Health Authorities, each covering a region with a range of municipalities. Thereby, this doctoral thesis aims at understanding the socio-political and territorial process of regionalisation for the organisation of services in meeting the social health demands of the population in a region of the State of Paraná. As specific objectives, we aim to understand the regionalisation processes and the impacts on the population; understand the needs and possibilities of the intervention practice within health, in addition to self-referral; contextualise the demand without access to public health policy; and understand the criteria and instruments for monitoring and assessing the results, goals and indicators established in the regional plan. At the methodological level, interviews were applied to health policy managers and coordinators, participant observation was conducted in the Bipartite Interagency Commission meetings, as well as participant observation at the Basic Health Units, in the municipalities of Cândói, Guarapuava and Pinhão, all three belonging to the studied region. One concludes that regionalisation still takes place without a proper autonomy, being the actions, goals and guidelines established under the state responsibility. In the definition of health actions and services, it is the municipalities responsibility to perform intermediate complexity service contracts, still under the state management control, focusing on the private sector, taken on by the Health Inter-municipal Consortia. Regarding the primary care, it become effective with a significant reduction of human resources for the core team formation, as defined by the national policy.

**Keywords:** Decentralisation. Regionalisation. Territorial management. Public health policy.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	– Processos espaciais como propostas para a regionalização .....	40
<b>Quadro 2</b>	– Diferentes enfoques relativistas das necessidades humanas básicas .....	59
<b>Quadro 3</b>	– Paradigma de orientação neoliberal .....	64
<b>Quadro 4</b>	– Ciclos de desenvolvimento da atenção primária.....	78
<b>Quadro 5</b>	– As características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde .....	92
<b>Quadro 6</b>	– Atas das reuniões ordinárias e extraordinárias da CIBR .....	104
<b>Quadro 7</b>	– Check-list orientador do estudo de caso .....	108
<b>Quadro 8</b>	– Protocolo de observação das reuniões ordinárias e extraordinárias da CIBR .....	112
<b>Quadro 9</b>	– Protocolo de observação nas UBS com ESF .....	113
<b>Quadro 10</b>	– Estrutura das pautas orientadora do questionário de entrevista aplicada aos gestores .....	116
<b>Quadro 11</b>	– Estrutura das pautas orientadora do questionário de entrevista aplicada aos coordenadores .....	116
<b>Quadro 12</b>	– Números de leitos obstétricos disponíveis.....	132
<b>Quadro 13</b>	– Consórcio e Municípios Integrados .....	144
<b>Quadro 14</b>	– Frequência de Participação nas reuniões da CIR.....	146

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.....	66
<b>Figura 2</b> – Organograma dos eixos fundamentais da pesquisa.....	100
<b>Figura 3</b> - Número de Unidade Básicas de Saúde por municípios.....	102
<b>Figura 4</b> - Municípios foco da pesquisa .....	121
<b>Figura 5</b> - Divisão do Estado do Paraná por regionais de saúde.....	122
<b>Figura 6</b> - Divisão do Estado do Paraná por macrorregiões de saúde.....	123
<b>Figura 7</b> - Municípios que compõem a 5ª Regional de saúde.....	124
<b>Figura 8</b> – Consultório Médico.....	128
<b>Figura 9</b> – Armário de medicação .....	135
<b>Figura 10</b> – Divisão da região de saúde em microrregiões.....	160

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - População sem cobertura de ACS e ESF .....	127
<b>Gráfico 2</b> - Composição da Equipe de AB - Candói e Pinhão.....	130
<b>Gráfico 3</b> - Composição da equipe ESF em Guarapuava .....	131
<b>Gráfico 4</b> - Óbitos segundo tipos de doenças .....	159
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição de clínico geral nos municípios .....	162

## LISTA DE SIGLAS

BM	Banco Mundial
NOB	Normas Operacionais Básicas
PSF	Programa Saúde da Família
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
BIRD	Banco Internacional de Desenvolvimento
FMI	Fundo Monetário Internacional
ESF	Estratégia Saúde da Família
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIBR	Comissão Intergestores Bipartite Regional
RISS	Rede Integrada de Serviços de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ABS	Atenção Básica em Saúde
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
PDR	Plano Diretor de Regionalização
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde
RISS	Rede Integrada de Serviços de Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada

PDI	Plano Diretor de Investimento
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pactuada
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
SESA	Secretaria do Estado da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
CIR	Comissão Intergestores Regional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
COMSUS	Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde
HOSPSUS	Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS
APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
VIGIASUS	Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção à Urgência
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
MS	Ministério da Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>CAPÍTULO 1 - ELEMENTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS DA GEOGRAFIA E A CONTRIBUIÇÃO FUNDAMENTAL PARA A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE</b> .....	23
<b>1.1 O Espaço: um Conceito em Constante Transformação</b> .....	24
<b>1.2 Uma Abordagem Analítica do Conceito de Território</b> .....	31
<b>1.3 Aspectos Constituintes e Fundamentais da Região</b> .....	36
<b>CAPÍTULO 2 - A CORRELAÇÃO ENTRE AS NECESSIDADES HUMANAS E O INDIVÍDUO: UM DEBATE A PARTIR DA CONSTRUÇÃO DO INDIVÍDUO NA SOCIEDADE CAPITALISTA</b> .....	43
<b>2.1 Indivíduo: um Ser em Constante Modificação na Sociedade Hodierna</b> .....	45
<b>2.2 Das Necessidades Humanas Básicas às Necessidades Construídas Socialmente</b> .....	54
<b>2.3 Necessidades em Saúde</b> .....	65
<b>CAPÍTULO 3 - POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO: AS DIFERENTES INSTITUCIONALIDADES E DETERMINAÇÕES DE UM PAÍS</b> .....	72
<b>3.1 A Constituição Federal de 1988 – Reconhecimento da Saúde como Direito de Cidadania Vinculada à Seguridade Social</b> .....	73
<b>3.2 Descentralização da Saúde como Carro-Chefe e o Foco na Atenção Primária à Saúde (1990 – 1994)</b> .....	80
<b>3.3 A Privatização com a Substituição do Estado de Intervenção pelo Estado de Regulação com Foco na Transferência de Gestão das Políticas Públicas (1995-2002)</b> .....	84
<b>3.4 Criação do Pacto pela Saúde na Redefinição da Descentralização da Saúde como Planejamento Regional (2003 – 2016)</b> .....	87
<b>CAPÍTULO 4 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	97
<b>4.1 Metodologia de Investigação</b> .....	98

<b>CAPÍTULO 5 - AS DESIGUALDADES NO PROCESSO DE GESTÃO TERRITORIAL DA SAÚDE .....</b>	<b>119</b>
<b>5.1 A Efetivação da Atenção Básica .....</b>	<b>125</b>
<b>5.2 A Governança da Regionalização da Saúde.....</b>	<b>140</b>
<b>5.3 Territorialização da Saúde na Definição do Espaço Geográfico .....</b>	<b>156</b>
<b>5.4 Sistema de Informação em Saúde .....</b>	<b>165</b>
<b>5.5 Monitoramento e Avaliação das Redes de Atenção a Saúde .....</b>	<b>166</b>
<b>5.6 Capacitação Permanente dos Profissionais de Saúde .....</b>	<b>167</b>
<b>CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>171</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>174</b>

## INTRODUÇÃO

Discorrer sobre o conceito de saúde e sobre a saúde como política pública no Brasil é compreender a luta de uma sociedade para legitimar a saúde como um direito humano e social. A partir da Constituição Federal de 1988 este direito foi definido através do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema de saúde propõe uma perspectiva inovadora, pois traz a saúde como um direito universal.

O Brasil historicamente é um país marcado por profundas desigualdades sociais, econômicas, culturais e territoriais que remontam as origens desta terra na perspectiva europeia. Romper com séculos de exploração e submissão é algo que numa sociedade se faz como muita luta dentro de um sistema econômico focado na exploração e na apropriação desigual pela riqueza socialmente produzida.

Deste modo, o sistema de saúde no Brasil não está aquém desse movimento histórico, pelo contrário ele contém esse movimento. É importante citar que a sociedade tem movimento incerto e é movida pelas suas ideologias, sejam elas de esquerda, direita, etc. Neste sentido, a Constituição Federal de 1988 foi alcançada devido aos movimentos sociais que reivindicaram o fim da ditadura militar no Brasil que perdurou por 21 anos (1964-1985), violando direitos e impedindo a liberdade de expressão. Estes movimentos sociais foram responsáveis por alcançar direitos que nunca haviam sido destinados à população como um todo, ou seja, ampliou direitos que anteriormente estavam restritos a uma pequena parcela da população.

Vale ressaltar que garantir em lei os direitos sociais reconhecendo que todos são iguais, foi uma conquista sem precedente da sociedade brasileira, marcando o fim de um período regido pela ditadura militar, remetendo ao Estado o compromisso e o dever de zelar pelos direitos constituídos na Constituição Federal de 1988, viabilizando a consolidação destes direitos por meio de políticas sociais públicas.

Entre estes direitos está o direito à saúde, numa propositura de universalidade. Anteriormente à Constituição Federal, a saúde possuía o caráter contributivo destinado à classe trabalhadora com registro em carteira, ou seja, que se encontrava inserido formalmente no mercado de trabalho. Aos demais trabalhadores lhes restavam apenas a filantropia e a caridade praticada pela igreja ou instituições filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia.

Acontece que, neste contexto, abriu-se um novo campo de contradição entre a saúde e o direito, pois o reconhecimento da saúde enquanto “direito de todos e dever do Estado” reforçou a compreensão da saúde, por um lado, enquanto direito social e, por outro, enquanto

bem privado, através de seguros de saúde, que varia conforme a capacidade financeira do indivíduo ou família.

Evidencia-se que essa prerrogativa foi possibilitada pela Constituição Federal de 1988, pois permitia que a assistência à saúde pudesse também ser desenvolvida pela iniciativa privada. Este ideário colocou em cheque a universalidade do acesso à saúde, com alegações de que o caráter público/estatal de financiamento do SUS sobrecarregaria consideravelmente o Estado. Desta forma, o Estado deveria apenas se responsabilizar pelos mais pobres e os demais deveriam ter acesso proporcionado pelo mercado.

Neste contexto, o caráter universal da saúde entrou em contradição frente à proposta em curso do projeto privatista, que fez surgir o princípio da focalização e colocando em xeque a conquista do direito à saúde alcançado historicamente.

A partir de então, consideramos que se trata de um campo de luta traduzido na busca pelo desmonte do SUS, via inviabilização de seus pressupostos de universalidade, equidade e integralidade. Este posicionamento adotado pelo ideário neoliberal a partir dos anos de 1990 no Brasil foi travestido de uma campanha alienante de garantia do acesso aos serviços de saúde, ainda que pressuponha o enfrentamento na garantia do direito à saúde conquistada através de reivindicações e lutas sociais que precederam a Constituição Federal de 1988.

A garantia do direito à saúde promovida pelo movimento pela reforma sanitária no processo pela redemocratização do país reforça que o cerne da reforma sanitária está na luta contra a privatização da política pública de saúde, defendendo, portanto, a saúde enquanto um “direito para todos e dever do Estado”.

A política de segurança social é compreendida como o resultado da disputa entre capital e trabalho, derivada de lutas e de conquistas da classe trabalhadora. O caráter contraditório dessa política incorpora as demandas do trabalho e impõe limites ao capital, mesmo que parciais.

É nesta perspectiva que assume relevância a temática desta tese de doutoramento, que me levou ao resgate de reflexões e experiências no campo da saúde, em que atuei por doze anos na região Sul do Estado do Paraná. Após essa trajetória, concluí no ano de 2000 a graduação em Serviço Social, em seguida me inseri no Mestrado em Serviço Social e Política Social e, conseqüentemente, à docência em Serviço Social, profissão que exerço desde o ano de 2003.

Essa trajetória, para além das experiências da vida, me levou a reforçar o compromisso com a classe trabalhadora assumindo uma postura crítica à ordem vigente, enquanto produtora e reprodutora de miséria, embora usufrua de um montante significativo de riqueza.

Ressalta-se que a formação profissional em serviço social no final dos anos de 1980 promove o movimento denominado por José Paulo Netto (2018) de “movimento de ruptura com o conservadorismo”, e assume uma postura crítica à ordem social. O serviço social brasileiro, a partir deste momento, assume o compromisso com a classe trabalhadora e imprime uma determinada direção social resultando na elaboração de um projeto ético-político próprio da profissão que se vincula a um projeto coletivo e de transformação da sociedade num viés crítico, humanitário e inclusivo. O serviço social é, de uma forma geral, no Brasil uma profissão interventiva e propositiva, atua nas relações sociais mediando direitos e garantindo acesso à cidadania.

Assim, assumir uma postura de defesa da democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a defesa do fundamento do SUS em seus princípios de universalidade, equidade e integralidade pressupõe entender o SUS enquanto um direito conquistado.

Em consonância com esse pensamento é que o objetivo da tese se explicita como compreender o processo sócio-político e territorial de regionalização para organização dos serviços no atendimento das necessidades sociais de saúde da população na região de abrangência da 5ª regional de saúde no Estado do Paraná.

Entendemos que garantir os direitos sociais não significa o acesso automático ao direito, na forma de universalidade e integralidade como garantido na Constituição Federal de 1988. Há que se estabelecer possibilidades de acesso, ou seja, possibilitar os devidos serviços com qualidade para a efetivação e acesso da população a esses direitos.

Posteriormente à promulgação da Constituição Federal de 1988, mais especificamente nos anos de 1992, ocorre a adesão do Brasil ao ideário neoliberal orientado pelo comando das agências internacionais como Banco Internacional de Desenvolvimento (BIRD) e Fundo Monetário Internacional (FMI). Inicia-se a investida contra todos os direitos conquistados com a incumbência do Estado de apenas executar o mínimo de intervenção possível na economia investindo, assim, contra algumas diretrizes previstas no SUS, entre elas o princípio de democracia e de descentralização.

As empresas estatais são privatizadas, o processo democrático de participação e controle social é ofuscado e a luta contra o caráter privado do SUS não funcionou como se imaginava. Desta forma, o contexto que se mostrava de esperança para a população brasileira, caminha em retrocesso. Retrocesso que não se traduz apenas no declínio da proteção social através da provisão de serviços públicos, mas também na economia com a mercantilização da

esfera pública sob orientação do setor privado ancorado na competição e no lucro exacerbado (VIANA; SILVA, 2018).

Consequentemente, o resultado se traduz no aumento da desigualdade social com o acirramento das determinantes sociais como o desemprego, a precarização das relações de trabalho e no retorno de doenças já extintas como tuberculose, meningite, entre outras. Outro fator é o surgimento de doenças advindas da falta de saneamento básico, como a dengue.

Todavia, o conceito de prevenção e de promoção à saúde fica em segundo plano pelo menos na prática. A partir dos anos de 1990 do século XX, ocorre o desmonte das políticas públicas e as instituições privadas passam a ter um papel central na execução das mesmas, acompanhado do incentivo, controle e financiamento pelo Estado, indo de encontro ao plano de ajuste e de estabilização econômica desregulamentação da economia, redução da influência do Estado e flexibilização das relações capital e trabalho (SOUSA, 2014).

Diante desse contexto, cabe ao Estado “organizar” a atenção básica enquanto primeiro nível de atenção à saúde sustentada no princípio da integralidade de forma a justificar a articulação com as ações de promoção e prevenção da saúde, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. Assim, implanta a Estratégia Saúde da Família (ESF) com as maiores ações desenvolvida pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) numa dimensão territorial descentralizada e com o foco na saúde do indivíduo, da família e da comunidade.

Vale ressaltar que a descentralização a princípio se coloca com maior ênfase dentro de um ideário de desconcentração do governo federal para o governo estadual. Neste caminho, ocorre a proposta de municipalização com a justificativa de que o governo municipal é o mais adequado para a execução e implantação das políticas públicas por estar mais próximo da realidade das necessidades dos seus municípios.

É importante reforçar que embora a gestão da política de saúde esteja sob a responsabilidade das três esferas de governo, não houve por parte do Ministério da Saúde um plano nacional de conteúdo abrangente, as propostas elaboradas foram voltadas para a saúde como um todo sem as devidas observações aos contextos de desigualdades regionais, tão acirrados no Brasil.

Contudo no início dos anos 2000, especificamente ano de 2001, o processo de descentralização é retomado com maior ênfase e a proposta de municipalização é repensada com a justificativa de hierarquizar os serviços de saúde visando maior equidade. Propõe-se, assim, a organizar os espaços territoriais ampliando para um número maior de municípios e a criação regiões de saúde, microrregiões e macrorregiões de saúde, alterando a distribuição de poder.

Em 2006, é criado o Pacto pela Saúde que ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do SUS sob a forma de Redes de Atenção à Saúde, com estratégias de consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Todavia, a produção do cuidado à saúde pauta-se no compromisso e responsabilização agora do governo estadual e municipal, através do incentivo ao processo descentralizador em redes de cuidado da qual o setor privado irá beneficiar-se, com o consenso ativo da população. A descentralização é incentivada através da regionalização, a qual pressupõe a formação de regiões de saúde e a composição das redes de atenção.

Esta nova característica de descentralização da política pública de saúde adotada no pacto pela saúde, irá ter como condicionantes três dimensões: o pacto pela vida, o pacto em defesa do SUS e o pacto de gestão.

A regionalização, desta forma, pressupõe o agrupamento de territórios municipais de características muitas vezes desiguais, contudo, com interesse comum de construir uma rede de serviços, organizada e estruturada visando à garantia da atenção à saúde de forma integral.

A regionalização possibilita uma estrutura plural de atores que irão compartilhar em forma de rede a execução de ações e serviços públicos que serão redesenhados sob a égide do ideário neoliberal de privatização, competição, contratualização e também a flexibilização. Essa iniciativa enaltece a prerrogativa do atendimento às necessidades no campo da subjetividade do cidadão consumidor, no qual suas necessidades devem ficar sob responsabilidade do setor privado, ou seja, é o cidadão quem deve escolher se paga ou não pelo atendimento das suas necessidades.

Acontece que, para tentar reduzir a desigualdade territorial, os municípios irão se unir para a elaboração dos contratos e essas relações se darão agora no interior da Comissão Intergestores Bipartite Regional. E um dos maiores contratados serão os Consórcios administrativos intermunicipais.

Estes consórcios terão a função de disponibilizar consultas médicas especializadas e exames de média e alta complexidade no atendimento à demanda reprimida e irão compor a rede integrada de saúde na região. Porém, os consórcios, devido a sua natureza de formação, apresentam sérios problemas que devem ser revistos para que seu objetivo possa se efetivar na construção de políticas efetivas. Mendes (2011) elenca como sérios problemas dos consórcios: (i) o caráter político na definição das bases territoriais, (ii) o não cumprimento às regulamentações do SUS, principalmente em relação aos critérios de pagamento dos serviços e (iii) a reduzida capacidade de gerenciamento com que realiza suas ações.

A Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS) busca uma estratégia para a superar a fragmentação e segmentação na atenção à saúde e é proposta pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Ela tem como foco a Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto estratégia essencial para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Todavia, o acesso integral preconizado no pacto pela saúde tem sua prerrogativa no fortalecimento da atenção primária enquanto porta de entrada do sistema de saúde a qual deve ser responsável por executar o papel de coordenadora e orientadora da rede de atenção de atenção à saúde. Desta forma, o Pacto pela saúde reforça a atenção primária como coordenadora e organizadora da rede de atenção à saúde na direção da prevenção e promoção da saúde.

Na contemporaneidade, a prevenção e promoção da saúde se apresentam como processo de transformação da saúde pública, pois a prevenção pressupõe um conhecimento epidemiológico no sentido de promover o controle da transmissão de doenças infecciosas e também a redução de riscos de doenças degenerativas, e a promoção busca conceitos de qualidades de vida.

Trata-se de considerar o processo de produção e reprodução social, ou seja, focalizar determinantes econômicos, sociais e políticos da sociedade. Levar em consideração a estratificação social que se expressa na distribuição desigual de renda, refletido nas condições precárias de habitação, alimentação, trabalho, saneamento básico, bem como, fatores individuais, psicossociais e comportamentais.

Nesse sentido, pensar as necessidades da população é adquirir o entendimento das determinantes sociais em saúde como condições sociais, implantando políticas públicas na busca pela igualdade de oportunidades de saúde, seja no acesso e consumo das tecnologias de saúde, considerando o direito independente da condição econômica do indivíduo, reconhecendo-o enquanto um ser subjetivo e autônomo.

Esta estratégia acaba por colocar o sujeito como responsável pelas condições objetivas e subjetivas de saúde. A estratégia foca, portanto, na família e na comunidade reforçando a ideologia de que os problemas sociais são de responsabilidade pessoal sem sequer levar em consideração se dispõem de condições objetivas para o atendimento daquilo que lhe são impostas.

A política pública de saúde, de forma estratégica, coloca a família e a comunidade como responsável pela sua proteção social, frente a um Estado que não deve intervir na proteção social. Significa que as determinantes sociais da saúde neste contexto passem a ser negligenciadas por incorporar a subjetividade como nova demanda, fazendo com que o posicionamento crítico da população simplesmente esvaneça.

Assim, a saúde no Brasil percorre um caminho que se focaliza nas regiões, abrangendo uma linha de ação que reconhece a questão territorial.

Ressalta-se que a questão territorial é recente no Brasil, portanto, a pesquisa de tese nos levou a identificar como se evidencia a organização loco-regional na formação das redes urbanas como ofertadora de bens e serviços visando a redução das desigualdades e a exclusão social bem como o fortalecimento loco-regional. Ou seja, de que forma os gestores interpretam a regionalização da saúde no atendimento às necessidades de saúde da população.

A presente pesquisa estruturou-se em seis capítulos. No primeiro, trabalharam-se os elementos teóricos e conceituais da geografia: espaço, território, região e regionalização, momento em que desenvolvemos a reflexão de que o território é fundamental para se pensar a implantação e efetivação de políticas públicas de proteção à população. Assim, concebeu-se o território não apenas como limite político administrativo, mas como espaço efetivamente usado pela sociedade exercendo um papel importante na formação social, ou seja, na materialização da vida social. É no território, segundo orienta a perspectiva da tese, que se efetiva a implantação da política pública de saúde.

Outra categoria inerente ao território que foi utilizada para a organização da política social é a região, conceituada enquanto subespaço, enquanto espaço vivido, pois representa um campo de luta para a redução das desigualdades e a exclusão social. Portanto, é um espaço de visibilidade para o estabelecimento de alternativas do fortalecimento loco-regional.

Esse olhar loco-regional na organização do espaço é o resultado da formação das redes urbanas, ou seja, do funcionamento sistêmico das cidades, como ofertadoras de bens e serviços (mais ou menos) complexos, constatando-se assim o fenômeno da regionalização, foco da nossa tese.

O capítulo dois apresenta e discute o conceito de indivíduo e necessidades humanas básicas, partindo da prerrogativa de que os fundamentos iniciais da política social tiveram como pressuposto o trabalho e, por isso, a política social é uma gestão estatal da força do trabalho e do preço da força de trabalho.

A política social é, nesse sentido, uma política própria das formações econômicas e sociais capitalistas contemporâneas, de ação e controle sobre as necessidades sociais básicas não satisfeitas pelo modo capitalista de produção em face ao momento em que os trabalhadores assumem um papel político e revolucionário, ou seja, houve um componente utópico na visão do mundo do liberalismo, adequado ao papel revolucionário da burguesia.

Por esses argumentos e tendo em vista a trajetória do direito explicitado na relação entre capital e trabalho, o capítulo levou à compreensão sobre necessidades humanas básicas,

uma vez que na fase histórica da atualidade no campo da política pública de saúde se coloca em pauta as necessidades da população em primeira ordem na tomada de decisões políticas, econômicas, sociais, ideológicas e culturais.

O capítulo três trata da teorização da política de saúde no Brasil, mais especificamente da atenção primária à saúde orientada pelo processo de descentralização culminando em recortes territoriais com centralização na regionalização. O mesmo contribui para a compreensão da trajetória da saúde alicerçada em referenciais teóricos bastante profícuos para tal análise.

O capítulo quatro expõe a apresentação do trabalho investigativo e análise dos dados coletados. Optou-se por apresentar neste capítulo a metodologia adotada neste trabalho de investigação. Coloca-se em evidência a essência do objeto investigado por meio de procedimentos analíticos. Neste processo, o capítulo tem o objetivo de esclarecer e justificar os instrumentos (as técnicas) utilizados para o desenvolvimento da pesquisa.

No capítulo quinto, apresenta-se a descrição da realidade pesquisada em resposta aos objetivos apresentados na nossa investigação. Já o sexto capítulo, por fim, corresponde à conclusão dos resultados da investigação.

## **CAPÍTULO 1**

### **ELEMENTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS DA GEOGRAFIA E A CONTRIBUIÇÃO FUNDAMENTAL PARA A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE.**

A sociedade não é estática, ela própria é movimento. Esse movimento pressupõe mudanças sociais, políticas, econômicas, culturais e ideológicas que a modificam historicamente, de forma qualitativa, (re)significando as coisas e a realidade social. Nesse sentido, cada vez que ocorrerem modificações das condições de vida sobre a humanidade concernente à existência do ser humano ou das coisas “no campo epidemiológico, todas as disciplinas científicas ficam obrigadas a realinhar-se para poder exprimir, em termos de presente e não mais de passado, aquela parcela de realidade total que lhe cabe explicar” (SANTOS, 2004, p. 8).

Isso implica a necessidade de rever os paradigmas frente a mudanças da história da humanidade, refletidas tanto no modo de produção, como nas relações de produção e nas relações de trabalho, de modo a refletir um “novo” quadro para as relações sociais, alterando as tecnologias, a estrutura social e, conseqüentemente, a teoria. E essa revisão não se refere exclusivamente a uma única ciência, pois, “o paradigma novo se impõe a todas as ciências e lhes impõe transformações consideráveis e às vezes brutais.” (SANTOS, 2004, p. 198).

Algumas transformações sociais, culturais, econômicas e políticas que estavam germinando desde o começo do século XX, enfatizadas pelo capitalismo, aceleram-se depois da Segunda Guerra Mundial e se intensificam nos anos 80 do século XX com a globalização resultando em uma nova realidade.

Nesse sentido, ao campo das produções intelectuais, ao campo das ciências, coloca-se o desafio de interpretar os acontecimentos que se encontram em curso. “Sob vários aspectos a globalização confere novos significados a indivíduos e sociedade, modos de vida e formas de cultura, etnia e minoria, reforma e revolução, tirania e democracia.” (IANNI, 1999, p. 7).

Esses novos significados conferidos aos indivíduos e à sociedade mudam substancialmente o objeto das Ciências Sociais não só no âmbito ontológico como epistemológico embora não se trate de um pensamento homogêneo. Nos últimos anos, a Geografia, apoiando-se nas várias tradições estabelecidas pela teoria social, influenciou significativamente as Ciências Sociais, levando-as a “considerar a concepção da natureza da atividade humana e do agente humano à elucidação de processos concretos da vida social.” (GIDDENS, 2009, p. XVIII).

Elucidar os processos concretos da vida social, nos dias atuais, dada a complexidade da realidade, indica a necessidade do diálogo com e entre teorias, no sentido de que a realidade e a transformação da realidade são processos históricos e dialéticos que caminham juntos. Desta forma, foram discutidos neste capítulo conceitos geográficos para o entendimento da política pública de saúde sob a ótica do sistema capitalista de produção e suas formas particulares de expressão, devido à diversidade com que se manifestam as desigualdades sociais no processo saúde-doença.

Estas categorias – espaço, lugar, território, região e regionalização – são objetos de nossa preocupação. A forma como estão distribuídas no decorrer do texto é meramente didática, epistemologicamente operacional, pois os conceitos não podem ser trabalhados separadamente. Assim, consideramos que esses conceitos formam uma extensão contínua no desvelamento da realidade social, uma vez que se combinam e se completam. No entanto, conceituá-los separadamente faz-se necessário.

### **1.1 O Espaço: um Conceito em Constante Transformação**

A geografia humana e a geografia da saúde se transformaram em disciplinas científicas no século XIX. No campo da geografia humana, consolida-se a concepção de espaço como ambiente físico, abstraído da ação humana – ser humano e natureza como categorias opostas. Por outro lado, a geografia da saúde se fundamenta no paradigma biológico-individual (BOUSQUAT; COHN, 2004).

A concepção de espaço desconsiderando a ação humana sobre a natureza é criticada por uma nova vertente da Geografia, denominada geografia crítica<sup>1</sup>. Essa vertente está fundamentada no materialismo histórico e dialético, o qual introduz o pensamento geográfico no centro do pensamento social<sup>2</sup>, a fim de promover mudanças no pensamento e nos estudos geográficos. Esse ramo de estudo adota a formação social como teoria e método, colocando o espaço como instância social.

---

<sup>1</sup> Ver: Giddens (2009), Harvey (1980, 2005, 2009), Lefebvre (1991, 2004), Santos (2004, 2013a) e Soja (1993).

<sup>2</sup> Sobre os debates ocorridos entre os teóricos marxistas e não-marxistas, consultar Santos (2004). Sobre as diferentes abordagens e concepções de espaço nas demais correntes do pensamento geográfico, consultar Corrêa (2009).

Dessa forma, a geografia crítica<sup>3</sup> reconhece o espaço como socialmente construído, sob determinações capitalistas, e o espaço passa a ser estudado enquanto *locus* da acumulação do capital. Portanto, a sociedade é o campo da “compreensão dos efeitos do tempo e mudanças (processos) e especificam as noções de formas, função e estrutura, elementos fundamentais para a compreensão da produção do espaço.” (SANTOS, 2014, p. 67).

Assim, o espaço geográfico é resultado da “dinâmica socioespacial das contradições sociais historicamente condicionadas” e, conseqüentemente, pode-se afirmar que a estrutura do espaço é dialética, pois o espaço social não pode ser explicado sem o tempo social considerando os fatores inerentes a cada período, o espaço e o tempo estão em movimento, sendo que, “A relação espaço-tempo permite refletir simultaneamente sobre o movimento, as mudanças e permanências, o tempo histórico e das coexistências sobre as relações socioespaciais.” (SAQUET, 2009, p. 35).

Desta forma, ao pensar a categoria espaço como processo social, a técnica passa a ser instrumento fundamental para seu entendimento, uma vez que o processo social se realiza pela ação e as técnicas são “conjuntos e meios instrumentais e sociais, com os quais o ser humano realiza sua vida, produz e, ao mesmo tempo, cria seu espaço” (SANTOS, 2004, p. 29). A ação e a técnica, conseqüentemente, interligam-se.

Com a evolução de suas técnicas na elaboração de instrumentos de trabalho, intrinsecamente com sua capacidade teleológica, o ser humano vai alterando o seu ato de produzir, criando novos produtos e novas necessidades. Assim, ele transforma a natureza e ao mesmo tempo se transforma, “sai do estado de homem animal e promove-se a homem social” (SANTOS, 2004, p. 202).

A mudança social só é possível através do trabalho<sup>4</sup>, o que desloca o trabalho ao status de categoria fundante do ser social. Desta forma, o uso consciente dos instrumentos de trabalho vai fazer com que o ser humano se transforme no centro da natureza e “esse processo somente se realiza através de uma organização social e uma organização paralela do espaço.” (SANTOS, 2004, p. 202).

---

<sup>3</sup> Enquanto a geografia tradicional dedicou-se a criar condições para a expansão do capitalismo, com ênfase nos países subdesenvolvidos, a geografia crítica busca um caminho analítico para situar a geografia no contexto do mundo atual rediscutindo as categorias tradicionais.

<sup>4</sup> A concepção de trabalho como fundador da sociabilidade humana implica o reconhecimento de que as relações construídas pela humanidade, desde as mais antigas, sempre se assentaram no trabalho como fundamento da própria reprodução da vida dado que, por meio de tal atividade, produziram os bens socialmente necessários a cada período histórico (GRANEMANN, 2009, p. 225).

Assim sendo, as pessoas, as firmas, as instituições, o meio ecológico e a infraestrutura<sup>5</sup> constituem elementos do espaço (GONDIM, 2011; MONKEN *et al.*, 2008, SANTOS, 2004, 2014). Esses elementos devem ser considerados de forma integrada, como conceitos. Pensar assim é considerar o espaço “como um conjunto indissociável de que participam, de um lado, certos arranjos de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais e, de outro, a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento” (SANTOS, 2004, p. 10). O espaço colabora na reprodução das relações sociais e exerce um papel ativo na evolução social.

Nesse sentido, Milton Santos propõe a definição de espaço como um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações (AYRES, 2000; BAUSQUAT; COHN, 2004, CZERESNIA; RIBEIRO, 2000, GONDIM, 2011, MOMKEN, 2008; MONKEN; BARCELOS, 2005, 2007; SANTOS, 2006a). É a partir dessa noção de conjunto que se poderá conhecer a paisagem, o território, a divisão territorial do trabalho, o espaço produzido ou produtivo, as rugosidades<sup>6</sup> e as formas conteúdo.

A definição acima nos leva a compreender que o espaço não é reflexo e sim expressão da sociedade. Portanto, “as formas e processos espaciais são constituídos pela dinâmica de toda a estrutura social” (CASTELLS, 2010, p. 500). Isso faz com que o espaço adquira materialidade. Passa-se, então, de um espaço pensado inicialmente como uma referência absoluta, para a concepção de um espaço relativo, necessário apenas para a compreensão dos fenômenos, para um espaço relacional, lugar de construção de relações dos seres humanos entre si e de criação de sua vida material e imaterial (SALGUEIRO, 2000).

A compreensão do espaço, enquanto expressão da sociedade, lugar de construção de relações sociais, conjunto de sistemas de objetos e sistemas de ações, passa a constituir, no campo da saúde, propostas teórico-metodológicas na tentativa de integrar o conhecimento do processo de adoecer aos fenômenos sociais na compreensão do processo saúde-doença (ALBUQUERQUE, 2000; CZERESNIA; RIBEIRO, 2000; GONDIM, 2008).

A abordagem epistemológica e ecológica utilizada na geografia crítica serviu de base para a redefinição da epidemiologia, de modo que o paradigma biológico – individual, preconizado no século XIX foi revisto. Assim, “ao entender o espaço no contexto do

---

<sup>5</sup> Ser humano e meio ecológico constitui a base física do trabalho humano, as firmas, organizações responsáveis pela produção de bens e serviços, produções de normas, ordens, legislações, e infraestrutura, nas formas de casas, estradas, plantações. O trabalho humano materializado e geografizado (MONKEN *et al.*, 2008; SANTOS, 2014).

<sup>6</sup> Segundo Monken *et al.* (2008), rugosidade, para Santos, são expressões do passado em formas e tempos espaciais, o que se herdaram das gerações anteriores. Para Castells (2010), são ambientes construídos, herdados das estruturas espaciais anteriores. Podemos considerar as obras de artes, os costumes, a música, os rios, as montanhas etc, que vem do passado e se encontram presentes nos dias atuais.

desenvolvimento técnico-científico-informacional, a doença é entendida como resultado de uma dinâmica social complexa” (FARIA; BORTOLOZZI, 2009, p. 35).

Para melhor compreensão dessa redefinição da concepção de espaço na epidemiologia, é importante enfatizar que, durante o século XIX e boa parte do século XX, no campo das ciências sociais e na saúde pública, a concepção de espaço ficou reduzida às dimensões físicas e cartográficas, numa contextualização explicitamente histórica e geográfica. “O espaço foi tratado como o morto, o fixo, o não dialético, o imóvel” (BOUSQUAT; COHN, 2004, MASSEY, 2008).

Esse reducionismo às dimensões físicas e cartográficas foi derivado dos princípios hipocráticos<sup>7</sup> sobre “o ar, a água e a terra”, cuja preocupação dos estudiosos centrava-se no registro da doença, como também na identificação das condições climáticas (BARCELLOS, 2008). O enfoque dado era apenas numérico/cartográfico.

O primeiro enfoque de conceito de espaço vinculado ao estudo das doenças transmissíveis foi elaborado por Pavlovsky. Ele desenvolveu o conceito de foco natural da doença, no qual a presença do ser humano não interfere em ambientes que apresentam condições favoráveis à circulação de agentes. O ser humano era apenas vítima, caso se encontrasse no “habitat” do agente infeccioso (BARCELLOS, 2008; BOUSQUAT; COHN, 2004; CZERESNIA; RIBEIRO, 2000; GONDIM, 2008, 2011).

Max Sorre (1984), apropriando-se da elaboração teórica de Pavlovsky, amplia a abordagem sobre o espaço e inclui o ambiente produzido pelo ser humano. Sorre acrescenta que “o conjunto da organização social humana em seus aspectos materiais e espirituais.” (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000, p. 598). Essa organização social se refere ao conceito de “gênero de vida”<sup>8</sup>.

Os trabalhos posteriores foram fundamentados pela importante contribuição de Pavlovsky e Max Sorre. No Brasil, Samuel Pessoa inspirou-se nesses autores, recuperou os fundamentos hipocráticos e justificou que a limitação somente às condições geográficas e climáticas era insuficiente e afirmou que a “variação e propagação da doença são justamente os humanos.” (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000, p. 599).

---

<sup>7</sup> Esse clássico é referenciado também por várias fontes (BATISTELLA, 2007; BOUSQUAT; COHN, 2004; CZERESNIA; RIBEIRO, 2000; GONDIM, 2008, 2011).

<sup>8</sup> O conceito de gênero de vida foi desenvolvido por Vidal de La Blache. Ele justificou que a intervenção humana modifica a natureza com a utilização de técnicas como forma de adaptação e de sobrevivência. O enfoque dado por ele era regional (BOUSQUAT; COHN, 2004; HAESBAERT; PEREIRA; RIBEIRO, 2012). Ver Max Sorre (1984), especialmente p. 99-123.

Essa leitura desenvolvida por Samuel Pessoa remete aos processos de industrialização e urbanização<sup>9</sup> verificados no pós-Segunda Guerra Mundial, fato que levou à diminuição do interesse pela teoria dos focos naturais e fortaleceu os epidemiologistas a buscarem modelos teóricos para essa fase de transformação diante de uma dialética complexa e reflexiva. “O meio já não era “natural”, caberia recorrer a alguma forma de compreensão do comportamento humano.” (SILVA, 1997, p. 587). Por isso, a apropriação do estudo geográfico e da ação do ser humano na natureza.

Na fase da industrialização, o processo de urbanização ocorreu através de uma aglomeração de trabalhadores pauperizados em bairros desprovidos de rede de esgoto, coleta de lixo, água, luz, ruas sem calçamentos, situação de habitações precárias, empilhadas umas sobre as outras, sem ventilação e com famílias inteiras residindo em porões<sup>10</sup>. Esses fatores interferiram significativamente nas condições de saúde da classe trabalhadora nesse período.

Neste contexto, surge uma nova proposta teórica e metodológica para a vertente de epidemiologia social que passa a buscar referências nos conceitos geográficos propostos pela geografia marxista. Incorporam-se conceitos-chave de organização espacial e dinâmica socioespacial aos estudos da distribuição da doença e passam a considerar epidemias “como acontecimento social, e não apenas a soma de uma mesma doença”. “[...] a erradicação e o controle das epidemias não dependem apenas de diagnóstico e intervenção biológica, mas todos os elementos que participam da organização social do espaço.” (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000, p. 588).

Acontece que as desigualdades nos espaços urbanos impostos no início da industrialização e urbanização não foram eliminadas na organização das cidades na contemporaneidade. As favelas, as habitações precárias e bairros ainda desprovidos de esgoto sanitário e ruas sem calçamento constituem heranças do passado. O que vai diferenciar as cidades e, por conseguinte, os espaços, serão o grau de desenvolvimento regional e a amplitude da divisão territorial do trabalho.

A divisão territorial do trabalho faz com que o espaço adquira status de valor, uma vez que o território será adequado ao uso de uma determinada forma de produção de bens materiais e imateriais, utilizando assim o espaço enquanto “suporte do processo produtivo e como meio de trabalho tecnicamente elaborado” (SANTOS, 2014, p. 82).

---

<sup>9</sup> Sobre o processo de urbanização ver Deák e Schiffer (2004); Jacinto (2012); Lefebvre (1991, 2004); Limonad (2011); Santos (2013b); Silva (2011), entre outros.

<sup>10</sup> Sobre a industrialização e formação das grandes cidades industriais consultar Engels (2010) especialmente p. 67-116.

À luz desse processo, concebe-se que é na utilização de meios materiais dentro de uma dimensão espacial, que leva a divisão social e técnica do trabalho a ter uma dimensão territorial. Essa divisão ocorre tanto nas horizontalidades e verticalidades, sendo a primeira determinada pela divisão entre o ramo de atividades campo-cidade e entre comunidades, sejam elas, locais, nacionais e internacionais (processo direto da produção). A segunda diz respeito aos grupos sociais e a dominação dos meios e acesso à produção (dominados e dominantes) que se faz presente nos processos de trabalho (processos de circulação).

Deste modo, as desigualdades sociais são produtos da organização espacial. Essa organização se dá com diferenças ecológicas, sociais, políticas e culturais, conforme a lógica da acumulação capitalista. Isso acaba por tornar o espaço uma categoria histórica e socialmente produzido por diferentes grupos que nele produzem, consomem, vivem, sonham e fazem a vida caminhar.

Entretanto a sociedade está passando por transformações estruturais, e o espaço é a expressão dessa sociedade em transformação, o que faz do espaço em seus processos e formas serem influenciados pelas estruturas sociais. Desta forma, “o espaço não é uma fotocópia da sociedade, é a sociedade”. [...] “o espaço não pode ser definido sem referência às práticas sociais” (CASTELLS, 2010, p. 500) - o que reforça o sentido e a função social do espaço.

Sendo o social a essência do espaço, a economia, cultura, ideologia e os meios de produção, elementos que compõem a sociedade configuram o espaço através das formas e funções, todavia, a materialidade e a ação humana se realizam no espaço, fazendo com que o espaço de acordo com os interesses hegemônicos se torne adequado a uma materialização da vida social, possibilitando ao capital acessibilidade ao acúmulo, ou maior lucro em detrimento da alienação da maioria.

Desta forma, no espaço se expressam as relações de forças, características do “processo de seletividade definido pelo interesse de classe, arrumado a partir da propriedade privada dos recursos do espaço” (MOREIRA, 2011, p. 87), que irá conseqüentemente ditar as regras e as normas da organização geográfica do espaço da burguesia através dos conflitos da territorialidade, que “ [...] é a característica maior da dinâmica espacial das sociedades: são os conflitos da sociedade civil – uma totalidade diferenciada e contraditória – a força que responde pela constante remodelagem do espaço.” (MOREIRA, 2011, p. 106).

São nos lugares que se dão as intersecções das atividades de rotina de diferentes pessoas. É, portanto, no e pelo lugar que “revemos o mundo e ajustamos nossa interpretação, pois nele, o recôndito, o permanente, o real triunfam, afinal, sobre o movimento, o passageiro, o imposto de fora.” (SANTOS, 2014, p. 33).

Isso significa que o lugar é a base da (re)produção da vida humana, que (re)produz os espaços urbanos e econômicos e que podem ser analisados pela tríade habitante-identidade-lugar (CARLOS, 2007). Segundo a autora citada, “as relações que os indivíduos mantêm com os espaços habitados se exprimem todos os dias nos modos de uso, nas condições mais banais, no secundário, no ocidental. É o espaço passível de ser sentido, pensado, apropriado e vivido através do corpo.” (CARLOS, 2007, p. 17).

Santos (2006b) estabelece um contraponto entre o território e o lugar. Ele afirma que o território tem ligação com o poder e o lugar com a identidade e os “parâmetros são a co-presença, a intimidade, a emoção, a vizinhança, a cooperação e a socialização com base na contiguidade” (SANTOS, 2006b, p. 231).

É o acontecer solidário que define um subespaço, região ou lugar, e atribui ao conceito de solidariedade desenvolvido por Durkheim – que não tem conotação com moral e emocional e chama a atenção para a realização compulsória de tarefas comuns, mesmo que o projeto não seja comum (SANTOS, M., 2008).

Sob esse olhar, podemos afirmar que a cooperação e o conflito constituem a base da vida em comum, desde que se entenda o lugar como um cotidiano compartilhado entre a vastidão de pessoas, firmas e instituições, pois cada um exerce uma ação própria, sendo, portanto, a sociedade mundial o princípio unitário:

Os principais processos dominantes em nossa sociedade são articulados em redes que ligam lugares diferentes e atribuem a cada um deles um papel e um peso em uma hierarquia de geração de riqueza, processamento de informação e poder, fazendo que isso, em última análise, condicione o destino de cada lugar (CASTELLS, 2010, p. 504).

No entanto, é a “divisão territorial do trabalho que cria uma hierarquia entre os lugares e redefine cada momento, a capacidade de agir das pessoas, das firmas e das instituições.” (SANTOS; SILVEIRA, 2006). Desta forma, o lugar é identificado e o território é delimitado.

Todavia, é no lugar que se dá o processo de territorialização e a identificação de situação de risco e vulnerabilidades dos grupos, famílias e indivíduos. Nele, explicitam-se os mitos de lugar pobre, lugar rico, lugar perigoso, lugares sujos (focos de infecção), as regras disciplinadoras, onde acontece a trama da inclusão/exclusão social.

Dito isso, trabalhar com o conceito de lugar no campo da saúde pública indica um caminho que é o fortalecimento das capacidades locais, a capacidade das pessoas constituírem identidade em torno de um espaço, de um espaço de fluxos, espaço materializado, “onde o ponto de partida é a sociedade realizando-se.” (SANTOS, 2013a, p. 39).

É no lugar que se deve desenvolver as políticas públicas de saúde através do reconhecimento de que a saúde é uma condição *sine qua non* para o desenvolvimento individual e coletivo, sendo o lugar e a comunidade que influenciam o bem-estar da população. Portanto, “o lugar ao lado das pessoas e do tempo, - de forma integrada - é uma das três principais dimensões da análise de fenômenos epidemiológicos” (AYRES, 2000; BARCELLOS, 2000).

A dinâmica social envolve um território onde as pessoas vivem e convivem, onde o exercício da cidadania deve constituir-se, pois os lugares expressam os territórios da produção e reprodução das forças sociais. Para tanto, o território reflete as relações socioeconômicas, as relações políticas e culturais. No item seguinte, desenvolvemos nossos argumentos sobre o território procurando situá-lo no contexto atual da política pública de saúde.

## 1.2 Uma Abordagem Analítica do Conceito de Território

O conceito de território perpassa por diversas áreas do conhecimento. “Enquanto conceito assume diversas formas e conteúdos, sempre revestidos do interesse em explicar uma realidade de relações complexas entre os distintos atores sociais e destes com o seu meio” (SILVA, 2013, p. 89). Mas o que primeiramente há que se constatar e ter bem claro é que o espaço e território não são sinônimos, são conceitos diferentes e assumem distintos significados de acordo com cada abordagem e concepção.

O termo território surgiu com Ratzel<sup>11</sup> no campo da geografia política clássica, com enfoque à geografia do Estado, como sinônimo de solo, ambiente, ou outros recursos que compõem a paisagem natural. “Este autor entendia o território similarmente à ideia de *habitat*” (SILVA, 2013, p. 90). Ratzel insistia que o território “resultava da apropriação da superfície da terra por um grupo humano” (SILVEIRA, 2009, p.128). “Esta foi a concepção mais difundida na geografia e que mais fortemente influenciou o imaginário das pessoas leigas.” (MONKEN *et al.*, 2008, p. 26).

Raffestin (1993), por sua vez, contribui com a conceituação de território, apontando que o espaço e território não são termos equivalentes e que, portanto, o território se forma a partir do espaço, “é o resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa em qualquer nível).” Consequentemente, o espaço é anterior ao território, pois o “espaço preexiste a qualquer ação”. Nesse sentido, o autor alude a uma separação

---

<sup>11</sup> Sua principal obra geografia política foi publicada originalmente em 1897 (SILVA, 2013).

ontológica entre espaço e território e afirma que “o território é gerado a partir do espaço” (RAFFESTIN, 1993, p. 143-144).

Outro autor com importantes contribuições na conceituação de território é Robert Sack: como resultado de uma construção social, e seus limites se alteram de acordo com as estratégias de apropriação, controle e delimitação do espaço, vincula o território do homem com a terra (CORRÊA, 2006; MONKEN *et al.*, 2008; SILVA, 2013).

Desta forma, o território é uma construção histórica e, portanto, social, e possui tanto uma dimensão subjetiva quanto objetiva. Trata-se de uma perspectiva mais totalizante e integradora de território, sendo o espaço o campo integrador da manifestação do poder e suas múltiplas esferas (econômica, política, social e cultural). É no território que se organiza a materialização da vida social. A materialização da vida baseia-se na sociedade, natureza, tempo, totalidade, modo de produção, formação econômica e social, técnica e divisão do trabalho, ou seja, o espaço concreto da atividade humana, a condição existencial do cotidiano (SANTOS, 2004; SANTOS *et al.*, 2011). Não obstante, os indivíduos são constituintes dos cenários sociais em que passam suas vidas cotidianas<sup>12</sup>.

A partir da afirmação acima, a categoria de análise deixa de ser o território em si – espaço natural - e passa a ser o território usado – o espaço social –, justamente por constituir-se o “fundamento do trabalho, o lugar da residência, as trocas materiais e espirituais e do exercício da vida, da política” (SANTOS, M., 2011, p. 14).

O território em si, para Milton Santos, refere-se ao espaço natural – natureza primeira – desprovido de valor como categoria de análise. O território usado refere-se à natureza transformada, natureza social ou socializada. “O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, as trocas materiais e espirituais e do exercício da vida” (SANTOS, M., 2011, p. 14). O conjunto das relações sociais constitui um dos componentes essenciais do território.

Nesse sentido, para Milton Santos<sup>13</sup>, o território baseia-se nas seguintes categorias de análise: sociedade, natureza, tempo, totalidade, modo de produção, formação econômica e

---

<sup>12</sup> Karel Kosik (1976, p. 80) irá dizer que “todo modo de existência humana ou forma de existir no mundo possui sua própria cotidianidade [...] “a vida cotidiana é antes de tudo organização, dia a dia, a vida individual dos homens” [...] a vida de cada dia.” “[...] a vida cotidiana não está fora da história, mas no centro do acontecer histórico: é a verdadeira essência da substância social.” (HELLER, 2000, p. 20).

<sup>13</sup> Milton Santos, em sua trajetória para conceituar espaço, território, lugar e região, elabora várias aproximações, distribuídas em várias de suas obras: Por uma Geografia Nova (1978); Espaço e Método (1985); Metamorfose do espaço habitado (1988); técnica, espaço e tempo (1994); o retorno do território (1994); a natureza do espaço (1996) Brasil: território e sociedade no início do século XXI (2001). No entanto, mesmo nos diferentes contextos

social, técnica e divisão do trabalho. O espaço concreto da atividade humana é, assim, a condição existencial do cotidiano. É o território usado pelo ser humano que cria o espaço, ou seja, a ocupação do território pelo povo de forma efetiva e histórica denomina-se espaço.

Para Saquet (2009), as relações de poder, a construção histórica e relacional de identidades e o movimento de territorialização, desterritorialização e reterritorialização são processos que irão diferenciar ontologicamente o território e o espaço. O autor ressalta, contudo, que território e espaço não estão separados um do outro: um está *no* outro. (SAQUET, 2009; SAQUET; BRISKIEVICZ, 2009).

Desse modo, o território é determinado pelas diferentes funções e diferentes usos. Assim, a territorialidade vai conferir existência, sejam materiais ou simbólicas, para um determinado grupo social, Estado, para sociedade em geral (ANDRADE, 2006; CORRÊA, 2006; HAESBAERT, 2004a; MONKEN *et al.*, 2008; REFFESTIN, 1993; SAQUET, 2009). Territorialidade está relacionada em nossas ações de todos os dias, nas nossas relações sociais vividas de forma cotidiana tramadas no trabalho, na comunidade, na rua, no banco, na escola, entre o público e o privado, no campo e na cidade. O território corresponde às condições dos processos sociais (relações existenciais ou produtivas), bem como é resultado desses processos.

Desta forma, a apropriação de uma porção do espaço, a forma como as pessoas utilizam a terra e como elas próprias se organizam, com todas as suas dimensões de sociabilidade, pressupõe o exercício do poder que se manifesta nos atores sociais a partir dos seus interesses e que irão definir e redefinir suas territorialidades, o que faz com que as territorialidades sejam estabelecidas de forma intencional.

Portanto, o que vai definir o território em primeiro lugar é o poder, conseqüentemente, seu perfil será definido primeiramente através da dimensão política antes de qualquer coisa. Neste sentido, inscreve-se a justificativa de Raffestin (1993), quem considera a população como a origem do poder, o território como fundamento e os recursos como instrumentos – denominados por ele de “trunfos de poder”.

Desta forma, o território é determinado pelas diferentes funções e diferentes usos e só se pode entendê-lo através das relações políticas e econômicas que se estabelecem nas relações econômicas de produção. Sob este ponto de vista o “conceito de território está sendo utilizado, principalmente, para se referir aos espaços de governança” [...] “como forma de ocultar os diversos territórios e garantir a manutenção da subalternidade em relação aos territórios dominantes e dominados.” (FERNANDES, 2009, p. 200).

---

em que o autor coloca seus conceitos e definições, o que ele enfatiza é que o que se deve analisar, o que se deve discutir é o território usado.

Assim, podemos entender que o território é uma expressão de diferentes territorialidades e que essas territorialidades, por sua vez, podem criar diferentes territórios. Portanto, o território deve ser compreendido em múltiplas vertentes com diferentes funções, sinalizando a existência de múltiplos territórios. Dentre eles, os territórios urbanos vulneráveis.

A noção de vulnerabilidade social, assim, passa a considerar a insegurança, a exposição a riscos provocados por crises econômicas, a instabilidade das condições de vida dos grupos mais pobres, incluindo as estratégias das próprias famílias e suas disponibilidades de sobrevivência, mas também em termos dos desastres naturais e riscos ambientais. Consequentemente, “a vulnerabilidade é o potencial para a perda”, seja por elementos que coloquem a população em exposição ao risco seja em situação de propensão ao risco (CUTTER, 2011, p. 60).

A produção das desigualdades resulta em vulnerabilidade que definida como um risco social caracteriza-se pela precariedade (ou ausência) de serviços coletivos e de investimentos públicos em infraestruturas que, desse modo, provocam a desproteção social das comunidades mais carentes. Para além das circunstâncias elencadas, podemos citar a distância ou falta de acesso às políticas públicas e de Estado nos territórios vulneráveis com ausência ou fragilidade do poder público. Nesse panorama, o conhecimento e a valorização do território são fundamentais para se pensar na implantação e efetivação de políticas públicas de proteção à população.

É no território que as desigualdades sociais se tornam evidentes entre os cidadãos, as condições de vida entre moradores de uma mesma cidade mostram-se diferenciadas, a presença/ausência dos serviços públicos se faz sentir e a qualidade destes mesmos serviços apresenta-se desiguais (KOGA, 2011, p. 33).

O Estado mínimo na proposta neoliberal, através de suas políticas, provoca disputas territoriais e diversas formas de segregação, de pobreza e as consequentes questões da vulnerabilidade social e territorial. Desta forma, coloca-se a necessidade da valorização e o aprofundamento da abordagem territorial ao processo saúde-doença e ao planejamento das respostas com abordagem aos problemas em escalas nacionais, regionais e locais na formulação e gestão da política pública de saúde.

A mudança do paradigma biomédico<sup>14</sup> em relação ao termo vulnerabilidade faz com que ocorra no campo da saúde pública uma relação conceitual e metodológica para analisar

---

<sup>14</sup> Sobre o nascimento da medicina social consultar Foucault (2012, p. 134-170).

diversos processos saúde-doença, incorporando, assim, elementos sociais, econômicos e culturais nas análises dos problemas de saúde.

A moderna visão da saúde pública sobre temas complexos vem ampliando a visão biomédica restrita, ao considerar vulneráveis não apenas as pessoas com predisposição orgânica, pertencentes a estratos socioeconômicos ou a certas faixas etárias, mas o contexto e os processos de vulnerabilização frente aos recursos e modos de vida que viabilizam ou restringem ciclos de vida virtuosos das pessoas e comunidades (PORTO, 2011, p. 43).

Para Monken, Barcelos e Porto (2011, p. 174), “o ponto de partida desse processo é a territorialidade do sistema de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadrihamento do território no município segundo a lógica de relações entre as condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde”. Desta forma, a categoria de análise fundamental para a territorialização na organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde é a de território usado.

No tocante a isso, Monken e Barcellos (2005) reforçam que a “análise da dimensão espacial do cotidiano” permite, sobretudo, concretizar as ações e as práticas sociais, conduzindo ao entendimento diferenciado dos usos do território, das ações e as formas geográficas que podem formar contextos vulneráveis para a saúde (MONKEN, BARCELLOS, 2005, p. 901).

A organização da atenção à saúde é baseada num substrato territorial. Esse substrato permite o planejamento e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto nos condicionantes e determinantes de saúde da população que constituem um determinado território. Portanto, os serviços são distribuídos seguindo uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, bairro, município, estado, país ou região considerando as ações de atenção em diferentes complexidades.

A definição equivocada de território pode resultar na elaboração de uma política geral que não atenda às necessidades reais da população em um determinado território. Assim, compreender o território em sua riqueza e complexidade é fundamental para a “caracterização descritiva e analítica das populações de saúde. Além disso, também permite a avaliação de práticas de saúde voltadas para o chão concreto, para o lugar da vida cotidiana das pessoas” (MONKEN; BARCELLOS, 2005; PEREIRA; BARCELLOS, 2006; SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Desta forma, compreendemos o *território* como “território do cotidiano”, sendo o *lugar* o campo expressivo das singularidades do território. Ou seja, o lugar se apresenta na forma dos fatos, dos problemas isolados, a demanda institucional do território no campo individual, familiar, grupal e ou coletivo, é o morar, o estudar, o trabalhar, o divertir-se. É

também processo de identificação, relações de identidade, cooperação, vizinhança, a intimidade, é nele (lugar) que se localiza a grandeza da sociabilidade.

### 1.3 Aspectos Constituintes e Fundamentais da Região

O fundador do conceito mais difundido de região foi Paul Vidal de La Blache. Na busca de unir o quadro físico (o clima), a ação humana (relação do ser humano-meio) e a história (a industrialização na configuração regional), ele propôs o conceito de “gênero da vida”, no qual o ser humano e natureza moldam um ao outro (BALBIM; CONTEL, 2013; CONTEL, 2015; GONDIM, 2011; GRIGG, 1974; HAESBAERT, 2014).

Todavia, La Blache relaciona a paisagem com a “região”. Isso significa que a natureza será determinante na elaboração das regiões geográficas. Segundo Lacoste (1997), La Blache “irá dar maior destaque para as permanências, a tudo aquilo que é herança duradoura dos fenômenos naturais ou de evoluções históricas antigas” (LACOSTE, 1997, p. 60).

As críticas direcionadas a esse conceito de região elaborado por de La Blache, (principalmente por autores marxistas) está no fato de que Vidal de La Blache não levou em consideração o ser humano nas suas relações sociais, nas relações de produção<sup>15</sup>. Sendo assim, a região geográfica Lablacheana “abrange a paisagem e sua extensão territorial, onde se entrelaçam de modo harmonioso componente humano e natureza” (CORRÊA, 1986, p. 28) um verdadeiro “Caracol e sua concha” (GRIGG, 1974).

A definição mais sintetizada de região foi elaborada por Herbertson (1905). Esse autor tentou dividir o mundo em grandes regiões naturais, com base, principalmente, em seus aspectos físicos, os elementos clima, relevo e vegetação, que formavam o “ambiente real” em que o homem vivia demarcando as regiões naturais (BALBIM; CONTEL, 2013; CONTEL, 2015; CORRÊA, 1986; GRIGG, 1974).

Em 1966, Christaller cria o conceito de regiões nodais – conhecidas também como regiões complementares - cuja ideia seria de delineamento de áreas de organização para traçar as relações funcionais entre localidades, ou seja, o funcionamento das cidades na oferta de bens e serviços (CONTEL, 2015; GRIGG, 1974; GUIMARÃES, 2015; HAESBAERT, 2005).

Na mesma linha de pensamento sobre regiões nodais, Kayser (1975) elege a região enquanto um espaço preciso sobre a terra, porém mutável. O autor salienta que a região

---

<sup>15</sup> Lacoste (1997), em sua crítica, afirma que a maneira pela qual La Blache definiu “região geográfica” tornou-se um poderoso “conceito obstáculo” que impediu a consideração de outras representações espaciais e o exame de suas relações.

“responde a três características essenciais: os laços existentes entre seus habitantes; sua organização em torno de um centro dotado de certa autonomia e sua integração funcional em uma economia global” (KAYSER, 1975, p. 282).

Para Milton Santos, nas condições “atuais” da economia universal, a região já não é uma realidade viva, dotada de coerência externa. Para o autor, seus limites mudam em função dos critérios que fixamos e que, portanto, a região não existe por si mesma, afinal, “a região é um subespaço, e como subespaço inclui uma fração dos sistemas de objetos e sistemas de ações, cuja totalidade é o mundo” (SANTOS, 2008a).

Desta forma, podemos entender que a região representa o campo da particularidade<sup>16</sup>, é na região que se realiza a mediação entre os vetores internos (as horizontalidades) e os vetores externos (as verticalidades). A região representa a particularidade de uma sociedade singular na universalidade. É na região que se expressam as determinações sociais como: relações sociais de produção; relação capital e trabalho; leis de mercado, lei da mais valia e as relações entre Estado e sociedade.

Essas determinações sociais se manifestam na realidade vivida no “território usado”, no lugar, onde “ajustamos nossa interpretação do mundo”. Portanto, é na região dentro de um espaço-temporal que se constroem as culturas, os movimentos sociais, estruturas da política sociais, as redes de serviços, a constituição das instituições, o mercado, as forças sócio-políticas, etc.

No que se refere às forças sócio-políticas, Fiori (2013) afirma que “o exercício do poder requer instrumentos materiais e ideológicos, mas o essencial é que o poder é uma relação social assimétrica indissociável, que só existe quando é exercido, e, para ser exercido, precisa se reproduzir e acumular constantemente” (FIORI, 2013, p. 200).

Desta forma, podemos afirmar que a região sempre será um instrumento ou um espaço de dominação, pois o poder econômico e o poder político sempre serão deslocados para a região enquanto campo de produção e reprodução de ideologias, e, conseqüentemente, o loco regional da alienação.

É nesse sentido que a remodelagem das regiões denominadas por Santos e Silveira (2015) de “reorganização produtiva do território” fazem com que as regiões percam sua autonomia e o comando sobre o que acontece nela, culminando na produção de alienação, tendo em vista o exercício do poder de pressão de forma globalizada sobre as populações locais, resultando em uma fragmentação territorial.

---

<sup>16</sup> Sobre a categoria particularidade consultar Karel Kosik (1976), e em especial Luckács (1978).

A globalização modifica e acrescenta à região novos objetos e novas ações sem apagar o passado. No entanto, as disparidades e as diferenças são agravadas ao todo ou em partes aos “novos dinamismos e a outras formas de comando e dominação” (SANTOS; SILVEIRA, 2015). Ainda mais são as formulações neoliberais em relação ao uso das regiões, tornando-as mais seletivas e penalizando a população mais pobre, deixando-as mais isoladas e dispersas, bem como distantes dos grandes centros urbanos. Sob justificativa do mercado global, essa prática política transforma a população em cidadãos consumidores reduzindo ou até mesmo anulando a preocupação com a cidadania.

No campo da saúde, o entendimento e a organização do espaço social, coloca para a epidemiologia os elementos teóricos e conceituais da geografia dentro do campo da saúde, quer seja no âmbito das estruturas das políticas sociais, das redes de serviços, da constituição das instituições ou do mercado. Desta forma, para Santos e Souza (2015), “será pela região que se promove a integração dos serviços, ora fracionados, em rede, unindo os municípios de forma sistêmica com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde sem perder o princípio constitucional da descentralização” (SANTOS; SOUZA, 2015, p. 442).

Isso pressupõe que na organização regional da política de saúde as regiões geográficas enquanto objeto da regionalização se constituem “como base territorial cujos elementos engendram o planejamento de uma rede de atenção integrada à saúde e de outro se vincula à condução político-administrativa do sistema de ações e serviços de saúde no território” (VIANNA; LIMA, 2013, p. 12-13).

Esta atenção integrada da saúde resulta no processo de regionalização fazendo com que as regiões de saúde sejam compostas por vários municípios, pois determina a utilização de certa densidade tecnológica que nem todos os municípios poderão dispor, sendo assim, “a região de saúde deve ser construída sob a ótica sanitária e não meramente administrativa” (SANTOS; CAMPOS, 2015, p. 442).

Desta forma, na organização regional do espaço, a região não pode jamais ser concebida e adotada como extensão territorial em si mesma, mas sim como uma fusão entre espaço e tempo, um quadro de vida partilhado com diversas amenidades locais. Ela (a região) representa um campo de luta para a redução das desigualdades e a exclusão social, espaço de viabilidade para o estabelecimento de alternativas do fortalecimento loco-regional.

A regionalização é o resultado da ideologia do caráter descentralizador do Estado em cumprimento aos princípios estabelecidos pelo Banco mundial face à globalização neoliberal, visando reformas estruturais sob a forma de privatização. Tal privatização é favorecida pela liberação econômica do capital nacional.

A proposta de descentralização visa o atendimento à população de um mesmo espaço geográfico, no entanto, elaboram propostas isoladas por meio de políticas fragmentadas e isoladas. Não obstante é que “o termo descentralização é polissêmico; logo, possui diversas concepções teóricas e político-ideológicas, que estão articuladas a blocos conservadores e progressistas que disputam o sentido da descentralização, tanto no plano político-ideológico quanto no plano teórico-prático” (SILVA, 2015, p. 190).

As forças e interesses privados colocam a necessidade do governo federal em (des) centralizar a responsabilização dos governos estaduais e municipais na organização dos serviços sem contar com o deslocamento dos recursos e poder de decisão. Destarte, cria-se uma relação entre o Estado e a sociedade civil que vai fortalecer as parcerias e privatizações pautada no *mix* público e privado de “solidariedade e participação corporativista/assistencialista na vida pública. De modo geral, procura aumentar eficácia e eficiência dos recursos públicos e conservar a ordem vigente” (PEREIRA *et.al.*, 2015; SILVA, 2015).

Desta forma, algumas funções do Estado, passam a ser exercidas pelos governos Estaduais e municipais (Estado/Administração Direta) como também pelos setores privados da economia (empresas, organizações sociais, sociedade civil e outros), através de acordos formalmente firmados. Assim, organiza-se uma descentralização de cunho neoliberal, com foco na desregulamentação da economia, privatização de ações e serviços públicos sem onerar financeiramente o Estado.

É através da proposta de descentralização que a regionalização caminha em relação à dinâmica do processo globalizante. Regionalizar, no seu sentido mais amplo, é relacionado a uma de suas raízes etimológicas, enquanto “recortar” o espaço ou nele traçar linhas, é uma ação ligada ao sentido de orientar (HAESBAERT, 2014, p. 9). Desta forma, toda regionalização deve sempre ser considerada, também, um ato de poder – poder de recortar, de classificar e, muitas vezes de nomear.

O direcionamento do planejamento regional ancora-se por forças e interesses privados, com autonomia de mobilização de diversas formas de recursos para a adoção de estratégias de atuação, pautados na constituição de redes em diferentes escalas, influenciando os lugares e regiões onde se estabelecem politicamente.

Para regionalizar há que primeiramente definir uma base territorial tendo em vista que as ações se dão em territórios concretos, onde as pessoas vivem e trabalham, criam relações de poder e se relacionam, portanto, a região constitui-se como base territorial mais expressiva (GIL; LICHT; YAMAUCHI, 2006).

Nesse panorama, a regionalização é resultante de um processo político e administrativo através de relações entre diferentes atores sociais. Outro caráter atribuído é a distinção do território no que compete ao planejamento de políticas públicas, tendo em vista os diferentes processos de desenvolvimento regional, o que faz da regionalização “uma realidade política, de forte componente estatal, resultante de um processo intencional de fundo econômico.” (DUARTE; CONTEL; BALBIM; 2013, p. 151).

De certa forma, a regionalização e as razões de sua ocorrência são diversificadas em vários países ou dentro de um mesmo país e possui um caráter específico. Volta-se para a autonomia, assegurar ou reequilibrar a distribuição de poderes, ou pela necessidade de organizar a administração do Estado central de forma descentralizada. Haesbaert (2014) apresenta alguns processos espaciais voltados para as propostas da regionalização.

**Quadro 1 – Processos espaciais como propostas para a regionalização**

Funcionalização, privilegiando as transformações econômicas através do espaço;	Controle ou dominação territorial, enfatizando o espaço-poder;	Simbolização e/ou determinação espaço-territorial;
Precarização e contenção territorial, em perspectiva mais estritamente social;	Exclusão territorial, em sentido que envolve, sobretudo, questões ditas ambientais.	

Fonte: Haesbaert (2014).

A forma sugerida pelo autor leva a constituição de regiões mais complexas e regiões mais simples. As simples através da análise dos múltiplos processos e sujeitos que participam da construção regional e a complexa no âmbito da quantidade e qualidade de articulação regional levando em consideração as relações econômico–funcional e simbólico–cultural, essa complexidade nos solicita o reconhecimento da densidade das redes de circulação econômica e poder ao mesmo tempo dos distintos grupos culturais ali conjugados. (HAESBAERT, 2014).

Há que se ressaltar que os anos de 1980 do século XX foi marcado pelo intenso debate sobre a globalização e seus reflexos sobre as estruturas sociais, políticas e espaciais, que refletiu numa série de reformas estruturais defendidas principalmente pelo Banco Mundial em defesa de uma liberdade econômica cada vez mais livre de barreiras nacionais.

Dentre as reformas defendidas destacou-se a “reforma do Estado” com ênfase na privatização do setor produtivo estatal e a descentralização das estruturas do governo. Portanto, “a situação de desigualdade dos municípios para assunção de suas responsabilidades se agrava no contexto de liberalização econômica e ajuste fiscal” (LIMA; VIANA, 2011, p. 46).

Seja no âmbito regional, nacional e internacional, as regiões geográficas abrigam diversidades e desigualdades, resultantes de ações e práticas de planejamento regional associada às tendências de serviços públicos privatizados. Essa relação faz com que no planejamento regional as redes se configuram em desenhos regionais de “maior influência, resultantes da interdependência entre fixos e fluxos materiais e imateriais hierarquizados e comandados por organizações e agências estatais e não estatais que podem operar serviços localizados dentro e fora da região, do Estado e do país” (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015, p. 32).

Essa nova configuração “indica o esgotamento da capacidade de interação das instituições representativas tradicionais, bem como, da eficácia das organizações burocráticas e do modelo de planejamento centralizado” (FLEURY; OUVÉNEY, 2007, p. 12). Desta forma, inicia-se uma proposta de estrutura plural com vínculo de uma variedade de atores no compartilhamento das políticas públicas. Significa então que a provisão de bens e serviços são redesenhados, tendo em vista a reforma do sistema de proteção social, culminando na reformulação do Welfare state<sup>17</sup> sob a égide da privatização, da descentralização, da competição, da contratualização e da flexibilização.

O sistema de proteção social se estrutura em forma de redes configurando assim “um conjunto de relações relativamente estável, de natureza não hierárquica e independente que vinculam uma variedade de atores que compartilham interesses comuns em relação a uma política e que trocam entre si recursos para perseguir esses interesses comuns.” (FLEURY; OUVÉNEY, 2007, p. 16).

Assim, no processo de regionalização, “quanto mais complexas as atividades de comércio e serviços do centro urbano em questão, maior o “alcance dos bens” ofertado por aquele ponto do território, e maior a posição relativa deste “lugar central” na hierarquia do sistema de cidades do qual faz parte.” (CONTEL, 2015, p. 451).

Castells (2010, p. 503) reforça que as características dos lugares é que vão definir as funções das redes, pois “cada rede define seus locais de acordo com suas funções e hierarquias de cada local e segundo as características do produto ou serviço a ser processado na rede.” O importante é salientar que a rede integrada à saúde deve operar de forma ordenada e articulada territorialmente no atendimento às necessidades da população.

A regionalização desta forma pressupõe o agrupamento de territórios municipais de características muitas vezes desiguais, no entanto, próximos, com interesse comum de construir

---

<sup>17</sup> Os EUA foram os pioneiros na abordagem das redes de políticas envolvendo padrões de intercâmbio entre as agências executoras, as comissões do congresso e os grupos de interesses (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

uma integrar a rede de serviços, organizada e estruturada visando a garantia da atenção à saúde de forma integral.

Desta forma, a regionalização deveria ultrapassar meramente o conceito de localização num determinado espaço, este conceito refere-se “ao zoneamento do tempo-espaço em relação às práticas sociais rotinizadas.” (GIDDENS, 2009, p. 140). Formar as microrregiões e macrorregiões faz com que inviabilize o direito de cidadania, uma vez que delimita uma área de abrangência, reduzindo o direito à cidade e o acesso à política de saúde fica delimitado por um “pedaço de chão que pertence a cada morador” (KOGA, 2011, p. 37). Neste sentido é que apresentamos os argumentos no capítulo seguinte sobre a correlação entre as necessidades humanas e o indivíduo sob a ótica da construção da alteridade na sociedade capitalista.

## CAPÍTULO 2

### A CORRELAÇÃO ENTRE AS NECESSIDADES HUMANAS E O INDIVÍDUO: UM DEBATE A PARTIR DA CONSTRUÇÃO DO INDIVÍDUO NA SOCIEDADE CAPITALISTA

As formações sociais capitalistas estão ligadas às transformações econômicas e sociais estabelecidas pela propriedade privada, portanto responsáveis por duas espécies bem distintas de possuidores de mercadoria, que passaram a estabelecer relações contraditórias. Por um lado, temos os compradores da força de trabalho (capitalista) e do outro aquele que só tem para sobreviver apenas a venda de sua força de trabalho (trabalhador).

O sistema capitalista consiste, fundamentalmente, em retirar do trabalhador a propriedade de seus meios de trabalho, o que resulta em transformar em capital os meios sociais de sobrevivência e os de produção, convertendo os produtores em trabalhadores assalariados. Desagregar o trabalhador dos meios de produção tem como consequência privá-lo de todas as garantias de direitos. Ressalta-se que a exploração assume diversas configurações nos diferentes países e épocas.

A reprodução social passa a ser regulada e determinada pelo mercado e de forma incisiva na produção das necessidades básicas da vida. Assim, os capitalistas poderão apropriar-se do trabalho excedente dos trabalhadores sem a necessidade de exercer uma coação direta, pois é regulado pelo Estado. Esse movimento interno mostra a inexistência de leis que regulassem as relações de produção e que protegessem os trabalhadores da ganância pelo lucro.

Nesse sentido é que os direitos de cidadania têm sido vinculados ao trabalho, formalmente constituído através de um contrato individual que garantam direitos aos trabalhadores<sup>18</sup>. Resultado alcançado mediante lutas protagonizadas pelos trabalhadores, que significou a integração dos mesmos nos circuitos do consumo anteriormente não acessados, significando a expansão dos direitos sociais (SANTOS, 2013b).

Partindo desse princípio, o Estado liberal preconiza (i) o direito à propriedade privada, (ii) desconsidera a coletividade e (iii) nomeia o indivíduo<sup>19</sup>, como sujeito de direitos. Não obstante, os direitos civis foram os primeiros a serem reconhecidos pelo Estado liberal no século XVIII. Ainda, cada indivíduo deveria buscar o seu bem-estar e de sua família, por meio da

---

<sup>18</sup> É importante salientar que nas sociedades pré-capitalistas, não se privilegiava a força de trabalho, apenas desenvolviam algumas ações pontuais com características assistenciais no sentido de manter a ordem social e punir a vadiagem. Essas ações eram entre caridade privada e ações filantropia.

<sup>19</sup> Essa individualidade é um processo que se desenrola de forma contraditória, devido ao antagonismo de interesses entre indivíduos produzindo em sociedade.

venda de sua força de trabalho. Assim, não caberia ao Estado garantir bens e serviços públicos para todos.

O ser humano alcança dessa forma o status de sujeito de direito justamente pelo fato de ser reduzido à forma de mercadoria força de trabalho, ou seja, pelo fato de se converter a proprietário de si mesmo (KASHIURA JUNIOR, 2014). Outra máxima do Estado liberal é a naturalização da miséria, entendida como resultado da moral humana e não como um resultado do acesso à riqueza socialmente produzida, já que as necessidades básicas não devam ser totalmente satisfeitas para o controle do crescimento populacional e controle da miséria.

Acontece que as reformas sociais do pós-guerra geraram mudanças na perspectiva do Estado. Não que ele tenha deixado de ser liberal: apenas agregou princípios democráticos, e, sem dúvida, a mobilização e organização dos trabalhadores foi determinante para a mudança da natureza do Estado, que passou a reconhecer os direitos sem colocar em xeque os fundamentos do capitalismo como, por exemplo, os direitos políticos, a possibilidade de organização da classe trabalhadora em sindicatos, a formação de partidos políticos e livre expressão e manifestação.

Este quadro começou a apresentar sinais de esgotamento nas últimas décadas do século XX e alterou o campo das políticas sociais e da cidadania no âmbito internacional e nacional, ao qual resultou na queda da bolsa de valores no período de 1929/33 reconhecido também como “Grande Depressão”, evento fomentador da maior crise econômica mundial do capitalismo até aquele momento.

O princípio estruturador das leis foi obrigar o exercício do trabalho a todos que apresentassem condições de trabalho, mas também foram algumas formas de assistência minimalista e restritivas, sustentada no dever moral e cristão da ajuda e não sustentada na perspectiva do direito. Portanto, os fundamentos iniciais da política social tiveram como pressuposto o trabalho e a solidariedade coletiva, e, nessa perspectiva, a política social é uma gestão estatal da força de trabalho e do preço da força de trabalho.

Por esses argumentos e tendo em vista a trajetória do direito explicitado na relação capital e trabalho é que apresentamos nesse capítulo a compreensão sobre indivíduo, cidadania e necessidades humanas, uma vez que a fase histórica da atualidade, no campo da política de saúde, coloca em pauta as necessidades da população em primeira ordem na tomada de decisões.

Desta forma, esse capítulo está organizado em três subitens, os quais, embora se apresentem de forma separada, estão interligados uns aos outros compondo, assim, a construção

teórica da proposta que é discutir as necessidades humanas sob o ponto de vista da teoria social crítica.

## **2.1 Indivíduo: um Ser em Constante Modificação na Sociedade Hodierna**

Na totalidade, o indivíduo possui corpo, mente, relações sociais e relações com a natureza. É constituído, portanto, de determinações. Isso significa que, enquanto seres individuais, eles buscam desenvolver-se: na satisfação de suas necessidades, criam relações entre si e, conseqüentemente, desenvolveram-se *na e pela* sociedade. Sendo assim, o indivíduo é uma manifestação da essência ou natureza humana e emerge como membro de uma determinada sociedade (mesmo sem a intenção de formá-la) e das relações historicamente determinadas no interior dessas sociedades.

O papel do indivíduo vai depender, então, da sociedade e da posição deste indivíduo no seu interior, ou seja, a qual fração de classe pertence, quais são as forças sociais em ação e como ele se relaciona com ela, e outras diversas determinações postas pelos diferentes processos produtivos, ou seja, da distribuição e do consumo dos bens produzidos: trata-se da composição do seu “eu” através das redes de relações da qual emergiu e na qual penetra (ELIAS, 2009).

O ponto de partida para a produção do indivíduo social é a produção material, pois, ao satisfazer suas necessidades mais imediatas, desenvolve atividades de inter-relação com a natureza<sup>20</sup> e sobre a existência humana através do próprio trabalho. Essa relação de transformação da natureza resulta em novos avanços de atividade produtiva e no conjunto da relação humano-societária.

É nesse sentido que o trabalho<sup>21</sup> se configura categoria fundante do ser social, categoria decisiva da autoconstrução humana<sup>22</sup>, da elevação do indivíduo em níveis cada vez mais desenvolvidos de sociabilidade (LESSA, 2002).

Desta forma, a influência do indivíduo na sociedade, só tem peso histórico relevante quando estão de acordo com uma ou outra classe social ou forças sociais em luta. Os indivíduos

---

<sup>20</sup> Para Marx, a reprodução natural dos indivíduos determinada pela natureza inalterada constitui a forma de existência mais primitiva da humanidade, ou seja, o movimento evolutivo da vida (MARX, 2010a).

<sup>21</sup> É importante salientar que não se pretende aqui aprofundarmos na discussão sobre a categoria trabalho. Sobre a temática, consultar Antunes (2000a, 2000b), Iamamoto (2001), Lessa (2002), Marx (1985a; 1985b), entre outros.

<sup>22</sup> Este é um dos pontos essenciais da análise marxiana da individualidade humana. Apesar de mal interpretada ou mesmo negligenciada. Marx afirma que os indivíduos são os únicos que produzem, mas sempre em relações recíprocas.

atuam, agem e, quando manifestam necessidades sociais, exercem maior influência no curso dos acontecimentos. Portanto, “o indivíduo é o objetivo final e a união dos indivíduos numa sociedade é apenas um meio para seu bem-estar.” (ELIAS, 2009, p. 18-19).

O ser humano, através do trabalho enquanto atividade vital<sup>23</sup>, busca a satisfação de suas necessidades realizando mediações entre a produção material e a transformação da natureza. “Por isso, além dos atos do trabalho, a vida social contém uma enorme variedade de atividades voltadas para atender às necessidades que brotam do desenvolvimento das relações dos homens entre si.” (LESSA, 2002, p. 27-28).

Desta forma, a natureza é que oferece os meios de vida ao indivíduo, pois é a partir dela que o processo de trabalho acontece, e o indivíduo com sua “prévia-ideação” capta os objetos da natureza e o transforma como meio de sua subsistência física. O processo de trabalho então está constituído no próprio trabalho, onde os objetivos da ação - instrumentos e objeto – e a subjetividade – a capacidade do trabalho vivo – interagem e completam o processo de trabalho.

A tendência essencial inscrita na lógica imanente dessa processualidade é que progressivamente a essência genérica dos indivíduos se torne uma efetividade e que os indivíduos progressivamente adquiram consciência de seu ser, confirmando em suas subjetividades, como seres genéricos para si, sua objetividade social (TEIXEIRA, 2018, p. 12-13).

Portanto, o trabalho é atividade exclusivamente social, e desta forma a “objetivação opera uma modificação do mundo dos objetos no sentido de sua sociabilização” (LESSA, 2002, p. 75), e a subjetividade é “a forma especificamente social da ativa apropriação do real pela consciência, no contexto da busca dos meios” (LESSA, 2002, p. 96).

A dinâmica da constituição da sociabilidade atrela-se ao que (e ao modo como) os indivíduos produzem materialmente, fisicamente e espiritualmente estabelecendo uma complexidade das relações sociais, portanto, o trabalho é criador do indivíduo enquanto ser pensante racionalmente, com transformações da própria história. Isso corresponde ao fato de que o trabalho, para que seja efetivado, requer consciência da realidade da natureza externa como também da própria natureza do indivíduo, mesmo que essa consciência seja primária.

---

<sup>23</sup> Marx compreende que o trabalho é a atividade vital que diferencia o ser humano dos demais seres vivos, ou seja, é o trabalho que vai determinar o âmbito e o modo de ser de cada espécie, os animais agem por instinto, e como exemplo cita a abelha na construção de sua colmeia e o ser humano possui a capacidade teleológica. A atividade vital assegura desta forma não só a sobrevivência do indivíduo em si mesmo e de outros, assegura também a existência da sociedade. Para aprofundar sobre o tema consultar (DUARTE, 1993; MARX, 2010b).

O ser humano então se apropria da natureza com o objetivo de inseri-la em sua atividade social, e isso, conseqüentemente, gera a necessidade de novas apropriações e novas objetivções através da produção dos meios necessários para a satisfação de suas necessidades de sobrevivência. A produção dos meios é para Marx e Engels o primeiro ato histórico.

O segundo ponto é que, satisfeita essa primeira necessidade, a ação de satisfazê-la e o instrumento de satisfação já adquirido conduzem a novas necessidades – e esta produção de novas necessidades é o primeiro ato histórico (MARX; ENGELS, 2007, p. 33).

Estas são as condições originais da produção, a transformação dos objetos em resultados que conforma primordialmente a individualidade humana<sup>24</sup> “O *ser humano* faz da sua atividade vital mesma um objeto da sua vontade e consciência. Ele tem atividade vital consciente” (MARX, 2010a, p.84, grifo nosso). Sua atividade é livre.

O trabalho como práxis é objetivção do ser humano. Ele, ao objetivar-se, dá materialidade ao objeto que produz com o empenho de suas forças, suas capacidades e suas potencialidades, sejam materiais de uma forma específica ou espirituais (comportamento social, as ideias, os sentimentos e as emoções), sendo produtos de suas objetivções pela mediação do trabalho. É nestes objetos que o ser apresenta sua individualidade aos outros seres humanos.

No devir histórico<sup>25</sup>, com o desenvolvimento da sociedade capitalista, o caráter do trabalho enquanto categoria fundante do ser social sofre alteração e converte-se em trabalho abstrato com o processo de valorização do capital, juntamente com a alteração da divisão do trabalho. Assim, com o advento da sociedade capitalista, a estrutura do processo vital da sociedade é apoiada pela propriedade privada<sup>26</sup>, alterando as funções da produção material.

---

<sup>24</sup> No processo de formação da individualidade, a categoria naturalidade deve ser levada em consideração para perceber a individualidade como categoria historicamente construída enquanto uma característica humana própria da relação ser humano/ser humano.

<sup>25</sup> “A história nada mais é do que o suceder-se de gerações distintas, em que cada uma delas explora os materiais, os capitais e as forças de produção a ela transmitidas pelas gerações anteriores; portanto, por um lado ela continua a atividade anterior sob condições totalmente alteradas e, por outro, modifica com uma atividade completamente as antigas condições.” (MARX; ENGELS, 2007, p. 40).

<sup>26</sup> O ponto de vista da propriedade privada que abordamos aqui diz respeito ao surgimento da industrialização, que consideramos o período de dilaceramento o homem mediante o trabalho.

A divisão do trabalho<sup>27</sup>, juntamente com a propriedade privada<sup>28</sup>, gera a distribuição desigual afastando os indivíduos de produto por ele produzido e objetivado como trabalhador individual, como trabalho social. O trabalho adquiriu sua forma mercantil, culminando na alienação<sup>29</sup>, estranhamento do indivíduo, agora produtor de riqueza social enquanto mera força de trabalho subjetiva (IAMAMOTO, 2001).

Com divisão do trabalho agora na sociedade de classes (divisão dos homens em classes sociais antagônicas) processa-se a repartição do trabalho e dos seus produtos, ou seja, manifesta-se no acesso diferenciado aos resultados da produção tanto em qualidade como em quantidade; e dá, portanto, origem à propriedade.

A sociedade capitalista dá origem à fragmentação social em duas grandes classes que ocupam posições distintas na produção e no usufruto da riqueza, donde conclui-se que a carência individual está objetivada no outro, principalmente pelo fato de a maior fonte de riqueza está no outro, por enxergar que é no outro que está a realização material ou espiritual. As relações humanas, a constituição da sociabilidade do ser encontra-se agora no efetivo enriquecimento das individualidades humanas.

Ao perder o elo com sua vida genérica<sup>30</sup>, o indivíduo torna-se um ser alienado, um ser abstrato, um ser estranho<sup>31</sup> no mundo. As condições objetivas de produção e os produtos do trabalho ficam sob o controle de outrem<sup>32</sup>. Portanto, a propriedade privada se apropria do

---

<sup>27</sup> A divisão do trabalho existe desde a gênese da civilização, desta forma a divisão do trabalho consiste na separação das classes no interior da sociedade de acordo com a posição que o indivíduo ocupa na produção material determinando o modo de vida de cada classe que o indivíduo pertença bem como suas relações entre os diversos grupos. Como exemplo, citamos o regime patriarcal, o regime de castas, regime feudal e atualmente o regime capitalista.

<sup>28</sup> A divisão do trabalho e propriedade privada significa a mesma coisa, a divisão do trabalho diz respeito à atividade e a propriedade privada corresponde ao produto dessa atividade. Mas é a divisão do trabalho que provoca um abismo entre ambos.

<sup>29</sup> A alienação nada mais é do que a ruptura entre a essência e a existência do ser humano na sociedade natural. “As relações burguesas de produção constituem a última forma antagônica do processo social de produção, antagônicas não no sentido individual, mas de um antagonismo nascente das condições de vida dos indivíduos; contudo, as forças produtivas que se encontram em desenvolvimento no seio da sociedade burguesa criam ao mesmo tempo as condições materiais para a solução desse antagonismo. Daí que com essa formação social se encerra a pré-história da sociedade humana” (MARX, 1986, p. 26).

<sup>30</sup> Marx se refere ao gênero humano enquanto resultado da criação e autocriação do ser humano, ou seja, a própria criação do ser humano através da apropriação da natureza pelo trabalho.

<sup>31</sup> “O estranhamento do homem, em geral toda a relação na qual o homem está diante de si mesmo, é primeiramente efetivado, se expressa, na relação em que o homem está para com o outro. Na relação do trabalho estranhado cada homem considera, portanto, o outro segundo o critério e a relação na qual ele mesmo se encontra como trabalhador” (MARX, 2010a, p. 86). Ver também Salviani (2004).

<sup>32</sup> É importante esclarecer que comungamos de que “[...] toda e qualquer ação humana é uma ação consciente, que pode contribuir tanto para a humanização quanto para a alienação” (DUARTE, 1993, p. 92). O enfoque dado ao advento da propriedade privada está no fato de que as relações sociais estabelecidas estão pautadas no estranhamento “[...] se o *Trabalhador* se relaciona com a sua atividade como uma [atividade] não livre, então ele se relaciona com ela como a atividade a serviço do domínio, a violência e o jugo de um outro homem” (MARX, 2010a, p. 87, grifo nosso).

trabalhador os objetos em que se realiza o seu trabalho, deixa de constituir uma extensão do seu ser inorgânico<sup>33</sup> e torna-se independente de sua atividade, ou melhor, lhe é oposta, acarretando num processo de perda da própria essência (consciência, ativa e genérica) dos indivíduos.

A hipótese diretriz é a de que a forma de produtividade humana, que se afirma na sociedade burguesa, expressa uma forma histórica particular tanto de desenvolvimento humano universal, quanto de alienação dos indivíduos sociais: uma forma específica de produção da vida humana, de sociabilidade, forjada na temporalidade do capital. Enfim, uma forma histórica particular de individualidade social (IAMAMOTO, 2001, p. 47).

Na sociedade burguesa de forças produtivas largamente desenvolvidas, o indivíduo existe apenas subjetivamente, sem objeto. O caráter genérico do indivíduo, enquanto um ser individualizado se dissolve, e a troca passa a ser o principal agente da individualização como condições de existência. Nessa relação, coloca-se o trabalhador enquanto mercadoria, e o trabalhador passa a possuir para sobreviver apenas a venda da sua força de trabalho, pois sua força individual de trabalho só funciona com a venda ao capital. Na propriedade privada,

[...] um objeto somente é nosso [objeto] se o temos, portanto, quando existe para nós como capital ou é para nós imediatamente possuído, comido, bebido, trazido em nosso corpo, habitado por nós etc., enfim usado. Embora a propriedade privada apreenda todas estas efetivações imediatas da própria posse novamente apenas como meios de vida, e a vida, à qual servem de meio, é a vida da propriedade privada: trabalho e capitalização<sup>34</sup> (MARX, 2010a, p. 108).

Isso significa que essa relação só é possível com o estabelecimento da liberdade<sup>35</sup>, ou seja, o ser humano necessita ser livre para poder vender a sua força de trabalho, para conseqüentemente alguém poder comprá-la. É essa liberdade que permitirá que o trabalhador se transforme em mercadoria. Assim, no processo, o capitalista passa a abrir caminhos a uma ordem societária dominante.

Com o trabalhador transformado em mercadoria, as condições objetivas do trabalho não mais lhe pertencem, ficando submetido às leis gerais que regulam os preços e o trabalhador

<sup>33</sup> "O engendrar prático de um mundo objetivo, no trabalhar a natureza inorgânica, o homem se prova como um ser genérico consciente, isto é, um ser que se relaciona com o gênero enquanto sua própria essência ou consigo como ser genérico" (MARX, 2010a, p. 25).

<sup>34</sup> Sobre trabalho e capitalização, Marx vai discutir sobre mercadoria, valor e circulação no processo de produção capitalista. Não nos compete aqui adentrar nessa discussão. Para aprofundar, consultar Marx (1986).

<sup>35</sup> Referimo-nos à liberdade como essência humana, historicamente produzidas de objetivação, consciência, sociabilidade, liberdade e universalidade - oposta às relações de dominação, ancorada na reprodução da alienação.

só poderá vender sua força de trabalho se encontrar um comprador interessado na sua força de trabalho. Caso contrário, ficará privado economicamente, pois não terá dinheiro para adquirir os itens para sua sobrevivência e de sua família. Desta forma, a liberdade posta aqui nada tem de relação com a sociedade natural, onde o homem ao transformar a natureza se transforma ao mesmo tempo.

O caráter dado à categoria da liberdade no seio da sociedade capitalista, no antagonismo entre capital e trabalho está posta exclusivamente em sua relação como processo reprodutivo, ou seja, na necessidade de repor e salvaguardar sua sobrevivência e de sua família e o consumo do ser humano (trabalhador assalariado). “A liberdade apenas existe em intrínseca relação com a esfera da necessidade.”<sup>36</sup> (LESSA, 2002, p. 190). Aguiar (2012, p. 46) reforça que,

[...] nesse momento, teremos a organização das sociedades humanas sob o prisma da glorificação do trabalho, da resolução da questão social através do progresso, norte das filosofias da história, que surgirão espelhadas na moderna ideia de que “a liberdade é a consciência da necessidade”.

Assim, no processo de produção<sup>37</sup>, é engendrado automaticamente o consumo, ou seja, a produção de forma objetiva e subjetiva não somente produz o consumo como também a maneira pelo qual se consome, pela finalidade do produto sob a forma de necessidade. Portanto, “o próprio ato de produção é, pois, em todos os seus momentos, também ato de consumo.” (MARX, 1986, p. 8).

Todavia, o trabalhador acabará recebendo um valor, um salário (em forma de dinheiro), pela venda da sua força de trabalho e um valor necessário para obter artigos de primeira necessidade, indispensável para sua subsistência e de sua família, para mera manutenção física, e esse valor é determinado pelo padrão de vida tradicional em cada país. Assim, a compra e venda da força de trabalho é condição básica da produção capitalista e o dinheiro é o produto final de circulação de mercadoria.

O dinheiro é a capacidade da humanidade alienada. [...] Ter dinheiro significa, por conseguinte, ter todas as possibilidades que os homens têm desenvolvido. Mesmo que natural ou humanamente o indivíduo não tenha adquirido essas capacidades, o dinheiro permite que as adquira. Todo e qualquer desejo, toda

<sup>36</sup> O próximo item deste capítulo abordou-se com mais propriedade a categoria necessidades. Ver item 2.2.

<sup>37</sup> O ser humano na sociedade natural produz artigo para seu consumo, seu uso imediato, e o produto por ele produzido não é mercadoria. No entanto, a produção na sociedade capitalista retira o caráter social da produção, e o indivíduo passa a produzir para a satisfação de alguma necessidade social e seu produto se transforma em mercadoria.

e qualquer potência individual só terá realidade na medida em que for mediada pelo dinheiro (TEIXEIRA, 2018, p. 38).

O dinheiro expressa-se de forma concreta e materializa-se enquanto condições potenciais e o único produto que possibilita o indivíduo de satisfazer suas necessidades e capacidades, e, caso o indivíduo não o possua, tem a potencialidade de possuir. “O dinheiro, na medida em que possui o atributo de tudo comprar, na medida em que possui o atributo de se apropriar de todos os objetos, é, portanto, o objeto enquanto possessão eminente” (MARX, 2010a, p. 157).

Esse ciclo faz com que o trabalhador adentre no processo de consumo ao vender sua força de trabalho para comprar as mercadorias de que necessita para sobreviver e reproduzir, pois é somente com o dinheiro que ele vai realizar essa compra. E de forma alienada essa relação faz com que o dinheiro transformado em salário deixe de pertencer ao capitalista.

O direito da propriedade privada é, portanto, o direito de usufruir da própria fortuna e dela dispor como quiser, sem atenção dos outros homens, independente da sociedade, e a isso se pode caracterizar de interesse individual, irá construir-se então na lógica da relação capital e trabalho, onde o capitalista apropria-se dos meios de produção e reprodução dos bens socialmente produzidos e a classe trabalhadora disporá da única mercadoria que lhe pertence: a venda da sua força de trabalho, que, conseqüentemente, irá vender ao capitalista, e não será ele – o trabalhador – quem irá determinar o valor dessa força de trabalho.

Outra forma de alienação que se origina da sociedade capitalista diz respeito mais propriamente à superestrutura social<sup>38</sup> que corresponde a um conjunto de ideias sociais (políticas, jurídicas, filosóficas, religiosas e artísticas) e das organizações e instituições (Estado, Igreja, partidos políticos e outras), edificado na base econômica e estabelecendo com ela um intercâmbio.

A relação da propriedade sobre o trabalho e seus produtos fundamenta a divisão entre classes. Desta forma, o Estado funciona segundo as regras dominantes e tem como objetivo representar os interesses gerais, e, no seu interior, dá-se as lutas de classe. O Estado representa a expressão da contradição entre o indivíduo real e os interesses dominantes na sociedade capitalista, para tanto irá apenas servir como uma “comissão” para administrar a propriedade privada.

---

<sup>38</sup> Estamos assim entendendo que a denominada superestrutura também é produto do ser humano, e ocorre com ela um movimento idêntico ao explicitado quanto à produção material, e sendo criado pelo ser humano, a ideologia e o aparato institucional se tornam autônoma, concretizando assim a alienação ideológica e sócio política.

O Estado, tendo em vista o antagonismo entre as classes, torna-se circunstancialmente uma instituição "acima" delas que regula e arbitra os interesses sociais opostos. Este é o argumento que justifica sua existência, disso derivando sua imagem como instância que irá ordenar os interesses conflitantes e como expressão da vontade geral e do interesse comum.

Por mais que o Estado se apresenta como coletividade, ele não abrange a universalidade da vida social, mais se coloca acima e à parte das particularidades. A presença do Estado faz com que o indivíduo adquira duas existências, ou seja, indivíduo real (privado) e cidadão (universal), tendo em vista que o Estado exerce a função de regulação das relações capitalistas de produção (concorrência, comércio, polícia, etc.). "A igualdade dos cidadãos perante a lei passou a ser confrontada com a desigualdade da lei perante os cidadãos" (SANTOS, B., 2008, p. 165).

A apropriação dos bens socialmente produzidos só é possível através da democracia<sup>39</sup>, que é concebida como construção coletiva do espaço público, os quais os indivíduos participam coletivamente exercendo o controle da esfera pública e a sua gestão de forma consciente, e é, portanto, uma construção histórica.

Para Coutinho (2006), não há democracia efetiva enquanto houver excessiva desigualdade material entre os cidadãos. Essa desigualdade, portanto, não deixa que se efetive inclusive uma democracia política, imperando assim vários conceitos de democracia. E ainda, nas palavras de Boaventura (2011) "A frustração sistemática das expectativas democráticas pode levar à desistência de democracia e, com isso, à desistência da crença no papel do direito na construção da democracia" (SANTOS, B.S., 2011, p. 16).

A liberdade é trazida na livre iniciativa privada e economia de mercado, onde a transação dos bens se dá na base da livre concorrência. Justiça social se limita aos conceitos vagos de caridade e fraternidade. Ocorre, nesse sentido, a separação absoluta entre o direito público e o direito privado e o predomínio da autonomia da vontade privada na esfera econômica. Nesse sentido, o direito à propriedade restringe a realização da liberdade dos indivíduos (MARX, 2010a).

A liberdade é o direito<sup>40</sup> de fazer tudo que não cause danos aos outros. Os limites dentro dos quais cada um pode atuar sem prejudicar os outros são

<sup>39</sup> O termo democracia foi utilizado pela primeira vez no século V. a.C "governo do povo" e desenvolve a noção de um sistema político em que o povo inteiro toma, e tem o direito de tomar as decisões básicas determinantes a respeito de questões importantes de políticas públicas." (OUTHWAITE; BOTTOMORE, 1996, p. 179).

<sup>40</sup> Marx, em sobre a questão judaica elabora sua crítica aos direitos humanos prevista no segundo artigo da Declaração Francesa de 1793 e afirma que os chamados direitos humanos "[...] não o liberta da propriedade privada, mas lhe dão a liberdade de propriedade; não o liberta da necessidade de ganhar sua vida de modo mais ou menos próprio, mas concedem a liberdade de trabalho" (MARX, 2010a, p. 24).

determinados pela lei [...] e ainda, a liberdade como direito do homem não se funda nas relações entre homens e homens, mas antes na separação do homem a respeito do homem. É o direito do indivíduo circunscrito, fechado em si mesmo (MARX, 2010a, p. 49).

Essa relação gera grandes desigualdades sociais e, conseqüentemente, o surgimento de luta contra a exploração do homem pelo homem resultando nos direitos humanos denominados de terceira geração, a saber, os direitos sociais. “Progressivamente os cidadãos, especialmente as classes populares, têm consciência de que as desigualdades não são um dado adquirido, traduzem-se em injustiças e, conseqüentemente, na violação dos seus direitos” (SANTOS, B. S., 2011, p. 17).

A luta da classe trabalhadora contra a exploração os colocou no campo político, e o primeiro passo foi o reconhecimento do trabalho coletivo, na gestão dos laços sociais, no reconhecimento dos antagonismos sociais. Então, a cidadania capitalista se fundamenta na contradição entre sistema legal e política fundada na desigualdade de acesso.

Nessa contradição, a democracia implica na existência de regras jurídicas de observância obrigatória que confinam a luta política dentro dos limites legais estabelecidos. Essa legalização da luta de classe tolhe a iniciativa dos trabalhadores que só podem se expressar por meio dos órgãos e procedimentos previstos em lei.

A regulação do tempo de trabalho, das condições de trabalho e do salário, a criação dos seguros sociais obrigatórios e de segurança social, o reconhecimento da greve, dos sindicatos e da negociação e contratação coletiva, são momentos decisivos do longo percurso histórico da socialização da economia (SANTOS, B. S., 2002b, p.12).

Assim, o que o compromisso democrático realiza é o apaziguamento em certos aspectos importantes, das conseqüências que derivam dessa dependência estrutural. Torna-se um agente decisivo de formas de democracia social, significativas o bastante para neutralizar o impulso reivindicante e potencialmente revolucionário dos setores populares. “Nas sociedades atuais, a possibilidade de ação permitida ao *indivíduo* e ao pensamento determinados por elas produzem e fixam sentimentos particularistas, perpetuam e reproduzem a alienação dos sentimentos e caráter de certos afetos” (HELLER, 1985 apud SAWAIVA, 2008, p. 102-103, grifo nosso).

O Estado neoliberal adotou a partir do seu surgimento, outra forma de regulação, no entanto, “os valores da modernidade – liberdade, a igualdade, a autonomia, a subjetividade, a justiça, a solidariedade – e as antinomias entre eles permanecem, mas estão sujeitos a uma

crecente sobrecarga simbólica e se transformam em neutralização” (SANTOS, B. S., 2002b, p. 18).

Assim, são estabelecidas as origens sociais do individualismo, do culto ao indivíduo, agora, não mais no âmbito da compra e venda da força de trabalho via ampliação ou manutenção dos direitos já adquiridos historicamente, mas na manutenção do Estado nacional com estrutura abrangente de comando da ordem estabelecida.

Outra quebra entre política e liberdade vai acontecer na modernidade. Não só porque passamos a contar com uma inversão da contemplação para ação, mas, principalmente, em razão do primado do trabalho sobre as demais atividades humanas. Essas inversões reforçaram a compreensão da política vinculada ao campo das necessidades e que se desdobram nas categorias da sociedade, do social e *das expressões* da questão social (AGUIAR, 2012, p. 45-46, grifo nosso).

Portanto, a satisfação das necessidades se torna possível somente pela definição precisa e coerente de necessidades vinculadas à noção de direitos, dos direitos de cidadania de uma forma geral e de direito social de uma forma específica, isolando-o do senso comum. “A ideia de vida ou de direito à vida só poderá ser tomada por um significado amplo que envolva, para além da preservação e garantia de sua continuidade material, fatores relativos ao seu pertencimento no espaço social.” (GOMES JUNIOR; PEREIRA, 2013, p. 53).

O processo de transformação social só é possível com o reconhecimento dos direitos enquanto mediação de conquistas históricas, no atendimento à satisfação das necessidades humanas e na ampliação do status de cidadania. Os direitos humanos só podem ter um caráter universal no âmbito das necessidades humanas.

## **2.2 Das Necessidades Humanas Básicas às Necessidades Construídas Socialmente**

“Necessidades básicas” referem-se às carências dos indivíduos enquanto condição para fazer história e produzir qualquer coisa. É um conceito caro no âmbito epistemológico marxista. Para satisfazer suas necessidades, os indivíduos associam-se a outros indivíduos e, ao satisfazer suas necessidades, conseqüentemente, criam novas. Essa associação entre os sujeitos faz com que o outro seja o objeto mais elevado das necessidades humanas, pois essa relação vai determinar o grau de humanização das necessidades humanas:

Devemos, por força, constatar que a primeira condição de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, é que os *seres humanos* devem estar em condições de poder viver a fim de ‘fazer história’. Mas, para viver é necessário antes de mais beber, comer, ter um teto onde se abrigar, vestir-se etc. (MARX; ENGELS, 2010, p. 33-34, grifo nosso).

Neste sentido, o indivíduo, em sua sociabilidade, necessita satisfazer suas necessidades primárias, e o meio para satisfazê-la é o trabalho vivo. No entanto, não “converte suas necessidades primárias em bens materiais, mas aquelas destinadas à “maior atividade” dirigidas aos outros homens como meio de sobrevivência e não com fim” (HELLER, 1986, p. 26), portanto, o trabalho vivo é um meio de satisfação das necessidades e não um fim.

A satisfação das necessidades agrega um valor de uso, mas não um valor econômico<sup>41</sup>, corresponde às condições biológicas fundamentais para a manutenção das condições vitais. Todavia, também são necessidades sociais pelo fato de os indivíduos viverem em sociedade e se fazem sociais por si mesmas, portanto necessidades naturais, o que coloca o trabalho como necessidade vital.

O valor de uso é produzido através da assimilação de objetos da natureza visando a satisfação das necessidades humanas naturais, e o trabalho vivo é uma atividade objetivada antecipadamente para esse fim, independente de toda e qualquer sociedade. Essa é uma correlação da atividade concreta de humanização das necessidades.<sup>42</sup>

Particularmente, com a propriedade privada, através da produção industrial que surge a contradição entre necessidades naturais e das necessidades socialmente produzidas. A manutenção das funções vitais, a existência física, passa a configurar-se em uma atividade cotidiana. As necessidades antes naturais e necessárias à mera manutenção da vida humana passam a serem necessidades vitais geradas mediante o crescimento da produção material no âmbito da divisão do trabalho, portanto, individuais, tendo em vista que, satisfação das necessidades não se adquire, pelo fato de que se encontram no reino da liberdade.

Significa que as “necessidades necessárias” estão diretamente relacionadas à venda da força de trabalho ao capitalista, dando outra valoração ao valor de uso<sup>43</sup>. A força de trabalho se

<sup>41</sup> Heller (1986, p. 25) reforça que, para Marx, “a redução conceito de necessidade econômica constitui uma expressão da alienação (capitalista) das necessidades em uma sociedade na qual o fim da produção não é a satisfação das necessidades e sim a valorização do capital sob a forma da acumulação.”

<sup>42</sup> A necessidade é para Marx “uma correlação sujeito/objeto é óbvio que o problema se apresenta também desde o ponto de vista do objeto (objeto das necessidades) e, portanto, desde o ponto de vista do valor de uso” (HELLER, 1986, p. 26). Desta forma, é importante destacar que as necessidades para Marx são equivalentes que se encontra entre a universalidade e a subjetividade, porém marcadas por um contexto capitalista.

<sup>43</sup> É importante salientar que nossa argumentação em relação ao valor de uso está pautada no processo de produção. Reconhecemos que há valores ontológicos de complexos sociais como a estética, ética, a moral como mediações de processualidade do ser social.

transforma em mercadoria, convertendo o sujeito como fim mais elevado de necessidade para o outro (HELLER, 1986).

Consequentemente, o valor de uso da força de trabalho aparece imediatamente por necessidades sob o qual o trabalhador vende sua força de trabalho. O trabalhador é “livre”<sup>44</sup> para vender sua força de trabalho, mas o valor dado para a força de trabalho não é decidido pelo seu proprietário. O valor será fixado pelas necessidades do trabalhador determinada pela produtividade para as necessidades de sobrevivência do trabalhador e de seus filhos (HELLER, 1986; MARX, 2010a).

O conceito de necessidade para o capitalista se reduz à necessidade econômica tendo em vista que a finalidade da produção não será mais a satisfação das necessidades e sim a manutenção e valorização do capital<sup>45</sup> através da extração da mais valia. Desta forma, o funcionamento da acumulação e a circulação do capital vai se efetivar na divisão do trabalho.

O *ser humano* na sociedade capitalista são “indivíduos fortuitos”, não predeterminados por nenhuma “divisão natural do trabalho”, seu destino não resulta predeterminado por seu nascimento. Mas dada a estrutura da sociedade capitalista, estão sujeitos a uma divisão social do trabalho que, como temos dito, distribuem suas necessidades, necessidades que já não constituem funções da personalidade do particular, sim do posto ocupado na divisão social mesma. Simultaneamente também as capacidades, os sentidos etc, são determinados pela divisão social do trabalho (HELLER, 1986, p. 98, grifo nosso).

Assim, se o valor de uso está para a satisfação das necessidades, a mais valia está para a satisfação do capitalista e, consequentemente, a mais valia é definida como necessidade para a valorização do capital. Essa valorização é dada pela produção excedente de mercadoria.

A produção da mais valia se traduz no trabalho abstrato e, nesse sentido, a alienação das necessidades altera a relação meio e fim inerente ao trabalho, transformando-se em seu contrário. A máquina se transforma no meio e a mais valia em fim do processo produtivo. Há, portanto, uma “inversão” da relação fim-meio a respeito das relações sociais e comunitárias.

No auge da alienação (no capitalismo) desaparece a comunidade autêntica dado que a relação mercantil se converte em uma única pseudo-comunidade: propósitos e conteúdos sociais se convertem em meio para objetivos privados particulares (surge a sociedade civil) com a sociedade civil as diferentes formas de conexão social aparecem ante o indivíduo como um simples meio

<sup>44</sup> O enfoque dado aqui à liberdade é a que se apresenta no trabalho produtor de valores de uso. No entanto, reconhecemos que “o trabalho é solo genético da liberdade; e mesmo no desenvolvimento das formas superiores, mais complexas e mediadas de sociabilidade não altera essa situação de fundo” (LUKÁCS apud LESSA, 2002, p. 202).

<sup>45</sup> Essa redução do conceito de necessidade a necessidade econômica é, para Marx, uma expressão da alienação capitalista pelo fato de que ele considera necessidades para além do caráter econômico. (HELLER, 1986).

para lograr seus fins privados, com uma necessidade exterior (HELLER, 1986, p. 55-56).

A alienação é a razão de ser da análise filosófica de Marx sobre as necessidades. Compreendida desta forma, a alienação faz com que o indivíduo se transforme em um meio para o outro realize as “satisfações de seus fins privados e sua avidez. Cada um trata de criar uma força essencial estranha sobre o outro, para encontrar assim satisfação a sua própria necessidade egoísta” (MARX, 2010b, p. 139).

Neste processo, a relação fim e meio do trabalho na alienação dada pela sociedade de produção capitalista realiza uma ação contraditória, e, essa contradição está em que o valor de uso na produção de mercadorias não está em atender a satisfação das necessidades. A essência do valor de uso do trabalho está em satisfazer as necessidades particularistas “dos que não trabalham”.

A estrutura das necessidades ou seus limites será determinado pelo lugar que o indivíduo ocupa no interior da divisão do trabalho. Assim, as necessidades perdem sua naturalidade, sua hegemonia, ocorre o acirramento da desigualdade na distribuição e no consumo por encontrar sua satisfação potencializada nos produtos do processo de trabalho (CAMPOS; BATAEIRO, 2007; HELLER, 1986; MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).

Nesta forma de satisfações das necessidades, ocorre um distanciamento entre as satisfações das necessidades naturais<sup>46</sup> e as satisfações das necessidades socialmente determinadas, ou seja, produto da sociedade capitalista, que por sua vez não considera as necessidades de todos os indivíduos que a compõem. Essas necessidades são definidas tendo como base um agrupamento homogêneo individualista, mas que aparece como se fossem para todos<sup>47</sup>.

Dos pobres, portanto, exige-se, sistematicamente, o máximo de trabalho, de força de vontade, de eficiência, de prontidão laboral e de conduta exemplar, até quando não contam com o tal mínimo de provisão como o direito devido; e qualquer deslize cometido por eles lhes será fatal, sob todos os aspectos. É que, diferentemente do rico, o pobre tem que “andar na linha” e aceitar qualquer oferta de serviço e remuneração, pois a sua condição de pobreza

<sup>46</sup> As necessidades naturais correspondem às necessidades físicas de manutenção da vida humana, auto conservação da vida: vestir-se, comer, aquecer-se. São determinadas pela criatividade e liberdade de enriquecimento do ser humano (do gênero humano).

<sup>47</sup> Heller defende, com isso, que as necessidades são produtos do meio e da cultura dos quais os homens fazem parte. Afirma que a estrutura das necessidades varia de acordo com os diferentes modos de produção para o outro, sendo impossível um conceito comum de necessidades. Para tanto, a autora define necessidades como sentimentos combinados e conscientes. Ou seja, a consciência do indivíduo possibilita o sentimento de falta de alguma coisa bem como a eliminação dessa falta. Assim, necessidades são pessoais ou sociais, a primeira acontece pelo fato de somente as pessoas desejarem algo conscientemente e a segunda pelo fato de que os objetos são produzidos socialmente. A autora aborda necessidades com enfoques relativistas e subjetivos.

continua sendo vista como um problema moral e individual e, conseqüentemente, como sinal de fraqueza pessoal que deverá ser condenada. É por isso que entre os necessitados sociais há um sentimento arraigado de que para vencerem na vida têm que ser melhores do que os abandonados (PEREIRA, 2011, p. 34).

No bojo da contradição entre o capital e o trabalho, coloca-se a satisfação das necessidades ora com ações de caridade e filantropia para manter a sobrevivência dos trabalhadores, ora como atendimento às reivindicações dos trabalhadores em forma de normas legais na justificação dos direitos sociais com suas políticas públicas correspondentes.

A partir do século XX, com o estatuto dos direitos de cidadania identificados nos princípios de liberdade, equidade e justiça social ocorre uma revisão do atendimento às necessidades vinculadas ao pauperismo como uma predisposição divina, uma naturalização das desigualdades socioeconômicas a serviço da benevolência e caridade. Desta forma, surge uma relação imbricada entre necessidades e direitos sociais.

Necessidades de bem-estar estão indissolúvelmente ligados no discurso político e moral e, especialmente, na prática correspondente dos governos. Não há serviços sociais sem a delimitação daquelas necessidades a serem satisfeitas. E, ao mesmo tempo, a relação entre as necessidades e os direitos sociais está no núcleo de muitos problemas e discussões que se produzem na atualidade (PISÓN, 1998, p. 159-160 apud PEREIRA, 2011, p. 37).

No âmbito das discussões e produções sobre as necessidades humanas, aparecem os estudos de enfoque relativista, que consideram as necessidades humanas enquanto particularidades concretas do indivíduo e, portanto, são estabelecidas em função de diversos fatores (sexo, idade, raça, cultura), assim como levam em consideração as normas sociais adquiridas como elementos chaves na percepção das necessidades (LLOBET; MATEU; ÁVILA, 2012).

**Quadro 2 - Diferentes enfoques relativistas das necessidades humanas básicas.**

Necessidades	Definição	Autores e perspectivas	Enfoque
<b>Como valor de Uso e valor simbólico</b>	A necessidade como valor de uso foi introduzida principalmente por Malinowski. Para o autor, todo objeto nas sociedades primitivas correspondia a uma necessidade de uso, e, o valor de troca representava um bem, como uma forma de expressão simbólica.	Funcionalismo antropológico Malinowski (1944)	<b>Relativista</b> A necessidade deve ser buscada de forma simultânea no social e individual.
<b>Como ação social</b>	As necessidades humanas são resultado da internalização de um sistema de socialização e de pautas culturais institucionalizadas.	Funcionalismo sociológico Parsons (1951)	<b>Relativista</b> Sistema social como um sistema de ações. Sistema de personalidade, sistema cultural e sistema social.
<b>Como impulso</b>	É entendida como força motivadora gerada por um estado de carência. A busca pela sua realização acontece de forma crescente e hierarquizada. É uma teoria muito influente na análise de necessidades básicas.	Perspectiva psicológica humanista Maslow (1954)	<b>Relativista</b> Explicam as necessidades no âmbito da motivação e perspectivas individuais.
<b>Como relação e processo</b>	As necessidades permitem ao indivíduo a capacidade de estabelecer certos níveis de relações interpessoais e de implicação no processo de sociabilidade.	Perspectiva sociológica Braudillard (1972)	<b>Relativista</b> Necessidades não são simplesmente um elemento de conexão entre as pessoas.
<b>Como construção social.</b>	As necessidades são construídas socialmente, através das interações da vida cotidiana. Através da comunicação diária e discussões entre grupos permitem revelar ou mostrar as necessidades. Depende de uma estrutura cultural determinada. Não consideram a coletividade.	Perspectiva sociológica e fenomenologia Schütz, (1965); Berger e Luckman (1966) Etnometodología Garfinkel (1967) Goffman (1959)	<b>Relativista</b> Imperialismo cultural. Rejeitam a ideia de que as necessidades são objetivas e universais.
<b>Normativa expressada, percebida e comparativa.</b>	A necessidade normativa é baseada no estabelecimento, por um especialista ou grupo de especialistas profissionais ou cientistas sociais, dos níveis teoricamente desejáveis de satisfação de cada necessidade. As necessidades expressadas são aquelas que os usuários de um serviço expressam mediante comportamentos, como, o uso dos referidos serviços ou recursos. A necessidade percebida é baseada na percepção de cada pessoa ou grupo de pessoas sobre determinadas necessidades. A necessidade comparativa centra-se na comparação entre dados da população-alvo e de outro grupo.	Perspectiva psicológica Escola de Harvard, Bradsaw (1977)	<b>Relativista</b> Necessidade confunde-se com preferências partilhadas ou demandas definidas pelos consumidores. Enfoque no mercado privado.
<b>Como norma social.</b>	A satisfação de uma necessidade está relacionada a uma estrutura simbólica, em um determinado nível sociocultural e em normas sociais estabelecidas.	Perspectiva sociológica Escola de Frankfurt Habermas (1981)	<b>Relativista</b> É a sociedade que deve, de certa forma, definir necessidades sociais e a forma de satisfazê-la.

Fonte: Adaptado de Llobet, Mateu e Ávila (2012).

Segundo algumas concepções de necessidades com ênfase na perspectiva relativista, as “decisões, regulação e provisão sociais” são vistas com preocupação em relação à intervenção do Estado. Isto representa para Pereira (2011) um denominador comum no fortalecimento ao “ataque às políticas de bem-estar providas pelo Estado e o conseqüente dismantelamento de direitos sociais conquistados a duras penas pelos movimentos democráticos, desencadeados há mais de um século” (PEREIRA, 2011, p. 40).

Entre os diferentes enfoques relativistas sobre concepção de necessidades, encontram-se os economistas ortodoxos – conservadores - que entendem necessidades como uma questão de preferência a ser satisfeita pelo mercado, ou seja, a necessidade do cidadão está na necessidade de consumo, e o mercado irá atender as preferências desse cidadão na produção de mercadoria.

Este enfoque é característico dos liberais clássicos, os quais consideram que a necessidade no campo subjetivo, ou seja, da escolha subjetiva e individual do cidadão consumidor e a satisfação devem ficar sob responsabilidade do setor privado em que pese a decisão “do que produzir, o que produzir e como distribuir”, levando em consideração, portanto, as escolhas acertadas e individuais dos cidadãos consumidores. E as preferências são medidas por pesquisas científicas que apontam os indicadores - o que interfere e justifica o não interesse por esses teóricos na construção de conceitos de necessidades, sejam elas básicas ou não (PEREIRA, 2011).

A denominada “Nova Direita” compõe outro enfoque relativista que também coloca em evidência o mercado, portanto reforça necessidades como preferências individuais e se preocupa com as ações do Estado regulador e paternalista. Desta forma, em comunhão com os economistas ortodoxos, não concordam com as definições de necessidades coletivas e formais, tampouco com a desigualdade social (PEREIRA, 2011)

A definição de que as necessidades diferem de grupo para grupo é o posicionamento “das críticas do imperialismo cultural”, desta forma não identificam necessidades universais e sim os particulares ao que estabelece cada grupo em especial (mulheres, negros, indígenas, homossexuais). Seu ponto de vista está na defesa de que cada grupo deve definir suas necessidades por sentir “na pele” suas opressões. Diferentemente dos dois enfoques citados acima, privilegiam a coletividade embora resguardem o caráter subjetivo das necessidades (PEREIRA, 2011).

Alinhados a esse pensamento, surgem alguns estudiosos da teoria marxista que desconfiam da existência de necessidades objetivas e universais, que consideram as necessidades como “fenômeno histórico”, portanto, como “essencialmente produto do meio e

da cultura dos quais os homens fazem parte”. Desta forma enfatizam a subjetividade e neutralidades das necessidades em relação a sua estrutura, a qual varia de um modo de produção para o outro (PEREIRA, 2011, p. 44).

A grande máxima do descrédito de necessidades objetivas e universais encontra-se no argumento e defesa de que, na sociedade capitalista de produção, as necessidades sociais são manipuladas visando a valoração da economia e do lucro privado e as necessidades pessoais reforçam as necessidades individuais em detrimento das necessidades coletivas.

As três vertentes acima são rejeitadas pelos intelectuais denominados “Democratas Radicais”, que apoiam a democracia e o pluralismo, defendendo a relação entre Estado e sociedade civil<sup>48</sup> com liberdade de expressão dos indivíduos e grupos de forma a solidarizam uns aos outros ou não. Esse enfoque defende a redução da intervenção do Estado, em detrimento da organização da sociedade civil no atendimento às necessidades, e, portanto, compete à sociedade definir de certa forma as necessidades bem como a forma de satisfação dessas necessidades de forma autônoma, sem a tutela do Estado.

Já para os “fenomenólogos”, as necessidades são fenômenos construídos socialmente, cuja linha de raciocínio se pauta no argumento de que tais necessidades são “construções dinâmicas” que dependem da visão de mundo dos formuladores e executores da política, e que a satisfação das necessidades depende das limitações políticas e organizacionais. Desta forma, o caráter objetivo e universal de necessidades é também rejeitado.

Este posicionamento concebe a necessidade apoiando-se em dois conceitos: *privação* e *pobreza*. A privação corresponde às necessidades não atendidas e a pobreza como ausência de recursos (materiais e econômicos) para a satisfação destas necessidades. Desta forma, o enfoque relativista e subjetivo desta corrente teórica está em que os indivíduos têm consciência daquilo que necessitam, mesmo sendo alvo de políticas públicas.

Nota-se que os autores relativistas defendem a inexistência da necessidade de fato, alegam que o reconhecimento da sua existência não passa de ilusão, com o intuito de impor a dominação do Estado em detrimentos das liberdades individuais. Nessa direção, argumentam que somente o mercado é institucionalmente eficiente e eficaz no atendimento às aspirações dos indivíduos. Portanto, nega a concretização dos direitos sociais, com o não reconhecimento do estatuto de cidadania via acesso às políticas públicas.

---

<sup>48</sup> Pereira (2011, p. 48) ressalta que, para esses intelectuais, “a sociedade civil composta pelos homens, pelos brancos, pelos heterossexuais e por corporações privadas, devam mudar, pois elas são atualmente inadequadas às tarefas de repensar tarefas de repensar a aspiração dos homens, tanto por liberdade quanto por igualdade.”

O enfoque universalista<sup>49</sup> contrapõe ao enfoque relativista por defender as necessidades no sentido do desenvolvimento dos seres humanos. Portanto, os teóricos vinculados a essa vertente reconhecem as necessidades humanas como objetivas e universais a serem “medidas” de igual forma para todos os seres humanos, independente de sua história ou cultura (DIETERLEN, 2001; GOMES JUNIOR; PEREIRA, 2013; LLOBET; MATEU; ÁVILA, 2012; PEREIRA, 2011).

Len Doyal e Ian Gough (1994) consideram que todos os seres humanos, de todas as sociedades existentes, apresentam necessidades humanas comuns como, por exemplo, a saúde e a autonomia, independente de raça, sexo, idade ou cultura. Os autores argumentam que a saúde e autonomia são necessidades passíveis de satisfações pelo fato de existir condições sociais específicas para serem satisfeitas; seus argumentos se voltam à preocupação moral no reconhecimento da preservação da vida e no desenvolvimento da autonomia como obrigações básicas (DOYAL; GOUGH, 1994).

A preservação da vida diz respeito à sobrevivência, integridade física, sem a qual obviamente ninguém existiria, pois se trata do direito à vida como a alimentação, habitação, segurança, que constituem necessidades humanas básicas. Portanto, essas necessidades, se não forem atendidas, podem causar danos e prejuízos graves<sup>50</sup> às pessoas. Sem saúde física o ser humano é incapaz de viver, de participar e agir em sociedade de forma ativa e crítica.

Para viver, precisa-se, antes de tudo, de comida, bebida, moradia, vestimenta e algumas coisas mais. O primeiro ato histórico é, pois, a produção dos meios para a satisfação dessas necessidades, a produção da própria vida material, e este é, sem dúvida, um ato histórico, uma condição fundamental de toda a história, que ainda hoje, assim como há milênios, tem de ser cumprida diariamente, a cada hora, simplesmente para manter os homens vivos (MARX; ENGELS, 2007, p. 34).

A autonomia, para os autores, é a capacidade e a consciência do indivíduo de formular objetivos e crenças, ou seja, “*a moralidade da satisfação de necessidades, e em que medida satisfazê-las*”, desta forma, a responsabilidade moral encontra-se no campo das necessidades da vida em sociedade, na participação do indivíduo no interior da sociedade. Sem autonomia o indivíduo perde sua própria condição de agente racional e livre. “No horizonte dessa noção de

---

<sup>49</sup> Doyal e Gough (1994), são dois estudiosos a defender o enfoque objetivo e universal das necessidades humanas nos anos recentes, segundo os autores referenciados (GOMES JUNIOR; PEREIRA, 2013; LLOBET; MATEU; ÁVILA, 2012; PARELLADA, 2008; PEREIRA, 2011).

<sup>50</sup> Prejuízos graves correspondem a duas situações, a privação da condição física impedindo de usufruírem condições de vida favorável à participação social, e o impedimento de agir de forma consciente e instruído através do cerceamento de sua autonomia (DOYAL; GOUGH, 1994, PEREIRA, 2011).

autonomia está em última instância a defesa da democracia como o recurso capaz de livrar os indivíduos não só da opressão sobre as suas liberdades (de escolha e de ação), mas também da miséria e do desamparo.” (PEREIRA, 2011, p. 70).

Tanto no campo da saúde como da autonomia, as ações para a satisfação das necessidades têm se limitado a um consenso moral de que algumas pessoas não são capazes de entender a sua cultura e tampouco desenvolver sua individualidade, o que reforça a injustiça e a desigualdade. O enfoque ao consenso moral está no bloqueio da capacidade de um indivíduo agir e não na desigualdade em si mesma.

Portanto, o “mínimo” na satisfação das necessidades se vinculam aos códigos morais, que estabelecem um consenso social entre os indivíduos sobre “quem tem direito a que e quem é responsável pelo que” a característica crucial desses imperativos morais é nossa disposição de atribuir qualidades boas ou ruins aos indivíduos com base em até que ponto eles pelo menos tentam agir de acordo com as normas prescritas (DOYAL; GOUGH, 1994).

Neste contexto, a moralidade social resulta em uma premissa de julgamentos de atos imorais com exigência de melhora de condutas dos indivíduos em uma mesma cultura. “Portanto é o respeito ao direito que têm ao nível mínimo de satisfação de necessidades, que lhes permita agir moralmente.” (DOYAL; GOUGH, 1994, p. 104).

O “ótimo” de satisfação – que não é o sinônimo de máximo – também depende de valores morais que variam conforme a cultura de cada sociedade, ou seja, dentro de uma mesma cultura ou de uma cultura diferente. Culturalmente, cada membro de uma determinada sociedade específica possui razoavelmente noção do que é o melhor a ser feito. Refere-se a oportunidades objetivas que permitem que uma pessoa exerça a capacidade de pensar, agir e decidir (DOYAL; GOUGH, 1994).

Pautado na concepção de necessidades humanas universais é que a satisfação das necessidades é generalizada, e, no campo da moralidade social, estabelece que todos os indivíduos, em qualquer sociedade, assumam os deveres de responsabilidade na otimização da satisfação das necessidades. Portanto, trata-se de uma ação coletiva envolvendo os poderes públicos em parceria com a participação da sociedade, com o propósito de melhorá-la ou modificá-la. “Isso implica deveres correspondentes aos indivíduos – de agir, quando apropriado, para atenuar o sofrimento de outros, e dar apoio a agências nacionais e internacionais que podem desempenhar essa função mais efetivamente” (DOYAL; GOUGH, 1994, p. 121).

Todavia, abolir as necessidades materiais é a mudança primordial. Tomando como ponto de partida, o princípio de autonomia já citado, pois permite que os agentes possam sentir-

se responsáveis ou não pelas consequências de suas tomadas de decisão; conseqüentemente, a eliminação de situações vulneráveis torna-se uma obrigação ou não de implantação de políticas sociais.

Desta forma, o reconhecimento de necessidades sociais perpassa variadas ideologias. A posição social dos indivíduos e grupos e a desigualdade de acesso aos bens e riquezas produzidas socialmente, como as desiguais capacidades físicas e psíquicas, são justificadas pelos neoliberais como naturais, e, portanto, podem ser qualificadas no máximo como ruins nunca como injustas, pois remetem ao ato intencional do indivíduo: é o destino (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Esta postura neoliberal, no tocante à provisão de políticas públicas, vem se agravando desde o século XX com a reorganização produtiva alinhada à lógica do capital, no não reconhecimento dos direitos, desconsiderando que o atendimento às desigualdades sociais seja uma questão relevante para o Estado. Adentramos, assim, no século XXI com sérios problemas de desmonte das políticas públicas e perdas de direitos anteriormente conquistados, conforme se pode verificar no quadro abaixo:

**Quadro 3** – Paradigma de orientação neoliberal.

<b>Atuais políticas públicas</b>	<b>Proteção social</b>
Não prioriza satisfação de necessidades sociais e sim a rentabilidade econômica;	Estado mínimo na garantia de direitos, bem como no processo de provisão de bens e serviços;
Desmantela os direitos sociais existentes;	Políticas focalizadas na pobreza extrema em detrimento das políticas sociais universais;
Prega o individualismo em detrimento da justiça social, como critério da competição e relação custo/benefício;	“Cultura da pobreza”;
Responsabilização da família.	Com o mau funcionamento do Estado e a ausência de vocação social do mercado, revaloriza a família como principal canal de absorção nos novos riscos sociais.

**Fonte:** Adaptado de Pereira (2009).

Este quadro reflete no âmbito da provisão das necessidades humanas o ideário neoliberal de desregulamentação dos princípios básicos de direitos humanos e a defesa incondicional da liberdade de mercado, refletindo no aumento das desigualdades sociais atribuídas a uma reversão dos princípios de equidade e justiça social.

### 2.3 Necessidades em Saúde

Como salientamos anteriormente, a saúde física é necessidade básica da qual a não satisfação impede o ser humano de viver. Desta forma, as necessidades de saúde ultrapassam as demandas do indivíduo enquanto ser meramente biológico, e a satisfação das necessidades encontra-se potencialmente no produto de um processo de trabalho, ou seja, no acesso aos objetos humanos produzidos socialmente, o que coloca, portanto, as necessidades de saúde enquanto “necessidades originárias da vida em sociedade, expressando a dialética entre o indivíduo e a sociedade<sup>51</sup>” (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011, p. 20).

A explicação das desigualdades em saúde no pensamento crítico busca derrubar a justificativa neoliberal de que a doença é o principal determinante da posição social do indivíduo e que o estilo de vida exerce um papel fundamental no processo da doença. Todavia, surgem teorias que buscam entender a doença para além da distribuição da mesma, mas principalmente o processo de produção e reprodução da doença em diferentes contextos sociais. Trata-se de compreender que “tanto as diferenças cultural, étnica e política quanto à diferença biológica caracterizam a diversidade de possibilidades de realização individual da condição humana.” (FERNANDES; LIPPO, 2016, p. 24).

Os desdobramentos da problemática da saúde é que muitas discussões não apontam para o entendimento da lógica da sociedade capitalista com sua base imbricada no processo de trabalho. E, portanto, não consideram que as desigualdades sociais implicam algum grau de injustiça social correspondente às transformações entre capital e trabalho que marcaram fortemente a sociedade contemporânea.

O não acesso aos objetos humanos produzidos socialmente, fruto da distribuição desigual de fatores materiais, como habitação, alimentação, trabalho, saneamento, entre outros, bem como fatores psicossociais, comportamentais e biológicos constituem-se em determinantes sociais da saúde. Isso pressupõe o entendimento da ocorrência dos diferentes agravos e no combate das iniquidades no campo da saúde pública (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014; BARATA, 2009; CARVALHO; BUSS, 2012; FERREIRA; LATORRE, 2012; TRAVASSOS; CASTRO, 2012; ZIONI, WESTPHAL, 2007).

---

<sup>51</sup> “Não há dicotomia entre indivíduo e sociedade, entre sujeito e objeto, singular e universal. Há uma interdependência entre o sujeito e o seu contexto natural e social, [...] O *ser humano* é único e indivisível, constitui-se enquanto tal, na trama das múltiplas relações da sociedade” (FERNANDES; LIPPO, 2016, p. 33-34, grifo nosso).

Na atualidade, o efeito perverso do modelo de desenvolvimento do neoliberalismo recoloca em debate as determinantes sociais em saúde, frente ao aumento das iniquidades sociais. Em decorrência disso, os resultando em ações internacionais e nacionais na tentativa de amenizar as iniquidades sociais (BARATA, 2009; CARVALHO; BUSS, 2012; SOBRAL; FREITAS, 2010; ZIONI; WESTPHAL, 2007).

O entendimento de que a saúde corresponde ao estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade foi apontada na Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde que ocorreu em Alma Ata no ano de 1978 do século XX. E coloca a saúde enquanto um direito humano fundamental cuja responsabilidade de ações envolve muitos outros setores sociais e econômicos além do setor de saúde (DECLARAÇÃO..., 1978).

Posterior à Declaração de Alma Ata, diversos outros eventos ocorreram mundialmente em que os determinantes da saúde se incorporam no debate e propostas de intervenções, algumas delas foram: Primeira Conferência Nacional de Saúde, no Canadá (1981), 34ª Assembleia Mundial de Saúde com a elaboração do sétimo Programa e Trabalho da OMS (1984-1989), Conferência em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Bogotá (1992), Port of Spain (1993), Jacarta (1997) e México (1999).

O modelo de determinação social da saúde foi proposto por Dahlgren e Whitehead no ano de 1991, (figura 1), cuja viabilidade e efetividade das intervenções devem estar fundamentadas na intersetorialidade, na participação social e nas evidências científicas.

**Figura 1** - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)



Fonte: CNDSS (2008).

Este modelo reconhece que as desigualdades sociais são produtos da organização espacial. Essa organização se dá com diferenças ecológicas, sociais, políticas e culturais, conforme a lógica da acumulação capitalista. Isso acaba por tornar o espaço categoria histórica e socialmente produzido por diferentes grupos que nele produzem, consomem, vivem, sonham e fazem a vida caminhar.

Sob este prisma, as necessidades de saúde não se restringem às demandas biológicas, constituem em necessidades de boas condições de vida, incluem o direito à moradia, ao saneamento básico, à alimentação adequada, ao emprego, à educação, cultura e lazer, proteção e afeto, participação, autorrealização, identidade, igualdade e liberdade (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011; OLIVEIRA, 2012).

Destarte, o atendimento às necessidades de saúde pressupõe a presença do Estado, a reprodução social e a participação política, o que coloca a necessidade de saúde como objeto do processo de trabalho, em que o processo saúde-doença deve ser voltado ao aprimoramento da essência humana na direção do direito universal. Desta forma, “o modo de organizar socialmente as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços, será não apenas respostas às necessidades, mas, imediatamente, contexto instaurador de necessidades.” (CAMPOS; BATAEIRO, 2007, p. 612).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2005 do século XX, cria Comissão sobre determinantes de saúde com o objetivo de promover, em instância internacional, uma tomada de consciência global sobre a influência dos determinantes sociais

na situação de saúde de indivíduos e grupos populacionais e sobre a necessidade de combate às iniquidades em saúde, responsabilizando os países pela produção das desigualdades sociais (BARATA, 2009; BATISTELLA, 2007; CNDSS, 2008; SOBRAL; FREITAS, 2010; TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

As necessidades em saúde passam a constituir-se objeto de estudo e conceitos de diferentes autores que buscam a conceituação com o intuito de orientar os “trabalhadores da área” no cotidiano do seu trabalho. Cecílio, Matsumoto, (2006), Cecílio (2009), desenvolvem a taxonomia de necessidades em saúde e as reúne em quatro grupos.

Boas condições de saúde é o primeiro grupo a explicar o processo saúde-doença relacionado aos fatores ambientais e externos e as diferentes posições que o indivíduo ocupa no processo de trabalho. Seu foco de análise é funcionalista. No entanto, o autor não considera o conteúdo subjetivo do processo saúde-doença.

O segundo grupo diz respeito ao acesso e consumo das tecnologias de saúde, com o objetivo de melhorar o diagnóstico e prolongar a vida, no entanto, justifica que o acesso e o uso devem ser definidos a partir da necessidade de cada pessoa. “Certamente o acesso [...] é a primeira condição para viabilizar a utilização dos recursos pelos usuários e, sem dúvida, é um elemento fundamental contido no princípio, tomado linearmente, de que a oferta produz a demanda.” (COHN; NUNES, 2015, p. 80).

A necessidade de vínculos é uma relação no campo da subjetividade entre os usuários e a equipe de profissionais de saúde, que corresponde a uma relação de confiança e uma formalidade pessoal e intransferível, a qual compõe o terceiro grupo. O quarto e último grupo diz respeito à autonomia que implica informação e educação, “pois exige dos sujeitos a reconstrução dos sentidos de sua vida, tendo essa ressignificação um peso efetivo em seu modo de viver, bem como na satisfação de suas necessidades de forma ampliada” (CECILIO, 2009; CECILIO; MATSUMOTO, 2006; MORAIS, BORTOLOZZI, 2011; OLIVEIRA, 2012).

A tendência de se pensar a saúde levando em consideração o indivíduo como um todo, reconhecendo as forças produtivas e as relações sociais de produção é estreitar as relações entre as determinações sociais e as determinações biológicas. No entanto, o que pode descontextualizar o processo de produção social da doença é o fato de que no sistema capitalista a dimensão social é mensurada de forma abstrata através do estabelecimento de indicadores sociais (OLIVEIRA, 2012).

Estes indicadores acabam por privilegiar as condições de saúde da população em detrimento das necessidades em saúde, ou seja, as necessidades se tornam necessidades individuais, biológicas de cada indivíduo, resultando numa contradição da própria razão de ser

do enfoque nas determinantes sociais. Alinhavadas a essa perspectiva, realizam-se ações voltadas para mudanças comportamentais dos indivíduos como medidas educativas e de culpabilização dos mesmos (campanhas contra tabagismo, contra o uso de drogas, de incentivo às atividades físicas etc.).

Necessidades são individualmente sentidas; são biológica e socialmente determinadas; sua atenção, satisfeita apenas socialmente, é o sinal de seu reconhecimento. É o sistema de atenção que supera o critério auto referido do sofrimento, ao usar critérios de relevância social (transcendência), epidemiológica (magnitude) ou econômica (custos), mas com isso acaba-se por privilegiar alguns grupos sociais em detrimento de outros (STOTZ, 2004 apud OLIVEIRA, 2012, p.403).

O tabagismo, o uso de drogas e a falta de atividades físicas não são determinações de uma determinada classe sociais e tampouco determinações individuais. Não se trata de uma causa em particular, mas fazem parte de processos sociais que contemplam as mediações, ou seja, são expressões da universalidade, particularidade e singularidade, e, portanto, seu enfrentamento suscita na implantação “de políticas públicas capazes de modificar os determinantes sociais, melhorar a distribuição dos benefícios ou minorar os efeitos da distribuição desigual de poder e propriedade nas sociedades modernas.” (BARATA, 2009, p. 53).

Nesse sentido é que se devem entender as determinantes sociais em saúde como condições sociais, objetivando as políticas públicas na busca pela igualdade de oportunidades de saúde, sejam na melhora das condições de vida considerando os fatores ambientais externos e as diferentes posições que o indivíduo ocupa no processo de trabalho, seja no acesso e consumo das tecnologias de saúde, considerando o direito independente da condição econômica do indivíduo, seja no reconhecimento da subjetividade e autonomia, respeitando a informação e participação do indivíduo no que diz respeito ao direito de cidadania. É entender que:

[...] necessidades não são somente carecimentos (falta de algo). Pensá-las apenas como carências nega a existência de necessidades que expressam potencialidades humanas. Mas as carências, traduzidas em demandas, buscam reconhecimento social e também contribuem para a autodeterminação humana. Portanto, necessidades e carências devem ser igualmente reconhecidas, pois ambas são legítimas (OLIVEIRA, 2012, p. 404).

Neste sentido, a carência deve ser articulada às necessidades sociais enquanto uma interconexão do social e individual historicamente determinada e, portanto, da compreensão das relações sociais e das relações de produção de uma dada sociedade.

A investigação dos fatores individuais é importante para a identificação dos indivíduos mais vulneráveis dentro de um grupo. Porém, são as desigualdades sociais entre classes que possuem maior determinação no processo saúde-doença, principalmente na produção das iniquidades de saúde (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013, p. 47).

É neste caminho que se coloca enfoque para implantação de políticas públicas no sentido de reduzir as desigualdades de saúde. A partir da criação da Comissão Nacional das Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em 2005, as conferências mundiais - inspiradas na declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários de saúde (1978), bem como, na carta de Ottawa para a promoção à saúde - conduzem suas temáticas no âmbito da prática de políticas públicas sobre determinantes sociais da saúde.

No ano de 2011, aconteceu a Conferência Mundial das Determinantes Sociais da Saúde sob a temática “Diminuindo as diferenças: a prática de políticas públicas de determinantes sociais da saúde.” A conferência foi promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e sediada na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, de 19 a 21 de outubro, com o objetivo de construir apoio para a implementação de ações destinadas a abordar os determinantes sociais da saúde.

Desta conferência surgiu a “Declaração do Rio”, “Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011), e suas recomendações serviram de base para as posteriores conferências. Um dos resultados foi que a “OPAS lançou e estabeleceu uma equipe interinstitucional sobre determinantes da saúde e riscos, que promove ações interprogramáticas e intersetoriais, inclusive o conceito de “saúde em todas as políticas.” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Ainda tendo como temática a “saúde em todas as políticas” aconteceu a Oitava Conferência Internacional de Promoção da Saúde Declaração de Helsinque sobre saúde em todas as políticas, no período de 10 a 14 junho de 2013. Nesta conferência, ressalta-se que a política comercial e a política externa juntamente com o setor de saúde são os responsáveis pelas condições de saúde da população e que exige dos governos uma vontade política de combate às iniquidades em saúde.

Saúde em Todas as Políticas é uma abordagem para as políticas públicas em todos os setores, que leva em conta as implicações das decisões para a saúde e a busca de sinergias, e evitam impactos prejudiciais, a fim de melhorar a saúde da população e a equidade em saúde. Aumenta a atribuição de responsabilidade das decisões políticas para os impactos na saúde em todos os níveis decisórios. Inclui a ênfase sobre as consequências das políticas públicas

nos sistemas de saúde, determinantes da saúde e bem-estar. Objetiva um alto nível de conhecimento dos cidadãos sobre saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

O foco da conferência de Helsíngue foi chamar a responsabilidade dos governos em assumir um compromisso político em relação aos problemas de saúde e à equidade. No evento, criticou-se o fato de que os governos assumem outras prioridades em detrimento das condições de saúde. É mister o fornecimento de ações regulatórias com objetivo de reequilibrar distorções e conflitos de interesses e consequentemente usufruir do potencial do setor privado para o efetivo resultado da saúde pública de forma regrada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A resignificação das determinantes sociais de saúde na atualidade se faz num contexto de mundialização/globalização em que as propostas neoliberais alcançam expressões no campo social desolador com o aumento do desemprego reflexo da reestruturação produtiva, com o aumento da pobreza, das desigualdades e fragmentação social em grande escala. Essas expressões da “questão social” atingem consideravelmente as condições de saúde da população, interferem no processo saúde doença e inviabilizam as propostas da saúde alinhada aos princípios da equidade e integralidade.

### CAPÍTULO 3

## POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO: AS DIFERENTES INSTITUCIONALIDADES E DETERMINAÇÕES DE UM PAÍS

A política de atenção à saúde no Brasil ganha destaque a partir da proclamação da Constituição Federal de 1988, e o referido destaque indiscutivelmente se faz tendo como protagonistas grupos e pessoas que encamparam a luta pela defesa da saúde pública enquanto direito de todos os cidadãos.

De certa forma, essa luta em meio aos limites e potencialidades dos movimentos sociais conseguiu consolidar algumas reivindicações no corpo da Carta Magna, devido ao caráter político que prevaleceu no texto Constitucional, colocando assim, a política de saúde com status de direito de todos e dever do Estado. Assim, a partir da Constituição de 1988 foi definido o Sistema Único de Saúde (SUS), com suas diretrizes expostas no artigo 198. Porém, o mesmo só foi regulamentado em 19 de setembro de 1991, através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), lei 8.080.

Os anos de 1980 do século XX foram momentos de grandes confrontos entre Estado e organizações sociais por mudanças no quadro das políticas sociais, encadeado pelo processo de redemocratização do país. A desestruturação do mercado de trabalho, o agravamento das condições socioeconômicas, as dificuldades dos segmentos pobres de acessarem os bens e serviços sociais, a falta de interação entre os setores governamentais, entre governo e sociedade, e a dificuldade em se manter as ações desenvolvidas, passam a ter uma maior percepção, gerando assim, um marco essencial no reordenamento do conceito de cidadania com a Constituição Brasileira de 1988.

Em meio à proliferação da ideologia neoliberal, a classe trabalhadora perdia o seu poder de compra aliada à retração dos movimentos sociais resultante de uma instabilidade econômica no país. Frente a essa “crise” ocorria simultaneamente à reorganização das empresas de saúde em preparo a “novos clientes” através de subsídios do governo consolidando, assim, o setor privado.

Tão logo a Constituição brasileira foi promulgada, o Brasil aderiu aos modelos reformadores de propostas neoliberais que emergiram nos anos 90 do século XX<sup>52</sup> sob o comando e orientações do Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial. O discurso neoliberal é justificado pela necessidade de modernização do país redesenhando o papel do

---

<sup>52</sup> O ideário neoliberal adentrou no Brasil no governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992).

Estado. Ressalte-se que o Brasil foi o último país sul-americano a aderir à nova hegemonia ideológica neoliberal, depois da redemocratização e do projeto desenvolvimentista que foi implodido pela política externa e política econômica internacional dos Estados Unidos (FIORI, 2013).

Sendo assim, a agenda pública em tempos de reforma para o Brasil caminhou para a reconstrução da capacidade do Estado, ao mesmo tempo reestruturando-o para implementar as políticas de reforma necessárias para enfrentar os problemas exacerbados desde a última década. Desta forma, a agenda neoliberal significou para o Brasil, e não só para ele, um retrocesso no processo de democratização no país, bem como, no âmbito das políticas sociais.

Não obstante, o planejamento local bem como, a proposta da descentralização político administrativa com ênfase na relação local-global sempre associada às tendências de privatização das ações e serviços públicos foi destaque nas agências internacionais orientando as ações governamentais.

Portanto, olhar para a trajetória da política brasileira de atenção à saúde particularmente para a agenda governamental na condução de políticas e de serviços públicos de saúde orientada pelo processo de descentralização e regionalização do Sistema único de saúde com ênfase no pacto pela saúde articulado à trajetória da saúde pós Constituição Federal de 1988 é o objetivo deste capítulo.

### **3.1 A Constituição Federal de 1988 – Reconhecimento da Saúde como Direito de Cidadania Vinculada à Seguridade Social**

O primeiro enfoque dado à conceituação de saúde teve como ponto de partida os objetivos focados na doença. Tal conceito promove uma redução do corpo humano às definições morfológicas e funcionais e uma desconexão de todo conjunto de relações que determinam a vida humana (CZERESNIA, 2009).

Tratava-se de uma percepção individual, que remete ao indivíduo a responsabilidade da doença. A abordagem se dava na busca da identificação do diagnóstico da doença para indicar-lhe um tratamento adequado, tendo como foco o subconjunto de indivíduos doentes. Caracterizava-se pelo modelo biomédico estruturado na teoria empirista da doença, considerando o indivíduo somente corpo e órgãos e as doenças sem suas causas.

A saúde pública foi desenvolvida por um longo período (década de 1930 até a década de 1980) sob a égide de um modelo dual e fragmentado baseado no desenvolvimento nacional com foco na industrialização e urbanização. Os reflexos dos estilos de vida são cada vez mais

relevantes, no conceito de saúde na atualidade, pois o enfoque do caráter exclusivamente biológico dá lugar ao conceito de saúde complexo, considerando a qualidade de vida individual e seus componentes psíquicos e sociais (OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 2009; SANTANA, 2014).

A saúde começa a ser executada no Brasil quando da implantação da economia agroexportadora de café com o crescimento considerável da classe trabalhadora com a integração da produção entre os setores urbanos e rurais. A intenção, por um lado, era garantir condições sanitárias para atrair a força de trabalho estrangeira e, por outro, preservar a saúde dos trabalhadores em um contexto de escassez de oferta de trabalho. A atenção à saúde se restringia a programas e ações em situações emergenciais como as epidemias, no tocante ao atendimento médico-hospitalar, eram mantidos por entidades beneficentes e filantrópicas.

O significado de Atenção Primária à Saúde (APS) não é homogêneo, sua interpretação varia em diversos países. Uns realizam a leitura de um programa focalizado e seletivo, com oferta reduzida de uma cesta de serviços como resposta a algumas necessidades para populações de baixa renda. Outros entendem atenção primária como primeiro nível de atenção de saúde com oferta de serviços clínicos de qualidade e responsável pela coordenação do cuidado e organização do sistema (LAVRAS, 2011).

Um dos primeiros conceitos de APS foi desenvolvido no Reino Unido, com a elaboração do Relatório de Dawson (1920) pelo ministério da saúde, e aborda o tema sob a perspectiva sistêmica através dos serviços de saúde regionalizados e hierarquizados e por nível de complexidade com definição de uma base geográfica. Portanto, atenção primária à saúde, as redes de atenção à saúde e território adstritos são dimensões intercambiáveis. Essa perspectiva, não se trata de uma troca apenas, mas de uma inter-relação de forma integrada. Os serviços de atenção primária devem atender um público-alvo, em um território definido (BRASIL, 2012b; FARIA, 2014; MENDES, 2015).

Na perspectiva de reforçar a atenção primária como primeiro contato junto aos indivíduos, a família e a comunidade, na Conferência Internacional de Alma Ata é que se determina que a atenção primária de saúde deva ser realizada junto à população em seus lugares de residência e de trabalho, mas ressalva que a atenção primária deve ser apenas um primeiro elemento de um processo contínuo de assistência à saúde, reiterando assim a saúde como direito do ser humano e responsabilidade política dos governos. (CATÃO, 2011; OMS, 1978; SILVEIRA; MACHADO; MATTA, 2015).

O objetivo da Conferência de Alma Ata foi colocar a APS como estratégia para a organização de uma estrutura de saúde de forma equitativa e que vise atender de forma

apropriada em respostas às necessidades da população a que se destinam de forma adequada aos seus problemas de saúde e expectativas pessoais. Desta forma, a APS passa a ser o primeiro contato do usuário e fica incumbida de organizar e coordenar as redes de atenção à saúde com a extensão dos serviços de prevenção e promoção à saúde (BRAGA, 2015; CECILIO et al,2012; FARIA, 2014; GOMES 2011; MENDES, 2015; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Na contemporaneidade, a prevenção e promoção da saúde se apresentam como processo de transformação da saúde pública, pois a prevenção pressupõe um conhecimento epidemiológico no sentido de promover o controle da transmissão de doenças infecciosas e também a redução de riscos de doenças degenerativas, e a promoção busca conceitos de qualidades de vida.

O enfoque de promoção à saúde<sup>53</sup> ganha reforço na estratégia de saúde ambiental determinado pela conferência de Alma Ata. Sendo assim, em novembro de 1986 acontece a primeira Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde em Ottawa, e conta com a colaboração da OMS e a Associação Canadense de Saúde Pública<sup>54</sup>. Os campos centrais de ação se voltaram para: a) elaboração e implementação de “políticas públicas saudáveis”; b) criação de “ambientes favoráveis à saúde”; reforço da “ação comunitária”; c) desenvolvimento de “habilidades pessoais” e d) “reorientação do sistema de saúde” (BRASIL, 2002).

A Conferência de Ottawa (OMS, 1986) vai servir de orientação básica a outras duas conferências internacionais ocorridas na cidade de Adelaide na Austrália no ano de 1988. O relatório dessa conferência foi denominado de Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis, voltando as ações de políticas públicas voltadas para: a) Apoio à saúde da mulher; b) Alimentação e nutrição; c) Tabagismo e Alcoolismo e d) Criação de ambientes favoráveis.

Na opinião de Buss (2003), a temática escolhida para a conferência na Austrália teve importância significativa, no entanto, considera tímidas as propostas de políticas concretas ao tema proposto, sendo mais incisivas na responsabilização do poder público por políticas nos campos social e econômico.

Ainda, inserindo avanços na ampliação dos campos de atuações promulgados na Carta de Ottawa, realiza-se na cidade de Sundsväl na Suécia em 1991, uma conferência cujo relatório foi Denominado de “Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis”, o destaque foi para as prioridades de “ambientes favoráveis à Saúde” com destaque para: a) *Dimensão*

---

<sup>53</sup> Através da definição do conceito de saúde pública elaborado por Winslow (1920), Sigerist (1946) fez uma das primeiras referências ao termo “promoção da saúde” (BUSS, 2003).

<sup>54</sup> Neste mesmo ano, acontecia no Canadá a 77ª Conferência Anual da Associação Canadense de Saúde Pública, com o slogan “Promoção da Saúde: estratégias de ação” (BUSS; CARVALHO, 2009).

*social*, voltado para a observação em relação às normas, costumes e processos sociais; b) *Dimensão política*, com enfoque à garantia de participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e responsabilidades e c) *Dimensão econômica*, no sentido de pleitear renegociação dos recursos na busca da saúde para todos e o desenvolvimento sustentável, e solicita ainda a valorização e reconhecimento do papel da mulher em todos os setores da sociedade, incluindo o político e o econômico

A Conferência de Sundsväl foi a responsável por estabelecer laços estreitos com a promoção da saúde pelo fato de ser o primeiro evento a “dar enfoque a interdependência entre a saúde e o ambiente em todos os seus aspectos”, [...] e “a ressaltar a busca pela equidade e respeito à biodiversidade como estratégia que deve reger as estratégias para a saúde para todos.” (BUSS, 2003, p. 33-34).

Entretanto, do ponto de vista da regionalização do acesso – e na contramão do que se observa nos programas de atenção *primária*, de prevenção e vigilância – os indicadores apontam grande rigidez, denotando a dificuldade de se estabelecer uma rede regionalizada de assistência mais equânime e eficiente no território (GADELHA; COSTA, 2013, p. 115, grifo nosso).

O importante nesse momento é deixar claro que promoção e prevenção são determinantes para o conceito de saúde de forma positiva, ou seja, se anteriormente o foco era a doença, hoje as ações estão voltadas para a saúde em seu significado pleno. Desta forma, prevenir a doença e promover a saúde significa considerar a vida em suas múltiplas dimensões e, portanto, envolve a subjetividade individual e coletiva dos atores em seus espaços cotidianos.

Até o ano de 1988 do século XX, a saúde teve importância secundária, emergindo através de extensos programas de assistência médico-social de forma compulsória para os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho como garantia de preservação força de trabalho, sob administração do Estado na garantia do funcionamento desse modo de gestão. Essa forma acabou por excluir a população desempregada e os trabalhadores do campo, os quais ficaram à mercê dos cuidados das instituições filantrópicas, submetidas às práticas clientelistas.

Portanto, a vinculação da política de saúde à contribuição previdenciária resultou na divisão entre a assistência médica individual e a saúde pública<sup>55</sup>.

---

<sup>55</sup> “O país vivia sob a duplicidade de um sistema cindido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. A saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo” (PAIVA, TEIXEIRA, 2014, p. 17).

Quem não contribuía para a previdência recebia cuidados de saúde nos centros de saúde pública, quando enquadrados em algum dos programas, caso contrário tinha que recorrer à filantropia ou ao mercado privado. Aos poucos, o INAMPS<sup>56</sup> introduziu a contratação de serviços de terceiros, com a alegação de incapacidade da rede própria de suprir a demanda por atendimento, e essa terceirização foi um dos fatores agravantes da crise instalada em meado dos anos de 1980 (SOUZA; BOTAZZO, 2013, p. 395).

O caráter compulsório e sua vinculação à inserção ao mercado de trabalho, culminou em legislações esparsas, as quais eram tratadas pelo aparato policial de forma preliminar. As questões pertinentes à saúde pública eram tratadas pelas autoridades locais, ficando o governo nacional responsável por programas de ações eventuais como no caso de epidemias em centros urbanos (LIMA, 2002; PAIM *et al.*, 2011).

Não obstante, a saúde pública se fez historicamente de combate aos surtos epidêmicos em áreas urbanas assim como as endemias rurais, e a doença era abordada como principal problema nacional; fato este que transforma o Brasil em grande laboratório e escola para as campanhas de saúde pública. Essas ações são definidas como atenção primária de caráter preventivo e coletivo, sendo implantadas políticas de proteção contra riscos sociais e ambientais.

O governo federal passou a ser responsável pela vigilância sanitária dos portos e pelos serviços de saúde da capital, e os estados e municípios ficaram responsáveis pelos cuidados com sua população. Isso com maior força nas cidades maiores; o interior do país continuava sem muitos cuidados, visto que a prioridade era cuidar das cidades com maior população e, conseqüentemente, maiores impactos na economia. A prioridade era evitar ou debelar as epidemias que acometiam tais cidades, e para isso investiu-se na reforma e limpeza das áreas urbanas (SOUZA; BOTAZZO, 2013, p. 400-401).

---

<sup>56</sup> Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, criado em 1977.

**Quadro 4** – Ciclos de desenvolvimento da atenção primária

1º Ciclo – ano de 1924	Marcado pela criação dos centros de saúde na Universidade de São Paulo.
2º Ciclo – início dos anos 40	Criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), transformada hoje na Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).
3º Ciclo – metade dos anos 60	Criação dos programas de saúde pública (especialmente para o grupo materno infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase), desenvolvidas nas Secretarias Estaduais de Saúde conservando o núcleo tecnológico original sespiano.
4º Ciclo – nos anos 70	Proposta de Atenção Primária à Saúde referendada pela Conferência de Alma Ata no ano de 1978, com o desenvolvimento de programas extensão de coberturas das ações de saúde e saneamento iniciado pela região nordeste do país em 1976.
5º Ciclo – início nos anos 80	Instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) que levaram, para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do INAMPS.
6º Ciclo – final dos anos 80	Gestão Municipal da APS.
7º Ciclo – pós ano de 1990	Implantação do Programa Saúde da Família – PSF.

Fonte: Mendes (2015).

A atenção primária à saúde começa a adquirir forma e a se estruturar com a implantação do SUS<sup>57</sup>, com base na universalidade, equidade e integralidade, orientada pela descentralização e participação social, quando efetivamente os municípios começam a participar de forma mais responsável com o incentivo do ministério da Saúde através da criação de normas e políticas de financiamento (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011, GIOVANELLA *et al.*, 2009, LAVRAS, 2011, PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Definição de saúde de uma forma mais ampliada, voltada para as necessidades da população com programas inovadores e abrangentes, enseja o desenvolvimento de uma atenção primária que vise ações Intersetoriais e interfederativas de promoção da saúde e prevenção da doença.

A atenção primária passa a constituir-se, então, em uma “estratégia que visa orientar a organização do sistema de saúde e responder às necessidades da população exige o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la” (GIOVANELLA *et al.*, 2009, p. 783).

<sup>57</sup> É importante salientar que o SUS foi definido na Constituição de 1988, mas somente foi regulamentado em 1990 através da Lei 8.080.

Trata-se de considerar o processo de produção e reprodução social, ou seja, focalizar determinantes econômicos, sociais e políticos da sociedade. Levar em consideração a estratificação social que se expressa na distribuição desigual de renda, refletido nas condições precárias de habitação, alimentação, trabalho, saneamento básico, bem como fatores individuais, psicossociais e comportamentais.

Desta forma, a teoria da determinação social do processo saúde/doença desenvolvida no modelo elaborado por Dahlgren e Whitehead (1991) é que vai orientar teoricamente a renovação da atenção primária à saúde no Brasil no sentido de alcançar a universalidade das ações com políticas que visem a superação das iniquidades sociais.

Assim, a atenção básica passa a ter “o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos, bem como, implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doença.” (PAIM *et al.*, 2011, p. 21).

Destarte, essas prerrogativas se colocam num contexto de profundas mudanças econômicas, políticas e sociais de concepção de Estado mínimo ditadas pelo neoliberalismo orientado pelo FMI e o BM, cujo ideário é a regulação do Estado na vida social, ensejando, portanto, reformas institucionais, priorizando a privatização de empresas estatais e ditando as relações entre o setor público e privado na mediação da universalização. Isso significa a popularização de planos privados, retrocedendo ao conteúdo universalizante do SUS.

A atenção primária passa a ser o carro chefe da política da saúde no Brasil<sup>58</sup>, ocupando, assim, o papel de referência aos cuidados de saúde da população. Passa a ser pensada como porta de entrada do sistema, como primeiro nível de contato da população com o sistema, aquele mais próximo às famílias e à comunidade (CECÍLIO *et al.*, 2012; GOMES *et al.*, 2011).

As práticas convencionais de saúde orientadas pelo modelo tradicional de atenção médica individual, curativa e medicamentosa, passam a ser substituídas por um modelo multiprofissional centrado na família e comunidade. E a Estratégia Saúde da Família foi criada para organizar a atenção primária em saúde sob responsabilidade do Estado.

Portanto, um dos conceitos mais utilizados no processo de reorientação do modelo assistencial de saúde pública brasileira, advindo da Constituição Federal de 1988, foi o território. Todavia, o Sistema Único de Saúde (SUS) se organiza com base num substrato territorial, área de abrangência, unidade de saúde, população adscrita, referência e contra

---

<sup>58</sup> Importante salientar que no ano de 1978 (Conferência de Alma Ata) a OMS já estabelece proposta de saúde enquanto direito do ser humano e de responsabilidade dos governos e lança estratégias de operacionalizar a atenção primária à saúde como organizadora da “saúde para todos até os anos de 2000”.

referência. “As diretrizes organizativas do SUS guardam expressivas relações com a concepção de território enquanto uma área específica para cenário das ações de saúde dirigidas a uma população específica, porém com composição distinta qualitativamente e quantitativamente.” (SANTOS; RIGOTTO, 2010, p. 389).

O que vai marcar essa política de atenção primária é a expansão de ações no território nacional de rede de atenção primária no sentido de aumentar a cobertura dos serviços médicos viabilizados pela descentralização, hierarquização e regionalização dos cuidados primários em saúde. Esta é a concepção de saúde defendida na Constituição Federal de 1988, que incorpora a seguridade social formado pelo tripé Saúde, Assistência e Previdência Social, como expressão dos direitos de cidadania.

### **3.2 Descentralização da Saúde como Carro-Chefe e o Foco na Atenção Primária à Saúde (1990 – 1994)**

O Brasil é uma República Federativa formada pela união de vinte e seis estados, divididos em 5.570 municípios, além do Distrito Federal, que possui dimensão territorial de **8.515.767,049 km<sup>2</sup>** (BRASIL, 2015). Essa dimensão se traduz em profundas desigualdades sociais que marcam a vida da nação, causando tensões. Entre estas tensões, a política setorial de saúde ganha destaque, principalmente no período de transição democrática<sup>59</sup> que culminou no movimento de reforma sanitária<sup>60</sup> no final dos anos de 1970 do século XX.

A Constituição de 1988 reconsiderou o papel de estados e municípios perante a União, redefinindo o pacto federativo que passou a ter como eixo a descentralização<sup>61</sup> das definições políticas, recursos financeiros e, fundamentalmente, serviços nas instâncias descentralizadas em estados e municípios, além de elevar os municípios ao *status* de entes federados.

No âmbito da Política Pública de Saúde, tivemos como ponto de partida a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), com desdobramento em dois movimentos concomitantes, a

---

<sup>59</sup> O Brasil viveu um período de ditadura militar (1964 a 1985) com medidas de exceção. A saúde viveu sob a duplicidade de um sistema, de um lado a medicina previdenciária dirigida à saúde individual dos trabalhadores formais, portanto, voltava-se prioritariamente ao território urbano (aos contribuintes urbanos da previdência social); do outro lado e sob o comando do Ministério da Saúde (MS) para os setores mais pobre da população e direcionado ao território rural.

<sup>60</sup> Sobre a reforma sanitária consultar entre outros (SCOREL, 1999, 2005, 2008; PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Esses últimos autores referenciados elaboraram uma resenha historiográfica dos autores mais lidos sobre a reforma sanitária e a implantação do SUS.

<sup>61</sup> A descentralização da política de saúde começou a ser desenhada nos anos de 1983 e adquiriu formato definitivo com a Constituição Federal de 1988 (LIMA, 2002)

unificação do sistema que passa a ser comandado pelo governo federal e a descentralização<sup>62</sup> político-administrativa (LIMA; VIANA, 2011; MACHADO; VIANA, 2009; SILVA; MENDES, 2004; SOUZA, 2001).

Através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde (LOS) e da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (que dispõe sobre os recursos do governo federal), em seu artigo 7, a diretriz da descentralização é reiterada e operacionalmente definida, protagonizando a municipalização das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990a, 1990b). “Com essa base jurídica, o SUS passou a regular-se, na sua ação cotidiana, através de Normas Operacionais Básicas<sup>63</sup> (NOBs)” (SILVA; MENDES, 2004, p. 21).

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: [...] a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; [...]. (BRASIL, 1990a).

Visando aprofundar a descentralização para os estados, principalmente para os municípios foram editadas consecutivamente as NOBs 01/91 e 01/93<sup>64</sup>. A primeira cuidou de fornecer instruções para a implantação do SUS, criando unidade de cobertura ambulatorial bem como os critérios para transferência de recursos federais para estados e municípios.

A segunda institucionalizou um fórum de negociação permanente entre as instâncias federativas, com a criação de Comissões intergestores Tripartite - CIT (vinculadas ao Ministério da Saúde); Bipartite - CIB (no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde) e a Regional – CIR (no âmbito regional, também vinculada à Secretaria Estadual de Saúde), tendo surgido como resultado da IX Conferência Nacional de Saúde, ocorrida sob o lema “a municipalização é o caminho” e instituiu a gestão municipal em gestão incipiente, parcial e semiplena.

A regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo (BRASIL, 1993).

---

<sup>62</sup> A agenda da descentralização da saúde foi construída em oposição ao regime autoritário, sendo associada à democracia e às formas mais participativas de gestão pública (MACHADO; VIANA, 2009; SANTOS, SOUZA, 2008).

<sup>63</sup> As NOBs tiveram caráter transitório e foram complementadas e sucessivamente substituídas, apresentando diferenças, mas também elementos de continuidade entre si.

<sup>64</sup> Sobre as NOBs, sugiro a leitura de Levcovitz, Lima e Machado (2001); Silva e Mendes (2004) entre outros.

A responsabilidade dos municípios pela atenção básica em saúde foi condicionada pelo Governo Federal ao repasse financeiro (Piso de Atenção Básica fixo e variável) para esses programas de acordo com o tamanho do município. Por outro lado, os serviços de média e alta complexidade passaram a ser pagos com base na produção, ou seja, quem produz os serviços ganha os recursos a eles equivalentes, com base na tabela do SUS.

Conseqüentemente, o federalismo brasileiro, ao responsabilizar igualmente os municípios que não são iguais entre si, pelo provimento da política de saúde (entre outras), gerou desigualdades locais. No entanto, na contramão da história, o argumento que favorece essa descentralização baseia-se na premissa do gerenciamento do setor público, uma vez que os governos locais têm mais capacidade de alocar com maior eficácia os bens públicos com maior benefício para seus munícipes.

Em particular, os países com grandes extensões territoriais e desigualdades regionais adotam o sistema federativo, que lhes permite administrar suas diversidades. O Brasil é arquetipo do federalismo pragmático ou reativo cuja descentralização do governo é utilizada como estratégia de democratização. Uma descentralização sem abrir mão de sua autonomia (SANTOS, 2008a, p. 10-11).

Destacamos que no modelo federativo brasileiro não houve uma descentralização da receita tributária da União, uma vez que as políticas de garantia de renda permaneceram sob responsabilidade da União. O que houve foi uma desconcentração da execução da política para o âmbito estadual e municipal, uma vez que as políticas de prestação de serviços passaram a ser executadas pelos governos municipais, como é o caso dos serviços básicos de saúde, educação, infraestrutura urbana, habitação, saneamento e coleta de lixo.

Apesar do Brasil se autodenominar uma república federativa, possui um sistema unitário de administração e de gestão do território, o parlamento nacional legisla praticamente sobre quase todos os assuntos, impondo aos estados periféricos decisões que contrariam a sua formação e seus interesses (ANDRADE, 2006, p. 216).

O que buscamos salientar é que o problema gerado pelo nosso “federalismo trino” são as responsabilidades que os municípios com poucos recursos fiscais e financeiros, além de baixas capacidades técnicas e de recursos humanos, tiveram que assumir após a Constituição de 1988, o que acabou gerando resultados muito desiguais. Outros problemas relevantes estão na difusão das responsabilidades pela saúde dos cidadãos, o incremento dos custos de

administração do SUS, a imposição de barreiras de acesso a usuários e a baixa qualidade dos serviços.

Ressaltamos que o início dos anos de 1990 do século XX foi marcado pelo intenso debate sobre a globalização e seus reflexos sobre as estruturas sociais, políticas e espaciais, que se refletiu numa série de reformas estruturais defendidas principalmente pelo Banco Mundial em defesa de uma liberdade econômica cada vez mais livre de barreiras nacionais.

Dentre as reformas defendidas, destacou-se a “reforma do Estado”, com ênfase na privatização do setor produtivo estatal e a descentralização das estruturas do governo. Portanto, “a situação de desigualdade dos municípios para assunção de suas responsabilidades se agrava no contexto de liberalização econômica e ajuste fiscal” (LIMA; VIANA, 2011, p. 46).

A Constituição Federal de 1988 e a LOS definem a descentralização e a regionalização como princípios norteadores da organização político-territorial do SUS. Todavia, a descentralização sempre esteve em evidência. Desta forma priorizou-se a institucionalização e o fortalecimento da descentralização nos estados e municípios.

A LOS reforça a orientação da descentralização dos serviços com ênfase na municipalização do que propriamente na gestão regionalizada. Essa orientação resulta no atraso da regionalização, coloca os municípios em disputa por recursos e não focam na institucionalização de uma rede independente e cooperativa (SANTOS; GIOVANELLA, 2014, p. 623).

É importante salientar que a regionalização tem sua origem na proposta de reorganização dos serviços médicos de Dawson, no ano de 1920, que introduziu a rede regionalizada como forma de organização da prestação dos serviços de saúde para a população de uma dada região (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011; GONDIM, 2011; KUSCHNIR; CHORNEY, 2010; LAVRAS, 2011; LIMA; VIANA, 2011; MENDES, 2003; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

No campo da saúde, o arranjo institucional do SUS valoriza as Comissões Intergestores como mecanismo para o compartilhamento de decisões e funções entre as diferentes instâncias de governo.

A NOB afirmou que a relação entre os municípios é de responsabilidade dos próprios gestores. No entanto, aponta a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), integrada pelos gestores municipal, estadual e federal, com o objetivo de discutir a política de saúde em âmbito nacional, que começou a atuar no ano de 1991 do século XX e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), integrada pelos gestores estadual e municipal como fórum de negociação estruturada entre os anos de 1993 e 1995 do século XX (MACHADO *et al.*, 2011, 2014; VIANNA; LIMA, 2013).

Neste período, a descentralização teve destaque na priorização da atenção primária, através da ampliação do Programa Saúde da Família (PSF) criado no ano de 1994, através de documento ministerial com caráter de um programa de atenção básica, voltado a superar a desigualdade do acesso aos serviços de saúde com o intuito de alcançar a equidade do sistema.

No ano de 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de ações locais no desenvolvimento atenção primária com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e materna no país. Desta forma, o PSF estabelece a formação de uma equipe multiprofissional, composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde.

Neste período, o foco esteve voltado para a ampliação do acesso ao SUS e não em definir conceitos de rede de atenção à saúde. Desse modo, as ações sobre as redes de atenção restringiram-se, nesse primeiro momento, à elaboração e divulgação de portarias definindo suas diretrizes de organização.

### **3.3 A Privatização com a Substituição do Estado de Intervenção pelo Estado de Regulação com Foco na Transferência de Gestão das Políticas Públicas (1995-2002)**

A regionalização do SUS, enquanto diretriz de descentralização, foi contemplada nas NOBs 93 e 96. Essa última consolidou a política de municipalização e instituiu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica<sup>65</sup>, fechando, assim, os três primeiros ciclos da descentralização.

O processo de municipalização estabelece que o município assumira a gestão da saúde, conflitando com os princípios do SUS tendo em vista que a política de saúde pressupõe ações coordenadas entre os três entes federados (Governo Federal, Estadual e Municipal). Portanto, trata-se de uma gestão intergovernamental no cumprimento dos princípios da Universalidade, equidade e integralidade.

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – SUS Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional (BRASIL, 1996, p. 8).

---

<sup>65</sup> Isso implica que estados e/ou municípios deveriam assumir a gestão das políticas públicas sob a prerrogativa da adesão, precisando desta forma ser incentivados para tal. “A municipalização, que já vinha aumentando tendencialmente, acelerou-se, de tal modo que, ao final de 1996, havia 3.078 municípios habilitados para a municipalização e, ao final de 2000, eram 5.398, 98% dos municípios brasileiros” (PELEGRINI, 2007; SILVA; MENDES, 2004, p. 22).

No entanto, até o final do ano de 1999 a descentralização, após sucessivos ciclos sob forte indução e regulação federal, teve efeito fragmentador por falta de um planejamento regional que, conseqüentemente, não levou em consideração os aspectos territoriais (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010, LIMA *et al.*, 2012).

O processo de descentralização retoma com fôlego e a questão regional passa a ser delineada com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001, revista em 2002 (NOAS 01/2002), a qual define o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, na tentativa de organizar os espaços territoriais de forma a contemplar, além dos municípios, os módulos, as microrregiões, as macrorregiões e as regiões de saúde. A diretriz estabelece que:

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001).

A regionalização proposta pela NOAS no que diz respeito à organização dos espaços territoriais, ficou sob responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde – SES, as quais deveriam estabelecer os critérios para a definição dos territórios, devendo ser submetido à aprovação pelo Ministério da Saúde. Portanto, os estados deveriam elaborar seus Planos Diretores de Regionalização da Saúde (PDR) explicitando o papel de cada município no sistema estadual de saúde.

[...] para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES. [...] (BRASIL, 2001a).

Em relação ao aspecto nuclear da NOAS, trata-se de uma norma operacional da assistência à saúde e não de uma norma operacional do SUS, fixando exclusivamente a normatização nas ações da assistência à saúde.

Visando, portanto, a operacionalização da assistência à saúde, tendo como a justificativa de que os municípios, por si só, não conseguiam atender a oferta de serviços compatíveis com as necessidades da população, os governos estaduais adotam estratégias para a indução de cooperação entre os municípios.

Outro fator a ser considerado é a interferência do setor privado no SUS. Em todo o processo de regionalização e as relações de conflito entre os municípios, à revelia da discussão regional, enfatiza-se o papel estratégico do gestor estadual na indução da regionalização e a constituição de colegiados regionais (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

A NOAS 01/2001 estimulou a criação dos consórcios administrativos intermunicipais, de caráter facultativo (consorciamento voluntário entre os municípios). No entanto, para o consorciamento deve-se ter um município polo que conte com uma rede assistencial adequada e com a complexidade necessária ao atendimento da população convergente (DUARTE; CONTEL; BALBIM; 2013, p. 154-156).

A formação dos consórcios se desenvolve através da união de dois ou mais municípios com vistas a atender a demanda reprimida por consultas médicas especializadas, exames de média e alta complexidade.

No entanto, a partir de um olhar crítico, Mendes (2011) elenca alguns graves problemas que consórcios devem superar: a) as bases territoriais definidas por critérios políticos; b) desobediência a regulamentos do SUS, em especial às normas de pagamentos dos serviços de saúde e c) a baixa capacidade de gerenciamento com que, em geral, operam. Assim, sem a superação dos problemas acima mencionados, os consórcios não conseguirão incorporar a dimensão territorial, no que diz respeito à orientação do processo de regionalização na construção de políticas efetivas.

O que a NOAS 01/2002 trouxe de diferente em relação à normativa anterior foi a constituição de redes funcionais de serviços de saúde, de forma regionalizada, buscando superar a visão autárquica da municipalização da saúde. No entanto, continua a incentivar implicitamente a fragmentação dos serviços de saúde pelo fato de manter “a visão da gestão da oferta na habilitação”, ou seja, na adesão dos municípios.

A habilitação municipal foi definida em relação à oferta de serviços e equipamentos no território. Isso define a gestão plena municipal e a gestão plena da atenção básica ampliada. Ou seja, foco na oferta e não na necessidade da população.

A PSF passa a ser um programa de prioridade pelo MS, a partir do ano de 1995, ganhando destaque com a promulgação da NOB 96 através da criação do Piso de Atenção Básica (PAB) vinculando-se ao PSF, fortalecendo assim a atenção primária (BRASIL, 1996).

### **3.4 Criação do Pacto pela Saúde na Redefinição da Descentralização da Saúde como Planejamento Regional (2003 – 2016)**

O processo de regionalização do SUS é reposto na agenda política em 2006 com o Pacto pela Saúde<sup>66</sup>. Portanto, é a partir do Pacto pela Saúde que a regionalização se consolida e é intensificada. O fortalecimento da pactuação política, está estabelecido no pacto pela saúde, nas dimensões do pacto pela vida e pacto de gestão, alterou a distribuição de poder e, conseqüentemente, estabeleceu um sistema de interação entre diferentes atores sociais. Nesse sentido, “a governança regional irá depender do desenho institucional e da interlocução com o grupo organizado da sociedade para o desenho de políticas públicas” (SANTOS; GIOVANELLA, 2014, p. 624).

Deste modo, o conceito de governança encontra seu sentido social mais estruturante menos nas definições explicitamente formuladas pelos autores e atores, e mais na questão-problema para a qual ele constitui uma tentativa de resposta: a necessidade de explicar e conceber as condições do “bom governo” (o governo democrático) para além da concepção determinista e etapista da “teoria da modernização” que enxergava o desenvolvimento político como efeito positivo necessário do desenvolvimento econômico (TORRES 2016, p. 159).

Para França, Mantovaneli e Sampaio (2012, p. 115), o termo Governança “remete ao senso de reciprocidade entre atores, estruturas e institucionalidades, torna-se presente no campo da análise e no universo propositivo das políticas públicas.”

É através do pacto pela saúde e do Decreto 7.508/2011 (BRASIL, 2011a) que se configura o quarto e último marco institucional da política de regionalização de ações e serviços da saúde do SUS. O Decreto 7.508/2011, que regulamentou a LOS, deu ênfase à implantação das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), como estratégia para ordenar os diferentes níveis de atenção – básica, média e alta complexidade –, sobreposta às regiões de saúde regulamentadas pelo Pacto de Gestão, cuja perspectiva foi o de fortalecer o poder e a articulação entre os entes federados nos territórios delimitados a partir da dinâmica social loco/ regional e suas necessidades de saúde.

A Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS) constitui-se em uma estratégia para a superação da fragmentação e segmentação na atenção à saúde proposta pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Essa rede tem como foco a Atenção Primária à Saúde (APS), como estratégia essencial para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade, termos advindos da constituição de um Estado democrático e de direito.

---

<sup>66</sup> O pacto pela Saúde inclui três dimensões: o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

A formação das Redes de Atenção à Saúde (RASs) é uma proposta derivada do relatório da Dawson. Ela foi concebida como uma resposta à busca de como garantir acesso de qualidade a toda uma população. Sua organização centra-se na integração da medicina preventiva e a curativa, com o papel central do médico generalista, o que coloca a Atenção Primária como estratégia de organização dos sistemas de saúde<sup>67</sup>, através de serviços domiciliares apoiados por centro de saúde primária, a atenção secundária por conta de unidades ambulatoriais e a atenção terciária no âmbito hospitalar (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2011; SILVA, 2011).

Supõe-se a superação do sistema fragmentado, relacionando de forma horizontal e continuada os níveis primários, secundários e terciários<sup>68</sup> da atenção à saúde, já que o sistema fragmentado não permite comunicação com o conjunto da atenção, impossibilitando uma atenção contínua à população. Na opinião de Mendes (2011), a superação da crise do sistema de saúde somente se dará com a substituição do sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde.

Consequentemente, reforça-se o princípio da integralidade da atenção com a interação entre as políticas públicas. “As redes de atenção à saúde não devem ser restritas ao setor da saúde, devendo incluir políticas de outros setores relacionados às determinantes do processo saúde-doença.” (SILVA, 2011, p. 2755).

Há que se valorizar, portanto, as pessoas, os lugares e o tempo para compreender o processo saúde-doença. Os dados demográficos, a situação socioeconômica (renda, ocupação, educação e condições de vida) e as variáveis pessoais (idade, sexo, raça, gênero) deverão ser relacionados com a saúde. Perceber o ser humano em suas múltiplas determinações significa compreendê-lo enquanto um ser possuidor de subjetividades e objetividade.

Desta forma, o processo de territorialização, através da definição dos diferentes espaços de vida da população, dá base territorial para a constituição das RASs. Sobre esse pensamento, “as RASs têm de incorporar, como um ponto central, o critério do acesso. Assim, o desenho das redes de atenção à saúde faz-se combinando, dialeticamente, de um lado, economia de escala e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde” (MENDES, 2011, p. 77).

---

<sup>67</sup> Outro marco que trata o cuidado primário à saúde é a Declaração de Alma Ata, que surgiu com a Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, realizada na cidade da URSS no ano de 1978 do século XX. A declaração define os cuidados de saúde em sete itens. (OMS, 1978). Em 2002, a OPAS retoma o legado de Alma Ata por meio do movimento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”.

<sup>68</sup> Também denominado de atenção básica, atenção de média complexidade e atenção de alta complexidade consecutivamente.

Sendo assim, “rede é uma forma de investigar a questão das relações entre local de residência e local do serviço de saúde, segundo hierarquia dos serviços” (OLIVEIRA, 2008, p. 223). Esse formato permite buscar opções de complementação dos serviços entre organizações de natureza jurídica diferente, quer sejam públicas quer sejam privadas.

Silveira, Machado e Mata (2015) alertam que a agenda da OPAS, no documento das redes integradas de serviços de saúde, valorizam ainda mais as parcerias entre o público e o privado e que essa parceria pode favorecer a uma lógica mercantil tanto da atenção primária, como secundária e terciária.

O Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS no Brasil) realizou, no dia 23 de setembro de 2009, um ciclo de debate, tendo como tema “Redes Integradas de Atenção à Saúde – concepções e práticas”. Em 2 de Outubro de 2009, o Conselho diretor da OPAS aprovou a Resolução CD.49, R22 sobre a Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS) com base na atenção primária de saúde. Em 2010 é editada a Portaria N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010, com o objetivo de estabelecer diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

Tais redes, como já mencionámos, constituem um caminho para a superação do sistema fragmentado, no qual os pontos de atenção devem ser igualmente importantes, a fim de se relacionarem dialeticamente entre si e continuamente nos níveis primários, secundários e terciários.

Para Mendes (2015), as RAS são estratégias de superação do contrassenso entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde, relação essa que tem sido responsável pelos problemas enfrentados pelo SUS. As redes, assim, devem ser integradas no sentido de eliminar a fragmentação do sistema de atenção à saúde e a atenção primária à saúde deve constituir-se como um “sistema de comunicação entre as redes”, cujo papel principal é o de coordenar as redes de atenção.

Essa proposição de mudança de quadro das políticas públicas significa tirar o foco das condições de saúde aguda dirigindo ações para as condições crônicas, centradas nas ações voltadas à promoção e prevenção da saúde. É neste contexto que a APS adquire caráter universal, buscando atingir a população em situação de pobreza através da existência de uma rede integrada de serviços.

A integração somente será possível e terá eficácia se o objetivo da rede tiver como princípio atender as necessidades de saúde da população. Para tanto, se faz necessário informação e análise descritiva dos dados demográficos segundo pessoas, lugares e tempos,

isso significa conhecer e analisar os dados demográficos e socioeconômicos da população segundo as variáveis: idade, sexo, raça, condições de moradia, ocupação, renda, educação e estilo de vida (MENDES, 2011).

As redes existem sem o território. Por que se organizam territorialmente, elas devem ser planejadas e geridas territorialmente. O território vem sendo considerado na modelagem das redes em orientações dadas pelo Ministério da Saúde. [...] Atenção primária, redes e territórios, são dimensões intercambiáveis, mas não é uma troca apenas, mas um condicionamento existencial (FARIA, 2014, p. 9).

Essas redes interagem por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. Isso reforça, assim, a avaliação das características e necessidades na implantação de redes que garantam a eficiência e escala necessária na oferta de alguns bens e serviços, uma vez que “as redes são pensadas como processos políticos de suporte à produção de respostas regionais” (RIBEIRO, 2015, p. 409).

O importante é salientar que a rede integrada à saúde deve operar de forma ordenada e articulada territorialmente no atendimento às necessidades da população. Diante do exposto, em resposta à integração das ações e serviços de saúde, é necessário criar, a partir de certos critérios, diferentes territórios sanitários<sup>69</sup>. Conforme possibilidade de organização dos princípios em Mendes (2010, 2011, 2015), a) território local – ser autossuficiente nos serviços de atenção primária à saúde; b) território microrregional – ser autossuficiente nos serviços de atenção secundária e c) território macrorregional – possuir autossuficiência nos serviços de atenção terciária. Os níveis de atenção são determinados e categorizados através do processo de territorialização e sua razão está na escala da população em relação aos serviços de saúde e não só a escala dos equipamentos de saúde.

Não é adaptação do sujeito ao meio, mas o contrário, a adaptação do meio aos seres humanos, uma vez que eles são os únicos portadores de projetos e capazes de executá-los. Sob este ponto de vista, todas as relações que se dão entre os seres humanos e o meio técnico, e daí deriva a maneira como os objetos e ações estão configurados em cada lugar (DUARTE *et al.*, 2015, p. 480).

Desta forma, a integração dos serviços fracionados em rede une os municípios visando garantir a integralidade dos serviços e ações de saúde. Desse modo, a integração poderá ser

---

<sup>69</sup> Segundo Mendes (2011, p. 56) do ponto de vista metodológico, para cada território sanitário, deve-se definir seus limites geográficos e sua população e estabelecer a carteira de serviços que será ofertada neste espaço/população.”

promovida pela região, a partir de características epidemiológicas e as Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT. A proposta é delineada em dois pontos complementares:

- Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios. Bem como Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira, desde que respeitadas as normas que regem as relações internacionais.
- Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde (BRASIL, 2011a, p. 2).

O decreto define “Região de Saúde” como um “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” (BRASIL, 2011a, p. 1).

Esse intercâmbio possibilitará o atendimento à condição de saúde enquanto categoria, pois “só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento a ela” (PORTER; TEISBERG, 2007 apud MENDES, 2011, p. 25).

As condições de saúde podem ser agudas ou crônicas, e devem ser respondidas pelos sistemas de saúde qualitativa conforme os avanços tecnológicos e científicos de forma coerente. Nesse sentido as redes devem ser integradas para evitar desencontros que resultam em um sistema de saúde fragmentado, como apontado no quadro abaixo.

**Quadro 5** - As características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde

CARACTERÍSTICAS	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela APS
Comunicação entre os Componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto-atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhora da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos

População	Voltada para indivíduo isolado	Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente corresponsável pela própria saúde
A forma de ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias	Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada pessoa usuária, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária com busca ativa
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
Modelo de atenção à saúde	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
Modelo de gestão	Gestão por estruturas isoladas gerência hospitalar, gerência da APS, gerência dos ambulatorios especializados etc.)	Governança sistêmica que integre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede
Planejamento	Planejamento da oferta, e baseado em séries históricas e definido pelos interesses dos prestadores	Planejamento das necessidades, definido pela situação das condições de saúde da população adscrita e de seus valores e preferências
Ênfase do cuidado	Cuidado profissional centrado nos profissionais, especialmente os médicos	Atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias e suas famílias e com ênfase no autocuidado apoiado
Conhecimento e ação clínica	Concentradas nos profissionais, especialmente médicos	Partilhadas por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias
Tecnologia de informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das redes de atenção à saúde	Integrada a partir de cartão de identidade das pessoas usuárias e de prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes da rede de atenção à saúde
Organização territorial	Territórios políticos administrativos definidos por uma lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	Financiamento por valor global ou por capitação de toda a rede
Participação social	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede

Fonte: Mendes (2011).

No entanto, o processo de territorialização, através da definição dos diferentes espaços de vida da população, dá base territorial para a constituição das RASs. Sobre esse pensamento, “As RASs têm de incorporar, como um ponto central, o critério do acesso. Assim, o desenho das redes de atenção à saúde faz-se combinando, dialeticamente, de um lado, economia de escala e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde” (MENDES, 2011, p. 77).

Sendo assim, “Rede é uma forma de investigar a questão das relações entre local de residência e local do serviço de saúde, segundo hierarquia dos serviços” (OLIVEIRA, 2008, p. 223). Esse formato permite buscar opções de complementação dos serviços entre organizações de natureza jurídica diferente, quer sejam públicas quer sejam privadas.

Desta forma, a população é o primeiro elemento fundamental da RAS, o que propõe a atenção à saúde baseada na população e não mais no indivíduo. Seja de caráter público ou privado as RAS não se organizam mais sem a implantação de uma população adscrita. Esse conceito evidencia a intenção de tornar os serviços de saúde como estratégia voltada para o cuidado em saúde da população.

O foco na população suscita levar as ações e serviços de saúde mais perto dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, buscando responder às necessidades e as preferências da população e não mais orientado pela gestão de oferta dos serviços. Desta forma, o desafio é substituir o planejamento da oferta para o planejamento das necessidades, alocar de forma equitativa os recursos, contemplando as necessidades da população como um todo identificado nos indicadores epidemiológicos e, não somente os interesses dos grupos sociais mais organizados, *digamos possuidores de planos privados de saúde* (MENDES, 2011, 2015, grifo nosso)

O segundo elemento está na estrutura operacional das RAS que envolve a conexão e os fluxos como já apontado anteriormente. O componente que irá ocupar o papel central de realizar a comunicação com as demais redes será a Atenção Primária à Saúde. A Atenção Secundária e Terciária serão o ponto de comunicação juntamente com os sistemas de apoio e o sistema logístico. Esses componentes correspondem aos nós das redes. Por fim, o componente que irá realizar a ligação entre os diferentes “nós” será o sistema de governança da RAS (MENDES, 2010, 2011, 2015).

O terceiro elemento constitutivo diz respeito ao modelo de atenção à saúde. As mudanças demográficas apontam para o envelhecimento da população representando um significativo aumento das condições crônicas, o que, conseqüentemente, altera significativamente as necessidades de saúde da população. Desta forma, o modo de se produzir saúde deve ser repensado. “A emergência de uma situação de condições de saúde, caracterizada pela tripla carga de doenças, com forte predomínio relativo de condições crônicas, convoca mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde” (MENDES, 2010, 2011, 2015).

Os instrumentos normativos que irão orientar a governança da RAS, dentre outros, são a Programação Pactuada e Integrada (PPI), como instrumento de integração, e serve de

instrumento que irá definir a responsabilidade dos municípios de encaminharem ou receberem a população para a efetivação dos serviços. Mendes (2011) observa que a PPI desconsidera a atenção primária por caracterizar um planejamento exclusivo de recursos federais de alta e média complexidade.

Outro instrumento é o Plano Diretor de Investimento (PDI), que deve ser elaborado de forma a atender às necessidades, pactuado no processo de planejamento regional e estadual de curto, médio e longo prazo. É parte constitutiva de um trabalho que aponta para a necessidade ideal de ofertas da RAS, denominado de “carteira de serviços”, com base nas diretrizes clínicas baseadas em evidência, que envolve a especificação dos serviços a serem ofertados pela APS em todos os municípios. Serviços a serem ofertados pela atenção secundária das microrregiões sanitárias e serviços de alta complexidade nas macrorregiões (MACHADO, 2009; MENDES, 2011).

O contrato de gestão é imprescindível, além de ser instrumento de formalização entre os gestores e os prestadores de serviços. O Contrato Organizativo da Ação Pública da saúde (COAP) trata-se de um acordo de colaboração que visa organizar e integrar as ações e serviços de saúde dos entes federados em uma região de saúde. Foi proposto pelo Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), foca a pactuação através de novas propostas de contratos, que “não passam de regras de comportamento” (MENDES, 2011).

É desta forma que o pacto pela saúde, ao normatizar a solidariedade e cooperação entre os entes federados, tentou buscar, ao nivelar as condições de saúde da população, o atendimento às necessidades básicas, independentemente das regiões. O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, além de orientar a constituição de redes regionalizadas, define o papel das CIBR como instância de articulação dos gestores municipais “na distribuição dos serviços e trabalhadores da saúde, visando garantir o amplo acesso às ações em saúde em diferentes níveis de atenção” (SANTOS; GIOVANELLA, 2014, p. 624).

[...] o problema é a dialética da relação entre as três esferas. Não se questiona a necessidade de descentralização e de desconcentração do poder da União para as unidades federadas, o que se procura é equilibrar as forças entre as esferas, sem que o que foi conquistado pela esfera municipal seja perdido em nome de uma racionalidade econômica e política de mercado, o custo ótimo dos serviços, como querem os economistas e os governos estaduais (DUARTE *et al.*, 2015, p. 481).

Portanto, essa solidariedade do nosso ponto de vista vincula-se à solidariedade mecânica defendida por Durkheim (1978), pois corresponde a uma tolerância mútua entre os

adversários, cuja simpatia é mais forte que o antagonismo e supõe cooperação enquanto ato de dividir uma tarefa em comum.

Para Demo (2002), o discurso da solidariedade, além de ser tendencialmente o discurso dos dominantes, não passa de ajuda residual e, no entanto, dificilmente implica emancipação e autonomia das populações pertinentes. Trata-se, segundo o autor, de uma “solidariedade de fachada”, que visa a encobrir um “governo que apenas cuida da moeda e dos bancos, além dos compromissos impostos internacionalmente pela cúpula neoliberal” (DEMO, 2002, p 163).

Segundo o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), o conceito de territorialização consiste no reconhecimento e na apropriação, pelos gestores, dos espaços locais e das relações da população, expresso por meio dos dados demográficos e epidemiológicos, pelos equipamentos sociais existentes (tais como associações, igreja, escolas, creches etc.), pelas dinâmicas das redes de transportes e de comunicação, pelos fluxos assistenciais seguidos pela população, pelos discursos das lideranças locais e por outros dados que se mostrem relevantes para a intervenção no processo saúde/doença com o próprio contexto histórico e cultural da região (BRASIL, 2006).

Desta forma, o Sistema de Saúde brasileiro, no processo contínuo de territorialização do ponto de vista metodológico, delimita seus limites geográficos e sua população adscritas em diferentes territórios sanitários: Território local - com atendimento autossuficiente nos serviços de atenção primária à saúde; território mesorregional - autossuficiência nos serviços de atenção secundária à saúde e território macrorregional – autossuficiência nos serviços de atenção terciária.

Reconhecer a questão territorial é fundamental. No Brasil, o estudo do território é ainda relativamente recente e, no tocante a isso, há que se levar em consideração as desigualdades territoriais atreladas à “prática do neoliberalismo que acarreta mudanças importantes na utilização do território, tornando seu uso cada vez mais seletivo do que antes, e unindo assim as populações mais pobres, mais isoladas, mais dispersas dos grandes centros e dos centros produtivos.” (SANTOS; SILVEIRA, 2006, p. 302).

Acontece que os modelos e a gama de serviços que constituem o sistema público de saúde não se dão de uma mesma forma entre os municípios, o que faz com que os municípios de pequeno porte não consigam disponibilizar de todos os níveis de atenção, administrando apenas a atenção básica, ficando a cargo de outros municípios a oferta de cuidados especializados ou de alta complexidade. Outro fato a ser levado em consideração é a abrangência de vários municípios em uma determinada região de saúde.

O esforço concentra-se no reforço da cooperação e solidariedade para a integração dos serviços em redes regionais, que se tornem resolutivas, com estruturas que garantam a efetiva integralidade da atenção à saúde, a qual pressupõe o acesso desde a atenção básica até a alta complexidade.

No caso do Brasil, o Sistema Integrado de Saúde é denominado de Rede de Atenção à Saúde (RAS). A temática sobre a Integração de serviços de saúde por meio do processo de regionalização não é recente e esteve presente na política nacional de saúde no Brasil em diversos momentos históricos e políticos: Programa de Interiorização das Ações de Saúde (1976); Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (1980); Ações Integradas de Saúde (1982-1986), e Sistema Único Descentralizado de Saúde (1987) (CATÃO, 2011; DUARTE; CONTEL; BALBIM; 2013; LAVRAS, 2011; MERCADANTE, 2002).

O modelo atual de atenção possibilita uma integração horizontal e vertical e almeja melhores resultados econômicos e sanitários. Todavia, pressupõe flexibilização do desenho regional para a definição das necessidades e preferências da população, uma vez que se torna inviável o desenho de uma única rede que dê conta dos problemas de saúde da população, tendo em vista a segmentação do exercício do direito à saúde de ordem geográfica. Pensa-se, assim, na construção social da saúde.

É importante salientar que no SUS é utilizada a cooperação gerenciada e os níveis de atenção à saúde estão atrelados à territorialização em razão de escala de equipamentos e também a uma escala de população em relação aos serviços de saúde. O processo de territorialização deve identificar, a partir de certos critérios, diferentes territórios sanitários (MENDES, 2007).

Neste item, apresentamos os condicionantes para a regionalização da saúde no Brasil. Buscamos incluir em nossa análise a identificação de elementos conceituais fundamentais para se pensar e propor o sistema de Saúde no Brasil, com a clareza de que o caminho ainda é novo, mas a materialização de territórios específicos se faz fundamental.

## **CAPÍTULO 4**

### **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Nesta seção, apresentamos as bases metodológicas, os objetivos e as hipóteses de investigação que orientaram a recolha e a análise dos dados. Recorreu-se à análise documental, com base em atas das reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão Intergestores Bipartite Regional (CIB-Regional), Planos Municipais de Saúde, Plano Estadual de Saúde e documentos oficiais, com o objetivo de validar as informações obtidas nas entrevistas e observações realizadas, pois caracteriza-se como uma fonte importante de pesquisa.

Para melhor análise do tema proposto, entrelaçaram-se atividades de revisão bibliográfica, utilizando teorias consistentes de vários autores, à análise dos conteúdos identificados nas entrevistas e observações participantes sobre regionalização, política pública de saúde, Atenção Básica, indivíduo e necessidades humanas básicas.

Foram, ainda, aplicadas entrevistas junto aos gestores da Política Pública de Saúde, associadas à observação participante realizada nas Unidades Básicas de Saúde. Por meio dos dados levantados, alguns períodos se apresentam como sendo importantes e que merecem ser analisados na tese, aqui descritos brevemente, e que compõe a segunda parte desta investigação:

1. A Constituição Federal de 1988 – Reconhecimento da saúde como direito de cidadania vinculada à segurança social;
2. Governo Itamar Franco, (1993 a 1994) – Descentralização da saúde como carro-chefe e o foco na Atenção primária à saúde;
3. Governo Fernando Henrique Cardoso, (1995 a 2002) – Adoção de programas de privatização com a substituição do Estado de intervenção pelo Estado de regulação com foco na transferência de gestão das políticas públicas;
4. Governo Luiz Inácio Lula da Silva, (2003 a 2010) – Continuidade da Atenção primária com implantação de metas, criação do pacto pela saúde e redefinindo a descentralização da saúde com planejamento regional.

Desta forma a tese tem como objetivo geral: O objetivo geral de nossa pesquisa é o seguinte: compreender o processo sócio-político e territorial de regionalização para organização dos serviços no atendimento das necessidades sociais de saúde da população na região de abrangência da 5ª regional de saúde no Estado do Paraná.

Os objetivos específicos correspondem, a) compreender os processos de regionalização e seus impactos para a população; b) entender as necessidades e possibilidades da prática de intervenção no âmbito da saúde para além da demanda espontânea; c) contextualizar a demanda sem acesso a política pública de saúde; d) perceber os critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos no plano regional.

Neste sentido é imperativo trazer à tona quatro pressupostos: 1) não existe articulação entre as políticas públicas municipais com incidência territorial e a política de gestão territorial; 2) no processo de institucionalização da rede de atenção básica não está sendo levadas em considerações as diferenças regionais; 3) não existe coesão social e territorial aos serviços

sociais; 4) os governantes não implantam programas, planos e projetos atendendo à realidade/necessidades dos munícipes.

#### **4.1 Metodologia de Investigação**

O desenvolvimento de uma pesquisa deve partir do princípio de que é através da investigação que se reflete e formulam os problemas que emergem na prática, que ocasionam o debate e se elevam as ideias inovadoras. Dessa forma, a investigação coloca ao pesquisador a clareza da incorporação de concepções teóricas e de instrumentos práticos de apreensão e interpretação do fenômeno, agregando “o saber acumulado na história humana e investindo no aprofundamento das análises e fazer novas descobertas em favor da vida humana” (CHIZZOTTI, 2014, p. 19).

As profundas transformações contemporâneas colocam desafios às ciências sociais e humanas no que se refere aos programas políticos neoliberais, o processo de globalização planetária da economia, da cultura, das comunicações e das tecnologias que colocam ainda mais as desigualdades sociais em evidência.

Essas transformações no cenário mundial passam a exigir ao investigador uma posição social em relação à realidade que o cerca, no sentido de optarem por pesquisas que reforcem o “compromisso de uma prática válida e necessária na construção solidária da vida social” (CHIZZOTTI, 2014, p. 58). Exige-se do investigador um distanciamento de definições objetivas e universalizantes de neutralidade.

Ciente da contribuição e evolução das pesquisas no campo das ciências sociais e humanas, tomamos uma posição social pautada na teoria crítica por entendermos que essa teoria busca apreender o ser social a partir de mediações. Apreende-se dialeticamente a realidade em seu movimento contraditório, movimento no qual e através do qual se engendram como totalidade as relações sociais que configuram a sociedade capitalista. Portanto, “o princípio de união dos contrários abrange as totalidades parciais e as totalidades fundamentais. Isso significa perceber que existe uma relação dialética” (MINAYO, 2008, p. 38).

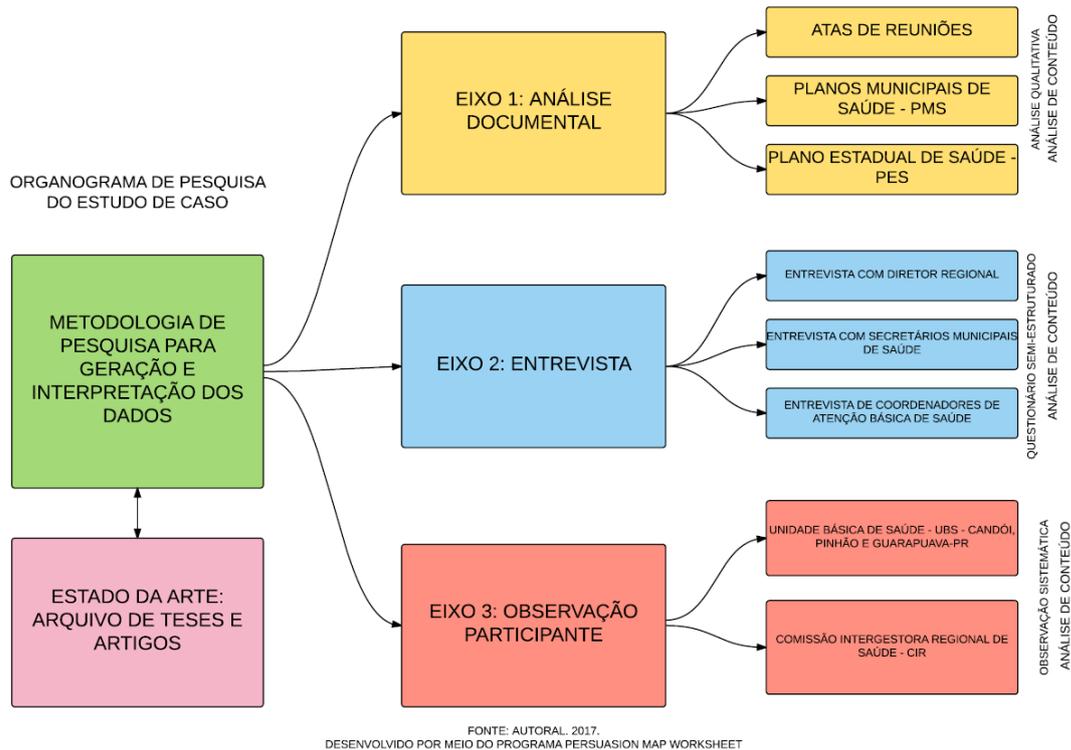
Para Canzonieri (2010), a teoria crítica direciona o olhar nas contradições da realidade em transformação. Portanto, fornece base para a interpretação dinâmica e totalizante da realidade (GIL, 2008), bem como desafia os pressupostos das instituições dominantes da sociedade (ANGROSINO, 2009).

A partir destes conceitos e diante da pluralidade de metodologias científicas que constituem o campo das pesquisas sociais, optamos pela aplicação de um método teórico-

analítico suficientemente capaz de respaldar a análise dos dados obtidos/gerados na investigação face ao objetivo de pesquisa. Assim, a seguir passamos a descrever, classificar e explicar os procedimentos científicos que moldaram nossa pesquisa.

Desse modo, em função do caráter multifacetado que o objetivo de pesquisa impôs, foram adotadas diferentes estratégias teóricas, bem como se utilizaram diferentes instrumentos metodológicos. Enquanto a discussão de cada um deles consta dos itens acima apresentados, segue um organograma que, em linhas gerais, estabelece os três eixos fundamentais da pesquisa:

**Figura 2** – Organograma dos eixos fundamentais da pesquisa



**Fonte:** Autora.

Cumprir informar que a pesquisa está sustentada por estado de arte consistente com a problemática apresentada, cujos resultados embasam o olhar da pesquisadora, bem como permitem que experiências de investigações similares sejam tomadas como parâmetro para produção de conhecimento sobre realidade do Estado brasileiro do Paraná.

Uma vez explicitados os métodos e as técnicas para obtenção/geração de dados, discutem-se, na sequência, os resultados de análise e de interpretação de pesquisa documental (eixo 1), de entrevistas semiestruturadas (eixo 2) e de observação participante (eixo 3). A apreciação holística (integrada) desses eixos permite que se compreenda como o conceito de “regionalização” foi apreendido pelos gestores e pelos coordenadores que provém ação e serviços de atenção à saúde da população.

A proposta do objeto de pesquisa foi amadurecida pela pesquisadora com o desenvolvimento do projeto de tese desenvolvido na disciplina de seminários de investigação. Após o protocolo do projeto, delineamos o objeto de investigação proposto.

No decorrer do delineamento da pesquisa, constatamos a necessidade de realizar algumas alterações no projeto original. A primeira medida foi em relação ao problema central da tese, e optamos por substituir o pronome interrogativo “*como*” para a expressão de valor semântico distinto “*em que medida*” os gestores interpretam a regionalização da saúde no

atendimento às necessidades de saúde da população da região Centro-Oeste do Paraná, haja vista que “como” atribui valor de funcionamento, e “em que medida” atribui o valor de impacto, e assume que o fenômeno ocorre.

Essa substituição no levou a redefinir a amostra excluindo os usuários dos serviços de saúde do universo da pesquisa, pois se pretende a apreensão da *regionalização da saúde sob a interpretação dos gestores*. O que deixou de fazer sentido incluir os usuários na pesquisa.

A definição da amostra da pesquisa se deu por amostragem estratificada, a qual “focaliza as características de um subgrupo particular para facilitar sua comparação com outros subgrupos” (GIL, 2009, p. 27). Desta forma, o estudo buscou entre os municípios<sup>70</sup> que compõem a quinta regional de saúde a estratificação em grupo dos municípios de pequeno, médio e grande porte<sup>71</sup>.

Após a classificação destes municípios em pequeno, médio e grande porte estabelecemos o critério de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM, em baixo, médio e alto, e os municípios selecionados foram Candói – PR (pequeno porte e baixo IDHM), Pinhão - PR (Médio porte e Médio IDHM) e Guarapuava - PR (grande porte e alto IDHM).

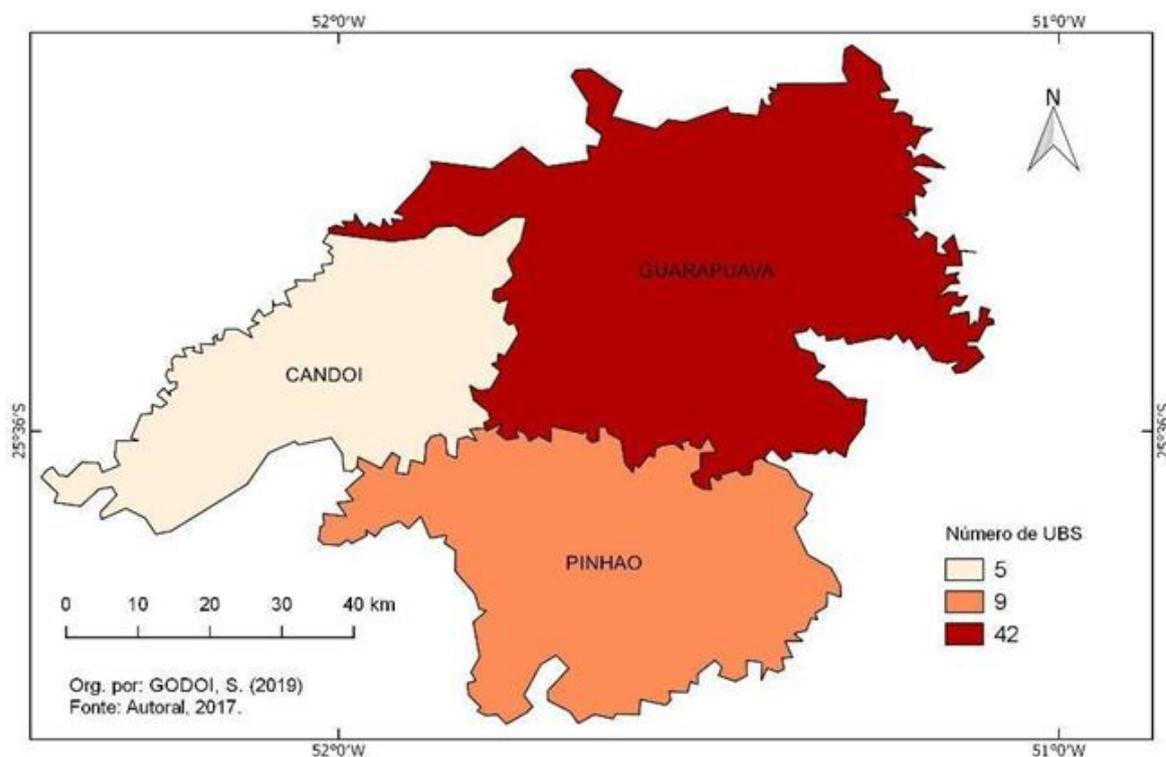
Definido os municípios, realizou-se a identificação e seleção das Unidades Básicas de Saúde, enquanto serviços que compõem a Rede de Atenção Básica de saúde e, portanto, constitui-se a porta de entrada do sistema de saúde. As UBS estão assim distribuídas em cada município:

---

<sup>70</sup> Boa Ventura do São Roque, Campina do Simão, Candói, Cantagalo, Foz do Jordão, Goioxim, Guarapuava, Laranjal, Laranjeiras do Sul, Marquinhos, Nova Laranjeiras, Palmital, Pinhão, Pitanga, Porto Barreiro, Prudentópolis, Reserva do Iguaçu, Rio Bonito do Iguaçu, Turvo e Virmond.

<sup>71</sup> Segundo IBGE (2012) as cidades de pequeno porte correspondem a aquelas que possuem até 20.000 habitantes; cidades de médio porte de 20.001 a 100.000 habitantes e de grande porte de acima de 101.000.

**Figura 3** – Número de Unidade Básicas de Saúde por municípios.



**Fonte:** Autora.

Diante desse universo e da “difícil quantificação dos fatos sociais, por não poder ser tratados como coisas.” (GIL, 2009), adotou-se a categoria território e os classificamos em território de baixa, média e alta vulnerabilidade social, tendo em vista que o SUS se organiza sob a base de um substrato territorial. Entendemos que essa mensuração nos permite capturar a administração local das desigualdades sociais em processo de segmentação social e territorial.

No município de Candói, foram selecionadas duas UBS: uma na zona urbana em território de média vulnerabilidade, a qual também atende população rural que circunda a cidade e uma na zona rural considerada de alta vulnerabilidade. O território de baixa vulnerabilidade não se constituiu neste município tendo em vista a não estratificação dos territórios e as próprias características do município, fato este que nos levou a selecionar uma UBS na zona urbana e uma na zona rural.

Da mesma forma foi procedido em Pinhão, onde também foram selecionadas duas UBS, uma na zona urbana em território de alta vulnerabilidade e uma na zona rural de média vulnerabilidade. Ressalta-se que em Pinhão somente um território estava estratificado, o que nos fez adotarmos o mesmo critério de seleção.

Guarapuava encontra-se com todos os territórios estratificados e assim procedeu na escolha das UBS uma em território de baixa vulnerabilidade na zona urbana, uma em território

de média vulnerabilidade na zona urbana e outra em território de alta vulnerabilidade em uma UBS que abrange uma área urbana e também uma área rural.

Ademais, para o desenvolvimento da coleta de dados, constatou-se a necessidade de redefinir as palavras chave, e novamente recorremos ao problema central da tese, o que resultou na redefinição das seguintes palavras-chave: *regionalização; território; gestão; direito à saúde, Política de Saúde, necessidades básicas* tornando mais fácil a compreensão do leitor.

Realizados os ajustes, iniciamos a pesquisa bibliográfica que corresponde à busca de conhecimento prévio acerca de um problema em referências teóricas já tornadas públicas (CANZONIERI, 2010). Tratam-se das contribuições de diversos autores sobre o assunto que se definiu na pesquisa, e, sua vantagem, “reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais amplo do que aquela que poderia pesquisar diretamente.” (GIL, 2008, p. 50).

Haja vista a multiplicidade de plataforma de pesquisas de dados. Para o estado da arte, utilizamos os periódicos científicos, periódicos de indexação e teses de doutorado disponíveis em redes eletrônicas por meio de base de dados SciELO ([www.scielo.org](http://www.scielo.org)), acesso no período de 2014 a 2017 e periódicos da CAPES ([www.periodicos.capes.gov.br](http://www.periodicos.capes.gov.br)), acesso no período de 2014 a 2017, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ ([www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/biblioteca-da-ensp/](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/biblioteca-da-ensp/)), acesso no período de 2014 a 2017. Buscou-se priorizar periódicos Qualis A, através da identificação do ISSN na plataforma Sucupira<sup>72</sup>. A seleção preliminar dos artigos<sup>73</sup> foi feito através da leitura exploratória e crítica do título, resumo, palavras chave e metodologia.

Os periódicos consultados foram: Cadernos de Saúde Pública; Revista Pan-americana de Saúde Pública; História, Ciência e Saúde-Manguinhos; Saúde e Sociedade; Ciência & Saúde Coletiva, Revista de Saúde Pública; Trabalho, Educação e Saúde; Cadernos Prudentino de Geografia; Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais; Revista Geotextos; Revista RA’EGA; Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde; Revista Brasileira de Ciências Sociais, Revista Crítica de Ciências Sociais; Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas e, periódicos da Faculdade Latino-americana de Ciências Sociais (Flasco).

Outra fonte que recorremos foram obras de divulgação científica, consultadas em biblioteca física, através do sistema (fichário) de bibliotecas para definição do sistema

---

<sup>72</sup> A Plataforma sucupira é uma ferramenta que possibilita a coleta de informações, bem como, realiza análises e avaliações e se constitui em base de referência para o Sistema Nacional de Pós-Graduação (SNPG).

<sup>73</sup> Para a busca dos periódicos foram utilizados os seguintes descritores: Território, Descentralização, Regionalização, Política de Atenção Básica, determinantes sociais de saúde, Direito à Saúde, Cidadania, Necessidades de Saúde.

conceitual da pesquisa e fundamentação teórica. A consulta ao catálogo se fez primeiramente mediante o nome do autor, pois “pode indicar a autoridade no tratamento do assunto ou mesmo o ponto de vista que pode estar expresso na publicação” (GIL, 2008, p. 56).

Tivemos acesso às seguintes bibliotecas: Biblioteca da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Biblioteca da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) campus Santa Cruz, e campus CEDETEG em Guarapuava, Biblioteca da Escola de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, Biblioteca da Faculdade de Economia (FEUC), Coimbra Portugal e Biblioteca do Centro de Estudos Sociais (CES), Coimbra Portugal.

A pesquisa documental, para Gil (2008, p. 51), “vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda pode ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa”. Desta forma, como parte dos dados coletados para a pesquisa, utilizaram-se as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão Intergestores Regional (CIR) nos anos de 2015 e 2016, totalizando 15 atas. São elas:

**Quadro 6** – Atas das reuniões ordinárias e extraordinárias da CIBR.

Número e data	Nome
1ª Reunião Ordinária 18/03/2015	Ata da 1ª Reunião Ordinária/2015 - CIB Regional
2ª Reunião Ordinária 24/04/2015	Ata da 2ª Reunião Ordinária/2015 - CIB Regional
1ª Reunião Extraordinária 13/05/2015	Ata da 1ª Reunião Extraordinária/2015 - CIB Regional
3ª Reunião Ordinária 15/06/2015	Ata da 3ª Reunião Ordinária/2015 - CIB Regional
4ª Reunião Ordinária 30/07/2015	Ata da 4ª Reunião Ordinária/2015 - CIB Regional
5ª Reunião Ordinária 08/09/2015	Ata da 5ª Reunião Ordinária/2015 - CIB Regional
6ª Reunião Ordinária 16/10/2015	Ata da 6ª Reunião Ordinária/2015 - CIB Regional
7ª Reunião Ordinária 16/11/2015	Ata da 7ª Reunião Ordinária/2015 - CIB Regional
2ª Reunião Extraordinária 24/11/2015	Ata da 2ª Reunião Extraordinária/2015 - CIB Regional
8ª Reunião Ordinária 18/12/2015	Ata da 8ª Reunião Ordinária/2015 - CIB Regional
1ª Reunião Ordinária 22/03/2016	Ata da 1ª Reunião Ordinária/2016 - CIB Regional
2ª Reunião Ordinária 03/05/2016	Ata/Resumo da 2ª Reunião Ordinária/2016 - CIB Regional
3ª Reunião Ordinária 21/06/2016	Ata/Resumo da 3ª Reunião Ordinária/2016 - CIB Regional
4ª Reunião Ordinária 19/07/2016	Ata/Resumo da 4ª Reunião Ordinária/2016 - CIB Regional
5ª Reunião Ordinária 25/08/2016	Ata/Resumo da 5ª Reunião Ordinária/2016 - CIB Regional

Fonte: Autoral, 2017

A escolha do período não foi aleatória, pautou-se no fato de que a “pactuação” entre os municípios é anual e deve estar contido no Plano Municipal de Saúde. O Ano de 2016 foi um ano de eleições municipais e buscou-se identificar se essa prerrogativa teve impacto nas ações de “pactuação”. Foi realizada a leitura de todas as atas, tendo como foco a atuação da

CIR frente ao pacto pela saúde com ênfase na regionalização e o atendimento às necessidades de saúde da população.

O gênero textual “ata” é um documento que se produz simultaneamente a uma reunião ou encontro com elevado grau de formalidade, onde se tratam assuntos ou se tomam decisões que exijam registro com peso de regulamentação. Essas condições específicas foram levadas em consideração na análise dos materiais, bem como o fato de que quem registra as atas não é, geralmente, a pessoa que conduz a reunião.

Seria ingênuo admitir que as palavras do outro sobrepostas às palavras dos gestores são as mesmas. Ao mesmo tempo, a pessoa que registra é funcionária daquele que conduz no momento o evento. Essa pessoa é subordinada à chefia do gestor. Desse modo, sabe-se que, dificilmente, haverá nas atas comentários ou insinuações que possam ferir a imagem do gestor.

Desta forma, a análise interpretativa voltou-se para a identificação de elaboração das propostas com foco na população, o encaminhamento referente à pauta, discussões e votações, estratégias de fortalecimento na elaboração e aplicação do plano de ação regional, ou seja, o acompanhamento da pactuação através do COAP, as estratégias de fortalecimento da rede de atenção à saúde, o caráter solidário e cooperativo da pactuação entre os gestores; a APS e a articulação com as redes de atenção à Saúde, ações e os serviços em resposta às necessidades da população e a autonomia dos municípios<sup>74</sup>.

Nossa coleta de dados estendeu-se também junto aos consórcios intermunicipais, para a identificação da provisão de bens e serviços prestados aos municípios em atendimento às consultas médicas especializadas e exames de média e alta complexidade. Desta forma, estabeleceu-se contato telefônico para agendamento de dia e horário para a coleta dos dados junta aos quatro consórcios intermunicipais que desenvolvem a cooperação com os municípios na provisão de serviços de média e alta complexidade.

Outros documentos foram os Planos Municipais de Saúde (Candói, Pinhão e Guarapuava) do ano de 2016, bem como o Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015. É através do Plano Estadual de Saúde que os municípios firmam a pactuação e elaboram seus respectivos Planos Municipais de Saúde. Todos esses documentos também foram analisados com foco na regionalização da saúde e o atendimento às necessidades de saúde da população.

Ainda em relação à pesquisa documental, foram utilizados documentos oficiais para corroborar na análise: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001; Diretrizes do Pacto pela Saúde (Portaria MS/GM nº

---

<sup>74</sup> Este mesmo foco foi utilizado para as análises interpretativas dos Planos Municipais de Saúde e do Plano Estadual de Saúde.

399 de 22/02/06); Política Nacional de Atenção Básica (Portaria MS/GM nº 648 de 28/04/06); Regionalização Solidária e Cooperativa, volume 3 e Política de Promoção da Saúde volume 7, que compõem a série Pacto Pela Saúde.

Referente à forma de abordagem do fenômeno pesquisado buscando torná-lo explícito, optamos pela pesquisa qualitativa<sup>75</sup>, pois é através desta abordagem que se busca a compreensão de forma mais aprofundada de “tudo que se refere ao ser humano, enquanto indivíduo ou membro de um grupo ou sociedade” (CANZONIERI, 2010, p. 38).

Ainda, Minayo e Guerreiro (2014, p. 1105) salientam que:

[...] as pesquisas qualitativas estão fortemente conectadas com os desejos, as necessidades, os objetivos e as promessas de uma sociedade democrática, pois os pesquisadores que atuam nesses campos devem assumir compromissos de cidadania com as pessoas e os temas com os quais trabalham.

Isso porque a abordagem qualitativa coloca o pesquisador em relação direta com o objeto de estudo, o que possibilita a percepção de fatos abstratos proeminentes para a pesquisa. E, desta forma, pressupõe o envolvimento do pesquisador e sua relação de intersubjetividade com os grupos sociais (CANZONIERI, 2010; MINAYO; GUERREIRO, 2014).

O paradigma qualitativo nos possibilita a percepção dos comportamentos e atitudes que se cruzam e inter-relacionam com as práticas dos sujeitos na vida cotidiana, revelando fenômenos sociais complexos e multidimensionais.

Embora tenhamos optado pela pesquisa qualitativa, isso não significa que não adotamos abordagem quantitativa, pois entendemos que “não há quantificação sem qualificação” e que “não há análise estatística sem interpretação” (BAUER; GASKELL; ALLUM, 2015, p. 24). Assim, foi fundamental a utilização de estatísticas para corroborar com os fatos sociais pesquisados.<sup>76</sup>

Para tanto, registros estatísticos também fizeram parte de nossa pesquisa, pois entendemos que são muito úteis para uma pesquisa social, desta forma utilizamos de dados estatísticos através do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, bem como o caderno estatístico dos municípios disponibilizados pelo Instituto Paranaense de

---

<sup>75</sup> Chizzotti (2014) aponta as transformações e contribuições da pesquisa qualitativa em cinco marcos históricos: o primeiro marco corresponde ao fim do século XIX; o segundo marco, corresponde à primeira metade do século XX; terceiro marco, pós Segunda Guerra Mundial até os anos de 1970; quarto marco, de meados dos anos de 1970 a década de 1980; quinto marco, da década de 1990 em diante. (CHIZZOTTI, 2014, p. 48-56).

<sup>76</sup> “Enfoques qualitativo e quantitativo como referência à pesquisa social e representam posições epistemológicas profundamente diferentes [...] a pesquisa qualitativa é, muitas vezes, vista como uma maneira de dar poder ou dar voz às pessoas, em vez de tratá-las como objetos, cujo comportamento deve ser quantificado e estatisticamente modelado. Essa dicotomia é inútil” (BAUER; GASKELL, 2015, p. 29-30).

Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES e, ainda, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS<sup>77</sup>.

Os dados estatísticos foram fundamentais para a elaboração de um quadro comparativo sobre o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM, bem como apresentação gráfica da distribuição dos serviços de saúde nos municípios. Portanto, esse trato quantitativo nos possibilitou também a análise qualitativa no que diz respeito às ações e serviços de saúde na região de saúde pesquisada.

Nesse sentido, optamos pelo estudo de caso, como procedimento técnico que, para Gil (2009), possibilita estudar em profundidade o grupo, organizações ou fenômenos, considerando suas múltiplas dimensões. De tal modo, o estudo de caso é útil para investigar novos conceitos, bem como para verificar como são aplicados e utilizados na prática elementos de uma teoria (YIN, 2010). Outra justificativa pela escolha do estudo de caso é pelo fato de que “a estruturação permite atender às forças extra locais que moldam os acontecimentos e as situações” (MENDES, 2003).

O estudo de caso possibilita, conforme Martins (2006), “a penetração em uma realidade social, não conseguida plenamente por um levantamento amostral e avaliação exclusivamente quantitativa” (MARTINS, 2006, p. 9). Trata-se de um procedimento metodológico de investigação de um fenômeno social, que nos permite analisar um contexto, uma situação ou um problema específico de uma dada realidade em um dado tempo. Este método embora enfatize a unidade e a globalidade de um determinado fenômeno concentra atenção nos aspectos que são relevantes para o problema de investigação (COIMBRA; MARTINS, 2013).

É nesse sentido que o objetivo desta pesquisa não foi construir teoria ou elaborar abstrações, mas compreender em que medida os gestores interpretam a regionalização da saúde no atendimento às necessidades de saúde da população da região Centro-Oeste do Paraná. Sendo assim, o aspecto relevante para o problema de investigação é a regionalização como diretriz estruturante do SUS. Isso porque “o problema posto em uma investigação científica se caracteriza como um sistema teórico cujo princípio unificador, ao invés de se constituir exclusivamente de teses autênticas de uma dada teoria, é uma questão que nelas se sustenta.” (ABRANTES; MARTINS, 2007, p. 323).

---

<sup>77</sup> O DATASUS é um departamento de informática com o objetivo de subsidiar análises objetivas da situação sanitária e também na elaboração de programas de ações de saúde. Surgiu no ano de 1991, juntamente com a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Para efetivação do pacto por uma regionalização solidária e cooperativa, fez-se necessário o agrupamento de vários municípios em regiões de saúde e, na região centro-oeste do Paraná, instituiu-se a quinta Regional de Saúde enquanto instituição responsável por orientar, organizar e implementar a regionalização da política de saúde junto aos municípios que a compõe.

Definido o estudo de caso, elaboramos o detalhamento do trabalho de campo com a elaboração do protocolo de estudo de caso que “é um instrumento orientador e regulador da condução da estratégia de pesquisa, e constitui em um forte elemento para mostrar a confiabilidade de uma pesquisa” (MARTINS, 2009, p. 74).

O protocolo foi construído a partir do início do projeto de pesquisa tendo em vista que o mesmo deve refletir a investigação real. Tratou-se de um check-list com o levantamento das informações que precisaram ser coletadas e os procedimentos para coletá-las.

**Quadro 7** – Check-list orientador do estudo de caso

Check-list	Procedimentos
Tendo já definido no projeto os sujeitos da pesquisa, o segundo passo foi o de identificar os entrevistados <sup>78</sup> .	Através de contato telefônico, foi identificado o nome dos secretários municipais de saúde, diretor da regional de saúde e coordenadores da atenção básica.
Autorização para a pesquisa.	Contato telefônico para agendamento da entrega de solicitação de autorização para realização da pesquisa. Para a realização das entrevistas foi solicitado assinatura dos entrevistados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado em duas vias ficando uma via com a investigadora e outra com o entrevistado.

Continua...

<sup>78</sup> Entre a identificação dos nomes dos entrevistados e o agendamento para a realização da observação participante e das entrevistas (abril de 2015 a março de 2016) houve alterações de gestores. Na quinta Regional de Saúde, ocorreram quatro mudanças de gestores, o que levou à reformulação de autorização da realização da pesquisa. Em Pinhão, houve troca de secretário de saúde e coordenador de atenção básica, o que nos levou a começar a coleta com uma pessoa e finalizar a coleta com outra pessoa. Em Cândói, houve troca do secretário de saúde.

Conclusão.

Check-list	Procedimentos
Protocolo do projeto de pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.	Acesso ao site Plataforma Brasil <sup>79</sup> , para providência do check-list e cadastro do projeto de pesquisa no sistema. Antes do início da coleta de dados.
Documentos a serem consultados (Através da base teórica foram definidos e elencados instrumentos institucionais como fonte de pesquisa).	Em posse da autorização para a realização da pesquisa, foram solicitados pessoalmente os documentos definidos, bem como listado documentos oficiais, e acessado por sites governamentais. (estadual, municipal, federal).
Procedimentos para coleta de dados.	Após definidos os documentos e as fontes para coleta de dados, buscou-se identificar os funcionários-chave para cada setor.
Questões para o estudo de caso.	Elaborado um conjunto de questões que refletem detalhadamente a proposição da pesquisa. Utilizou-se da revisão teórica sobre o tema abordado e foram utilizadas como fonte de orientação.

Fonte: Autora.

A defesa dos direitos humanos não poderia deixar de fazer parte da tese, pois a pesquisa envolve seres humanos<sup>80</sup> e, desta forma, a ética não deixou de ser uma preocupação constante. Destarte, no campo das ciências sociais e humanas, a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, nos que diz respeito às regulamentações e orientações no Brasil, sempre foi um campo conflituoso. E, mesmo com a reformulação da Resolução CNS 196/96<sup>81</sup> que resultou na Resolução CNS 466/2012<sup>82</sup> e Resolução 510/2016<sup>83</sup>, alguns autores (ALBUQUERQUE, 2013; MINAYO; GUERRIERO, 2014) consideram que os referenciais dos direitos humanos na vertente axiológica não são claramente aceitos como balizadores de pesquisa envolvendo seres humanos.

O estudo ora apresentado se trata de uma pesquisa social em saúde, que envolve relações entre pessoas e entre instituições. Assim, entendemos que a ética em pesquisa

<sup>79</sup> A Plataforma Brasil é um sistema eletrônico criado pelo Governo Federal para sistematizar o recebimento dos projetos de pesquisa que envolve seres humanos nos Comitês de Ética em todo o país.

<sup>80</sup> Pesquisa envolvendo seres humanos, é a pesquisa que individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou em partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos (BRASIL, 2013).

<sup>81</sup> A Resolução 196/96 estabeleceu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em reunião ordinária realizada nos dias 09 e 10 de outubro de 1996. No entanto nada trás em especial para pesquisas no campo das ciências sociais e aplicadas, “evidenciando assim a extrapolação de uma definição de pesquisa elaborada por uma determinada área de conhecimento para todas as áreas” (GUERREIROS; MINAYO, 2014, p. 768).

<sup>82</sup> A Resolução CNS 466/2012, foi publicada em 13 de junho de 2013. Foi resultado da consulta pública realizada no período de 12 de setembro a 10 de novembro de 2011 que resultou em 1.890 sugestões por via eletrônica e apresentação de 18 documentos pelo Correio. Tudo foi tabulado e submetido às análises dos participantes do Encontro Nacional dos Comitês de Pesquisa realizado nos dias 11 e 12 de dezembro de 2012. Assim, ficam revogadas as Resoluções CNS Nos 196/96, 303/2000 e 404/2008 (BRASIL, 2013).

<sup>83</sup> A Resolução CNS nº 510/2016 trata da pesquisa envolvendo seres humanos na área das ciências sociais e aplicadas e ciências humanas e também foi fruto da reformulação da Resolução CNS nº 196/96.

envolvendo seres humanos deve permear a pesquisa como um todo, desde mesmo a escolha do tema, definição do objeto, nos procedimentos e etapas da pesquisa enquanto um processo. Portanto, nossa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética envolvendo seres humanos na Universidade Estadual do Centro Oeste - Unicentro sob parecer de nº 1.123.778 de 23/06/2015.

Independente da conceituação e definição de risco em pesquisa envolvendo seres humanos, o pesquisador deve sempre ter em mente a proteção do sujeito humano, não apenas emitir preocupação em salvaguardá-lo de danos físicos ou psíquicos. Trata-se de proteger sua privacidade, de manter o sigilo de todos os dados de pesquisa que possam identificá-los.

Entendendo que nossa pesquisa não causa nenhum dano físico aos sujeitos, mas pode causar constrangimento ao responder algumas das questões. Ainda fato de tratar-se de observação participante, a investigação pode causar constrangimento em relação à presença da pesquisadora no ambiente pesquisado. Por isso foi garantido no TCLE a liberdade de não responder as questões ou se retirar da pesquisa, sendo devolvida a cópia do TCLE pela pesquisadora.

Mesmo assim, considerando que toda pesquisa pode apresentar um risco mínimo (causar um dano significativo ou, ao contrário, pode não causar dano, porém permanecer na zona tensionante de risco), o sigilo e o anonimato foram garantidos aos participantes e contido no TCLE. Desta forma, utilizou-se para a apresentação e análises dos dados siglas precedidas de número: EG3; EC4; EG14; EG17 e ainda EC4; EC5; EC14 e EC15.

Os formulários de pesquisa foram guardados em gavetas com chave, as entrevistas gravadas com a utilização do celular (iPhone) foram transcritas pela pesquisadora e arquivadas no documento WORD em computador pessoal, com senha de acesso. Esses dados, conforme determinam a Resolução 510/2016, serão mantidos em arquivo (físico e digital) sob guarda e responsabilidade da pesquisadora, por um período de cinco anos após a defesa da tese, os quais, a seguir, deverão ser destruídos.

Aqui se deve reforçar o papel do pesquisador no empenho ao que diz respeito ao esclarecimento da pesquisa, a garantia da fidelidade, o respeito pelo pesquisado e, principalmente, a solidariedade às formas de viver desses sujeitos e o cuidado em sua transcrição em texto (SCHMIDT, 2008).

Uma das técnicas de captação da realidade empírica utilizada em nossa pesquisa foi a observação participante, a qual consiste na “participação real do pesquisador na vida da comunidade” (GIL, 2009, p. 48). Ou seja, “é o ato de perceber um fenômeno, muitas vezes com instrumentos, e registrá-lo com propósitos científicos” (ANGROSINO, 2009, p. 74).

É no campo de pesquisa que o investigador realiza uma leitura de forma tridimensional da realidade, a aplicação da técnica no espaço concreto, em um tempo necessário, bem como as relações sociais que ocorrem entre os sujeitos no contexto em análise. Portanto, o campo de pesquisa se constitui como um dado a mais para a investigação (SCHMIDT, 2008).

Ao mesmo tempo, as observações realizadas em Candói, Guarapuava e Pinhão que tiveram por objetivo fornecer um cenário mais ou menos fidedigno dessa realidade a que se presta analisar (correlata ao objetivo e ao problema de pesquisa) não são “retratos fiéis”. A presença de um estranho – intitulado “pesquisador”- em um ambiente modifica atitude e comportamentos dos presentes: daqueles que se opõe aos gestores, daqueles que querem manter face positiva haja vista o peso do texto escrito (que poderá levar os nomes – ainda que isso não ocorra de fato) e daqueles que não gostariam de se expor. É impossível (e improdutivo) supor que fosse transparente uma relação laboral, ainda mais uma “observada” - segundo o senso-comum: vigiada.

Essas observações foram esmiuçadas em momento específico de análise. A entrada inicial é ilustrativa do momento de interpretação do projeto de investigação. Utilizou-se como ferramenta teórica a análise de conteúdo para se organizarem a estrutura geral das categorias e subcategorias ao passo que os pressupostos de Orlandi (2001) (sobre a questão da linguagem) e de Abrantes e Martins (2007) (sobre a questão da subjetividade na pesquisa científica) foram adotados como base para estabelecimento dos critérios que direcionam a leitura e apreciação dos resultados.

Desta forma, o primeiro campo de pesquisa para a observação participante se deu nas reuniões da Comissão Intergestores Bipartite Regional – CIBR, mediante concordância dos seus membros com a presença da pesquisadora entre eles, solicitada na primeira reunião ordinária realizada no dia 22/03/2016, com a apresentação do projeto de pesquisa. Participamos ao todo de quatro reuniões das cinco que ocorreram durante o ano de 2016<sup>84</sup>.

A escolha das reuniões da CIBR se deu por ser o espaço de reunião de todos os dirigentes municipais da região de saúde em estudo, enquanto gestão regional, portanto, é nesse espaço que se estabelecem os pactos como instrumento de reforço da regionalização para a conformação de redes de atenção à saúde. Portanto, um espaço propício para o entendimento das relações entre os representantes regionais e estaduais no estabelecimento do pacto pela

---

<sup>84</sup> Para a inserção da pesquisadora no campo realizou-se o contato com a coordenação da CIB, estabelecendo uma agenda para uma primeira conversa. Tendo em vista que até esse momento a pesquisadora apresentou o projeto de pesquisa para outros dois diretores em um período de menos de um ano.

saúde, bem como as práticas estabelecidas e as opiniões dos sujeitos. Tratam-se de elementos que em outra técnica de investigação não seriam captados a contento.

Para o registro das informações, utilizou-se um diário de campo através de anotações em um caderno. O diário de campo é ideal para o registro de “impressões sobre o cotidiano dos sujeitos observados, atentando para o fato de que aquilo que se anota ainda não é dado científico, pois surge a partir da submissão das informações coletadas às categorias de análise construídas pela reflexão teórica” (FERNANDES; MOREIRA, 2013, p. 519).

Optou-se pela observação sistemática através da elaboração de um protocolo de observação, ou roteiro de campo, com questões sobre o que se deve observar focando o objetivo da pesquisa sem a preocupação de segui-lo de forma rígida absoluta (FERNANDES; MOREIRA, 2013).

Trata-se de um instrumento de apoio ao trabalho de reflexão sobre o conteúdo constante de todo o trajeto da pesquisa e não um receituário a ser seguido, o protocolo de observação deve ser utilizado como um convite à apropriação e metabolização nas situações concretas de pesquisa.

Sendo assim, para responder ao problema da tese, nesse campo de observação, nosso foco foi a atuação da CIB Regional frente ao pacto pela saúde com ênfase na regionalização. As anotações registradas no diário de campo foram transcritas no documento Word e organizadas de forma a responder ao que se estabeleceu no protocolo de observação.

**Quadro 8** - Protocolo de observação das reuniões ordinárias e extraordinárias da CIBR.

<b>A observação teve como foco:</b>
1. A elaboração das propostas no âmbito das reuniões (foco na população ou na oferta de serviços);
2. O acompanhamento da pactuação através do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP (estratégias de fortalecimento na elaboração e aplicação do plano de ação regional);
3. A realização e a avaliação dos resultados obtidos na pactuação (estratégias de fortalecimento da rede);
4. O caráter solidário e cooperativo da pactuação entre os gestores;
5. A APS e a articulação com as redes de atenção à Saúde;
6. O foco na população frente às ações e os serviços em resposta às necessidades e preferências da população;
7. Reconhecimento dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças (articulação com a promoção, prevenção, cura, cuidado e reabilitação);
8. O caráter normativo do SUS (autonomia dos municípios).

Fonte: Autora.

Outro campo de observação participante foram as Unidades Básicas de Saúde, que possuem em suas estruturas a Estratégia Saúde da Família, cuja concordância dos seus membros

para a inserção da pesquisadora no campo aconteceu através da mediação das Coordenadoras da Atenção Básica em saúde, com agendamento prévio para a inserção da pesquisadora no campo.

A escolha pelas UBS se justifica por ser a Atenção Básica em saúde (ABS) a “porta de entrada” de uma rede de serviços e estratégia para orientar e coordenar a organização do sistema de saúde em busca de respostas às necessidades da população. Nesse sentido, é um espaço propício para o entendimento das relações entre o gestor municipal e regional no estabelecimento da implantação da ABS e as demais redes de saúde, a relação estabelecida entre a população, bem como as práticas estabelecidas e as opiniões dos sujeitos no papel da atenção primária nos territórios.

O diário de campo e o protocolo de observação serviram como técnica de coleta de dados, desta forma o protocolo de observação nesse campo teve como foco a Atenção Básica em Saúde em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica. As anotações registradas no diário de campo também foram transcritas no documento Word e organizadas de forma a responder ao que se estabeleceu no protocolo de observação.

**Quadro 9** - Protocolo de observação nas UBS com ESF.

<b>A observação teve como foco:</b>
1. O acolhimento e a acessibilidade aos serviços pela população; (acolhimento escuta e oferta de uma resposta na resolução da maioria dos problemas de saúde da população – porta de entrada);
2. O vínculo e responsabilização entre as equipes e a população (acompanhamento dos efeitos da intervenção em saúde e outros elementos na vida dos usuários – Determinantes sociais de saúde, planejamento local das ações);
3. A articulação entre as ações de promoção, prevenção e vigilância à saúde (gestão do cuidado integral e coordenação no conjunto da rede de atenção – integração entre as redes);
4. A ampliação da autonomia dos usuários no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde (controle social);
5. A infraestrutura da UBS;
6. A educação permanente;
7. O processo de trabalho;
8. As atribuições comuns a todos os profissionais.

**Fonte:** Autora.

O período de tempo de observação nas UBS variou. No entanto, foram realizadas observações em média de uma semana, no período da manhã e tarde. Isso se justifica pelo fato de que:

[...] o exercício do rigor metodológico deve demonstrar ao pesquisador que uma quantidade grande de tempo despendido nem sempre é sinônimo de boa qualidade de informações, pois a dimensão temporal da permanência do pesquisador no campo de pesquisa liga-se ao objetivo da investigação” (SCHMIDT, 2008, p. 525).

Tendo em vista a dinâmica de duas UBS, foi necessário adaptar os horários e períodos de observação, assim, dividiu-se entre o período da manhã em uma e o período da tarde em outra, sempre alternando nos dias seguintes. Nas demais UBS, a observação ocorreu em período integral.

A observação participante nos permitiu o convívio em um terreno plural da teoria e da prática, através do deslocamento geográfico, tendo em vista que a pesquisadora percorreu mais de 300 km para a realização da observação participante, pelo fato de ser essa a distância entre a residência e o trabalho da pesquisadora. “E, é, ainda e principalmente, a disposição para mobilizar seus modos próprios de viver, pensar e sentir para encontrar e compreender modos próprios de viver, pensar e sentir de outro.” (SCHMIDT, 2008, p. 397).

Desta forma, “é na unidade articuladora entre a ideia e a ação ou entre a teoria e a prática que se efetiva a historicidade humana, concretizada no movimento de constituição da realidade social” (ABRANTES; MARTINS, 2007, p. 315). Portanto, o desafio do conhecimento, posto ainda sobre os ditames do neoliberalismo globalizado instiga os pesquisadores ao isolamento de lugares fixos, na recusa das verdades estabelecidas e na busca por discursos contra hegemônicos, na escuta do senso comum e dos saberes populares. A observação participante foi, em suma, um grande e fascinante desafio.

Angrosino (2009, p. 61) define a entrevista como “um processo que consiste em dirigir a conversação de forma a colher informações relevante.” Para tanto, deverá o investigador ter a “compreensão dos mundos da vida dos entrevistados e de grupos sociais.” (BAUER; GASKELL, 2015, p. 65). Como toda técnica das ciências sociais empíricas, “a entrevista é uma excelente técnica para apreender como os membros de uma dada categoria social mantêm, transformam e desafiam uma ou mais identidades”. Ainda: “a entrevista favorece o estudo de realidades sociais, cognitivas e simbólicas, que ultrapassam, atravessam ou cortam as ancoragens locais.” (MENDES, 2003, p. 9).

Enquanto técnica de coleta de dado, a entrevista é a mais utilizada no campo das ciências sociais, é considerada bastante adequada para obtenção de informações, pois “é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação” (GIL, 2008, p. 109).

Para Bauer e Gaskell (2015), não existe método para selecionar os entrevistados de investigações qualitativas. No entanto, devido à definição de critérios escolhidos para a seleção dos municípios pesquisados (e na busca de entender e compreender em que medida os gestores interpretam a regionalização da saúde no atendimento às necessidades de saúde da população), optou-se pela entrevista qualitativa junto aos secretários municipais de saúde de Candói, Pinhão e Guarapuava, gestor estadual responsável pela quinta regional de saúde, órgão responsável por auxiliar os municípios no que se refere à regionalização da política pública de saúde e, também, junto aos coordenadores da atenção básica de saúde, uma vez que a atenção básica passa a constituir-se em estratégia para orientar a organização dos sistemas de saúde e responder às necessidades da população.

Desta forma, realizou-se a entrevista por pautas a partir de um guião estruturado com algumas perguntas diretas, que permitiam ao entrevistado falar livremente. A entrevista por pauta “apresenta certo grau de estruturação, já que se guia por uma relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo do seu curso.” (GIL, 2008, p. 112).

Tendo em vista nosso interesse pela regionalização da saúde no atendimento às necessidades de saúde da população, foram realizadas perguntas abertas e em profundidade como objetivo de “sondar significados, explorar nuances, capturar as áreas obscuras que podem escapar às questões de múltipla escolha que meramente se aproximam da superfície de um problema.” (ANGROSINO, 2009, p. 62).

Foram elaboradas perguntas padronizadas<sup>85</sup> em bloco, orientadas por categorias, subcategorias e descritores. Utilizamos dois instrumentos orientadores a elaboração dos questionários aplicado nas entrevistas, um para os gestores, e outro para as coordenadoras da Atenção Básica.

---

<sup>85</sup> As perguntas foram padronizadas tendo em vista a comparação das informações entre si.

**Quadro 10** - Estrutura das pautas orientadora do questionário de entrevista aplicada aos gestores

<b>Categorias</b>	<b>Sub-categorias</b>	<b>Descritores</b>
1 – Atenção Básica	Rede de atenção à saúde	Foco na população; grau de importância e disponibilidade sobre os pontos de atenção (baixa, média e alta complexidade); o entendimento da AB como centro de comunicação; mudança em relação ao sistema hierárquico; organização em módulos integrados; organização dos fluxos e contrafluxos das pessoas.
2 – Governança	Gestão regionalizada.	Capacidade de cooperação e ação solidária; interdependência; capacidade financeira; busca pela redução das desigualdades e exclusão social e fortalecimento loco-regional.
3 – Territorialização	Cooperação entre os entes regionais,	Visão de território sanitário; clareza na definição da oferta de serviços à sua população adscrita; saúde baseada na população; caráter de desconcentração dos entes políticos; planejamento e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto nos condicionantes e determinantes de saúde.
4 – Sistema logístico.	Integração	Acesso com foco na pessoa usuária; rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso; transparência sobre a oferta de serviços prestados e a lista de espera; unicidade da fila de espera; estrutura de transporte em subsistema; transporte de emergência e urgência; transporte eletivo.
5 – Sistemas de informação	Processos decisórios.	Melhoria da qualidade do sistema de informação; prontuários clínicos únicos e informatizados; foco na evidência de ambiguidades; integração do sistema de saúde.

Fonte: Autora.

Embora as orientações sejam de que os instrumentos de pesquisa devam ser de igual conteúdo e teor para os entrevistados, nossos instrumentos foram tratados levando em consideração o papel e função de cada grupo de pesquisa – os gestores e os coordenadores – por entendermos que, embora o objetivo de todos seja o mesmo, em se tratando da regionalização da saúde e do atendimento às necessidades da população, algumas questões devem ser específicas. Para os gestores, foi elaborada uma questão específica sobre governança. Já para os coordenadores, a especificidade se dá no interesse em identificar a capacitação permanente da equipe no que se refere ao desempenho na execução da AB como coordenadora da rede como identificado no quadro abaixo.

**Quadro 11** - Estrutura das pautas orientadora do questionário de entrevista aplicada aos coordenadores

<b>Categorias</b>	<b>Sub-categorias</b>	<b>Descritores</b>
2 – Educação permanente.	Estratégia de gestão	Definição de prioridades; referência e contra referência; concepção ampliada do processo saúde-doença. (determinantes sociais da saúde), recursos humanos qualificados;

Fonte: Autora.

No que tange às entrevistas semiestruturadas, novamente pesa a questão da subjetividade da pesquisadora que, em campo, não se desvincula (apesar de agir “profissionalmente”) de toda a carga histórico-cultural que a constitui (assim como sua experiência no campo de atuação). Aspectos culturais da prosódia e de pragmática (usos e costumes) brasileiros também são afetos à produção dos dados.

Consequentemente, os “conteúdos” apresentados geralmente sob a forma de narrativas (os sujeitos que forneceram entrevistas contam histórias para que delas se extraiam as experiências e/ou opiniões) são interpretados à luz dessas “condições de produção” (ORLANDI, 2001).

As condições de produção “compreendem fundamentalmente os sujeitos e a situação”, ou seja, os sentidos do sujeito na produção do contexto imediato da enunciação<sup>86</sup>, se pensada de forma precisa, e de forma ampla envolve contexto social e histórico bem como ideológico, o imaginário produzido pelo sujeito, suas posições políticas (ORLANDI, 2001, p. 30-31).

Para Bardin (2010), as condições de produção compreendem “o que se procura estabelecer quando se realiza uma análise conscientemente ou não, é uma correspondência entre as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas.” (BARDIN, 2010, p. 41).

As entrevistas foram realizadas individualmente, após um primeiro contato para o agendamento de dia, horário e local da entrevista de acordo com as possibilidades do entrevistado. No dia, local e horário determinado pelo entrevistado, informamos a necessidade da coleta de assinatura no TCLE, entregando as duas cópias assinadas pelo entrevistador para leitura e esclarecimento dos entrevistados. Após, coletou-se a assinatura e foi entregue uma cópia ao entrevistado ficando outra cópia com a pesquisadora.

A entrevista iniciou-se com a explicação do motivo de nossa visita, o objetivo da pesquisa e sua importância para a região, enfatizado a importância da colaboração pessoal do entrevistado, bem como o agradecimento por ter aceitado participar da pesquisa. No intuito de tranquilizar o entrevistado, foi entregue o instrumento norteador de pesquisa para o conhecimento da pauta de perguntas, e pedido autorização para gravar o registro das respostas, “justificando como uma ajuda à memória e uma maior segurança para análise posterior” (BAUER; GASKELL, 2015, p. 82).

A utilização do gravador para o autor citado permite uma maior concentração no que é dito ao invés de ficar centrado nas anotações. Ao final da entrevista, foi deixado aberto para

---

<sup>86</sup> O termo enunciação refere-se à interação daquele que fala ou escreve com aquele para quem se fala ou escreve.

comentários caso o entrevistado entendesse necessário. Além de ser garantida a confidencialidade das informações, reforçou-se o agradecimento pela participação. Ao fim das entrevistas, as mesmas foram transcritas pela pesquisadora em arquivo do Word, no sentido de organizar para interpretar.<sup>87</sup>

A relação entre a dimensão teórica e prática da pesquisa está na interpretação dos dados em consonância com os estudos realizados para a estruturação dos instrumentos e técnicas da pesquisa. Desta forma, ao finalizar as transcrições das entrevistas, a leitura e tabulação dos dados anotados no diário de campo das observações participantes, estabeleceu-se a análise propriamente dita.

Assim, estruturou-se com a utilização das grelhas de entrevistas selecionados que resultou na elaboração das questões direcionadas aos gestores e coordenadores da saúde, associando às análises e aos dados transcritos nos diários de campo das observações participante realizadas junto às reuniões ordinárias da Comissão Intergestores Bipartite Regional e também nas Unidades Básicas de Saúde.

Neste momento foi realizada reorganização de todo o material com o objetivo de identificar os conceitos e ideias que permitiram criar os significados, as categorias, subcategorias e descritores, ou seja, corresponde ao momento de comparação de informações coletadas na investigação, a qual apresentamos no capítulo seguinte.

---

<sup>87</sup> Como se trata de uma pesquisa sobre conteúdos e expressões dos sujeitos de pesquisa, não houve descrição rígida do ponto de vista linguístico. Assim, a pontuação e eventuais sinais significativos em termos de expressão estão marcados no texto.

## CAPÍTULO 5

### AS DESIGUALDADES NO PROCESSO DE GESTÃO TERRITORIAL DA SAÚDE

Este capítulo corresponde à apresentação e análise dos dados resultantes do trabalho de investigação. Os dados obtidos por meio dos instrumentos metodológicos (anteriormente apresentados) foram submetidos à análise de conteúdo. Esse movimento interpretativo teve por objetivo compreender as relações sociais que indivíduos estabelecem com seu meio, em consonância com as práticas de prestação de serviço público de saúde.

Desta forma, apresentam-se os resultados obtidos através da geração e interpretação dos dados das entrevistas semiestruturadas (eixo 2) e das observações participante (eixo 3). A apresentação dos dados divide-se em quatro momentos.

O *primeiro momento* trata dos dados resultantes das entrevistas semiestruturadas realizadas junto aos gestores regionais da saúde. As entrevistas foram apoiadas em um guião com perguntas abertas aprofundando os elementos necessários para identificar o processo sócio-político e territorial de regionalização para organização dos serviços no atendimento das necessidades sociais de saúde da população. Desta forma, o guião foi padronizado em bloco, orientado por categorias, subcategorias e descritores.

O *segundo momento* diz respeito à apresentação dos dados das entrevistas semiestruturadas realizadas junto aos coordenadores da atenção básica. Tal qual o primeiro momento, utilizou-se um guião de perguntas abertas específicas para esse grupo, orientadas por categorias, subcategorias e descritores específicos. É importante reforçar que dividimos a aplicação das entrevistas a dois grupos (gestores e coordenadores), tendo em vista a compreensão de que existem funções e papéis diferentes entre os mesmos, muito embora o objetivo geral de todos seja o mesmo em se tratando da regionalização da saúde no atendimento às necessidades da população. Fez-se necessário, assim, a elaboração de duas questões específicas para os gestores e uma específica para os coordenadores da AB.

O *terceiro momento* relaciona-se com a observação participante realizada nas reuniões ordinárias da Comissão Intergestora Regional, com destaque no protocolo de observação definido.

O *quarto momento* reporta a observação participante junto às unidades Básicas de saúde tendo o cuidado de elaborar o protocolo de observação condizente com as diretrizes da Política Nacional de Atenção básica, e, conseqüentemente a Política Estadual de Saúde.

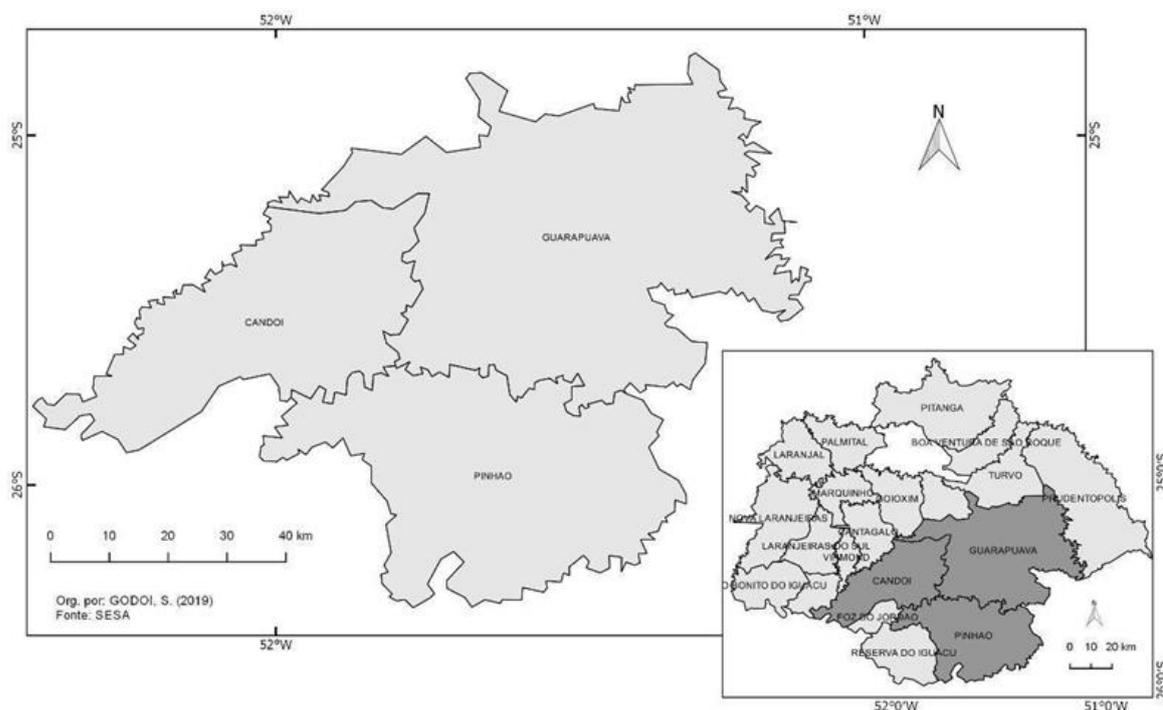
É importante salientar que este capítulo é resultado de um movimento dialético entre todos os processos de coleta de dados da investigação. Ao apresentarmos a região foco da

pesquisa, buscamos descrever a organização deste espaço e as redes de relações que a compõe, apreendendo-a enquanto um lugar complexo que guarda sua individualidade numa complexa mediação entre o particular e o universal, resguardando suas próprias diferenças estruturais num conjunto regional.

A criação do município Guarapuava data de 12 de abril de 1871, com seu desmembramento do município de Castro (Estado de São Paulo); sua área territorial é de 3.177.598 m<sup>2</sup>, com uma população estimada em 179.256 habitantes e adquire a dimensão de um município de grande porte. Os seus habitantes estão distribuídos entre seis distritos: Guarapuava, Atalaia, Entre Rios, Guairacá, Guará e Palmeirinha, segundo informações do IPARDES (2016b).

Faz parte da região pesquisada, também, o município de Pinhão, que se emancipou de Guarapuava em 18 de fevereiro de 1964, mas foi instalado em 14 de março de 1965; possui uma área territorial de 2.001,783 Km<sup>2</sup> e sua população estimada em 2016 é de 32.152 habitantes. O ramo de maior atividade é o agronegócio com o cultivo de grãos; possui características típicas de um município de médio porte. IPARDES (2016c)

Ainda sobre a região pesquisada, destacamos que o município de Cândói foi desmembrado da cidade de Guarapuava oficialmente em 1 de Janeiro de 1993; possui atualmente uma área territorial de 1.509,059 km<sup>2</sup> e, de acordo com a classificação referente à atividade, o ramo de maior expressividade refere-se à agropecuária, seguido da indústria e, por último, serviços e administração pública. A população estimada em 2016 é de 15.901 habitantes, característica típica de um município de pequeno porte, conforme informação do IPARDES (2016a). Os três municípios estão representados geograficamente na figura abaixo:

**Figura 4 - Municípios foco da pesquisa**

**Fonte:** Autora.

A região aderiu ao pacto pela saúde no ano de 2007 e desde então busca se organizar para a implantação da PNAB na região. Todavia, o processo de regionalização no estado do Paraná aconteceu com a elaboração do Plano Diretor de Regionalização implantado no mês de junho de 2001, em consonância com as diretrizes da NOAS/01. No entanto, em abril de 2005, fez-se necessário iniciar várias discussões que culminaram na elaboração de um novo instrumento de ordenamento da hierarquização e regionalização da assistência à saúde no Estado.

Esse instrumento propunha a necessidade de definição dos pólos estaduais, macrorregiões, regionais de saúde e microrregiões, com o objetivo de “incorporar as mudanças ocorridas nos fluxos assistenciais e na necessidade de atualizar as conformações de abrangências das microrregiões pautadas nas diretrizes do Pacto de Gestão” como identificado no Plano Diretor Regional de 2009 (PARANÁ, 2009).

É por meio do PDR que o estado elabora, a cada quatro anos, o Plano Estadual de Saúde. Assim, para discorrer sobre o processo de regionalização no estado do Paraná, partimos da análise do Plano Estadual de Saúde (PES) de 2012-2015 e o Mapa de Saúde disponíveis no sítio eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde (SESA).

O Mapa de Saúde é o documento que expressa o processo de regionalização e que reconhece 22 (vinte e duas) regionais de saúde conforme figura 3. As 22 regionais de saúde do

estado do Paraná foram estabelecidas respeitando prioritariamente os limites geográficos municipais e a questão do acesso rodoviário. Salientamos que é a partir do estabelecimento das regiões de saúde que será definido os pontos de atenção à saúde de referência para a baixa e média complexidade.

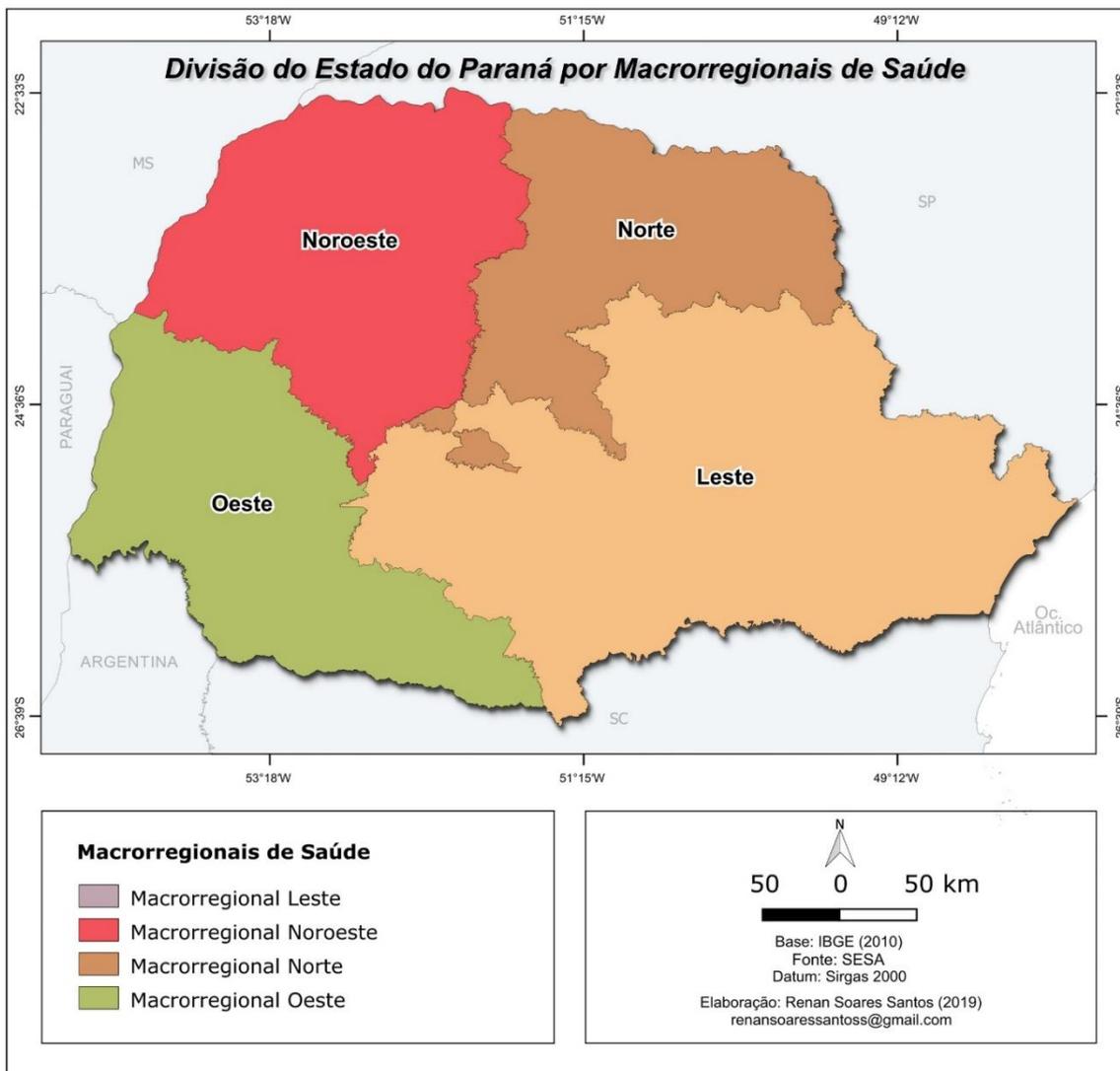
**Figura 5** - Divisão do Estado do Paraná por regionais de saúde



Além das 22 (vinte e duas) regiões de saúde, o Estado do Paraná possui 399 municípios e ainda 4 macrorregionais de saúde. Segundo o plano Estadual de Saúde 2012-2015, as Macrorregionais de Saúde não constituem novas instâncias administrativas, não têm sede e nem funcionários; seu objetivo é articular as Regionais de Saúde em conjuntos para que possam, também entre si, somar esforços na solução de problemas comuns (como, por exemplo, o

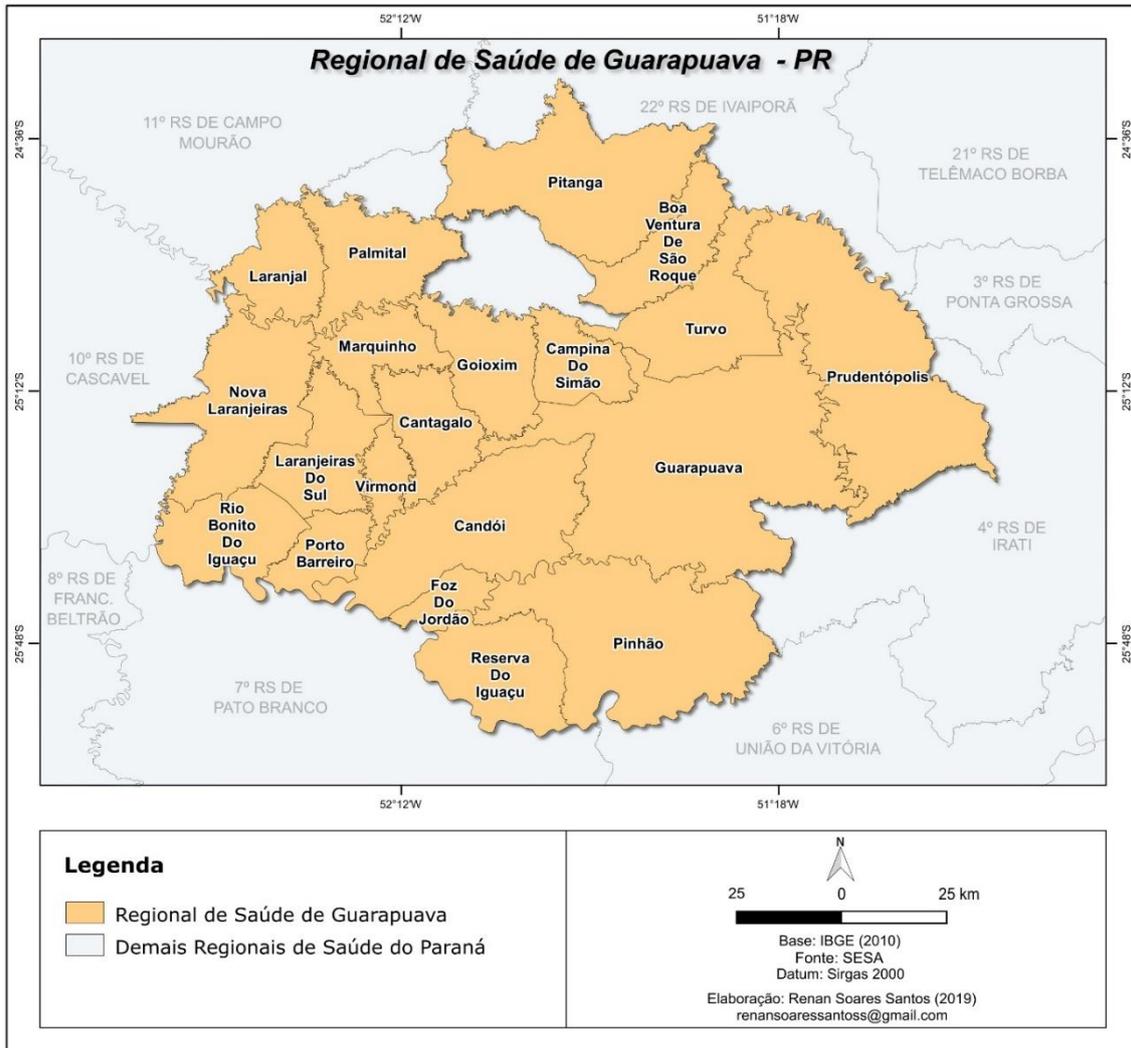
encaminhamento de doentes para centros de referência) e trocar experiências. Cada Macrorregional conta com um assessor de macrorregião que tem a incumbência de assessorar as suas regionais e o conjunto delas nas articulações necessárias.

**Figura 6** - Divisão do Estado do Paraná por macrorregiões de saúde



Guarapuava, por ser o município de grande porte da região, acolhe a 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, a qual é referência para 20 municípios, conforme figura abaixo. Esses municípios juntos, segundo dados do Censo 2010, possuem uma população de 442.299 habitantes, sendo 75% destes municípios de pequeno porte, com população inferior a 20 mil habitantes. Uma das características que é comum entre esses municípios é que a grande maioria possui sua economia baseada predominantemente na agricultura.

**Figura 7 - Municípios que compõem a 5ª Regional de saúde**



Segundo as orientações da SESA, compete à Regional de Saúde apoiar o município em todas as áreas e influenciar na gestão das questões regionais, fomentando a busca contínua e crescente da eficiência com qualidade, estabelecido no PDR e reforçado no PES.

É necessário enfatizar que a realidade local que se apresenta não está desvinculada da dimensão global que compõe o processo de organização regional. Todavia, a região centro-sul do Estado do Paraná, mais especificamente, a região de Guarapuava é herdeira de uma regionalização orientada aos preceitos capitalistas. Sendo assim, guarda as particularidades da divisão territorial do trabalho em cada momento histórico de sua formação, como observado por Ferreira Júnior (2012).

Tendo em vista que a economia da região é predominantemente agrícola, a agroindústria ampliou significativamente através da concentração de terras e da monopolização da economia do espaço territorial, reflexo do endividamento dos pequenos agricultores familiares, resultando no ano de 1980 do século XX um processo de urbanização. Hoje, a população urbana supera a população rural e corresponde a 90% da população do município, conforme Gomes (2012).

Os mapas de saúde apresentados acima são os divulgados pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná que consideram os limites geográficos. Os mapas também determinam as regiões e macrorregiões de saúde as quais são referência para definição das redes de atenção e pontos de atenção à saúde para atenção primária, secundária e terciária. É importante salientar que no Mapa de Saúde Estadual devem constar todos os pontos de atenção em saúde, incluindo as ações e serviços assumidos pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS.

Desta forma, passamos à investigação sobre o processo sócio-político e territorial da regionalização da saúde no Estado do Paraná, buscando compreender o processo sócio-político e territorial de regionalização para organização dos serviços no atendimento das necessidades sociais de saúde da população na região de abrangência da 5ª regional de saúde no Estado do Paraná.

### **5.1 A Efetivação da Atenção Básica**

Para efetivação da atenção básica, os gestores e coordenadores devem estar aptos a identificar a situação de prioridades para a dispensação de cuidados de saúde (prevenção, promoção e assistência), o que aponta para a compreensão ampliada do processo saúde-doença, como estabelece a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Tal entendimento pressupõe atenção integral por parte dos profissionais na adesão dos objetivos da RAS, mas certamente não depende somente desse fator.

Desta forma, para buscar compreender o empenho dos gestores e coordenadores na efetivação da atenção básica foram convidados a responder à questão: “Como é o acesso ao conjunto de ações e serviços de saúde pela população?”. Para esta questão, os entrevistados apontaram os seguintes indicadores: Redes temáticas; prevenção; busca ativa e equipe multiprofissional.

O pacto pelo SUS pressupõe que a atenção básica deva ser pensada como ordenadora e coordenadora, ou até mesmo gestora do cuidado de saúde, e essa visão fica clara na fala dos participantes da pesquisa. Os mesmos destacam que a equipe saúde da família é responsável

por trabalhar com as redes, ocupando o papel da integração. Portanto, o acesso ao conjunto de ações e serviços é evidenciado pela Estratégia Saúde da Família (ESF) como apontado pelos entrevistados, EG14 e EG17 e EC14:

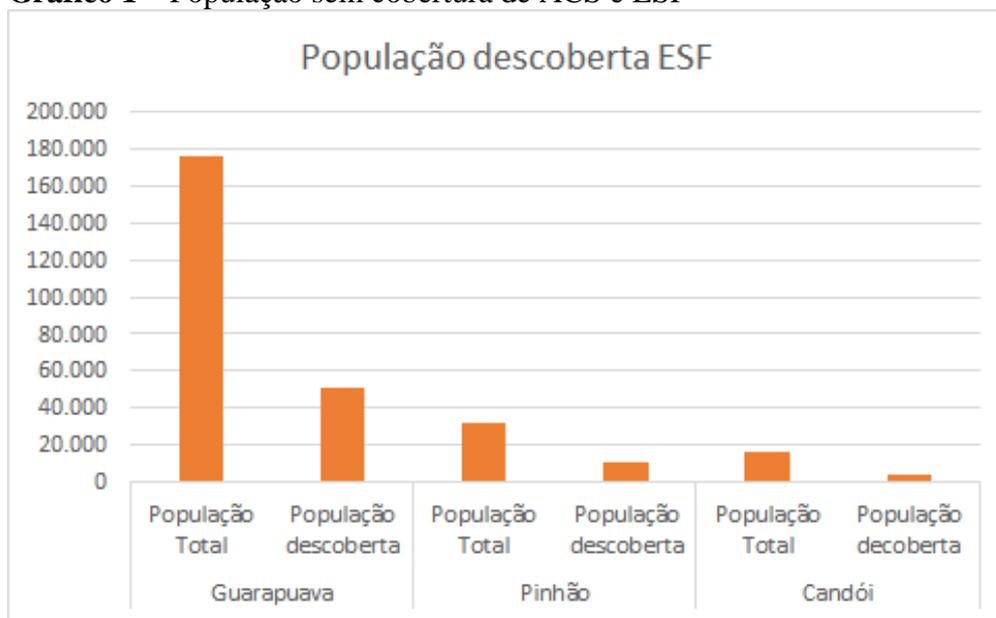
*Nós fazemos o trabalho com os agentes comunitários com, com as, com as ESFs que é feito o trabalho e é feito o levantamento que é transferido pra (sic) nós e a enfermeira que é da atenção básica né que faz essa coordenação e nós, aí aonde nós levamos o atendimento até os municípios né, os moradores da região, daí (EG14).*

*Aqui no município nosso nós não temos a gestão ampliada de todos os serviços, e o que a gente faz aqui é distribuir a equipe saúde da família nos seus territórios, né!?, e manter a porta de entrada pros seus usuários (EG17).*

*Os agentes de saúde fazem a busca ativa de pacientes (EC14).*

Na fala dos entrevistados, percebe-se que gestores e coordenadores adotam a atenção básica como prioridade para a saúde, como determinado pelo governo federal em 2011, através da aprovação da Política Nacional de Atenção Básica e também pelo Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Desta forma, a atenção básica é vista como porta de entrada do sistema de saúde através da estruturação das ESFs e Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), estabelecendo uma relação próxima às famílias e à comunidade, tendo como referências as UBS.

Embora a atenção primária seja entendida como prioritária, constata-se que ainda não está organizada, ou que, encontra-se em situação de reorganização. Ainda existem nos três municípios pesquisados territórios sanitários sem cobertura da ESF. No município (A) existe cobertura de apenas 71,57% da população; no município (B), 65% da população está coberta; e no município (C), a cobertura é de 70%. Por outro lado, mesmo nos territórios com cobertura da estratégia e agentes, existe ainda um extenso território a ser estratificado somando os três municípios, comprometendo a redução de vulnerabilidades e risco, bem como comprometendo a efetividade da AB, conforme pode ser percebido no gráfico 1.

**Gráfico 1 – População sem cobertura de ACS e ESF**

**Fonte:** Elaborado pela autora, através de dados fornecidos pelos Setores de Atenção Primária – Secretarias Municipais de Saúde.

Acontece que, quando pesquisamos através de banco de dados oficiais, a realidade apresentada é outra, pois aí consta que a cobertura é de 100% em todos os três municípios, descaracterizando, assim, a real situação vivida no cotidiano da população, sem acesso ao serviço básico de saúde. Observa-se, também, que em alguns territórios a população está sendo atendida apenas pelos/as Agentes Comunitários, sem o apoio da equipe mínima estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Existem territórios em que a equipe é composta apenas por um auxiliar de enfermagem (técnico de nível médio), um agente e um servente de limpeza. O auxiliar realiza os procedimentos de enfermagem, como auscultar, ouvir a queixa dos usuários e avaliar a necessidade de ser encaminhado à Unidade de Saúde mais próxima. Há localidades, principalmente na zona rural, onde a equipe se resume a um auxiliar de enfermagem.

A escassez de recursos humanos faz com que, na hora de maior fluxo de usuários, funcionários da limpeza (serviços gerais) sejam mobilizados para separar os prontuários dos usuários para consulta médica do dia; preparação de inalação (crianças e idosos) e distribuição de medicamentos, conforme prescrição médica em receituário próprio. Essa situação coloca a população em risco e acarreta uma sobrecarga de trabalho e acúmulo de função.

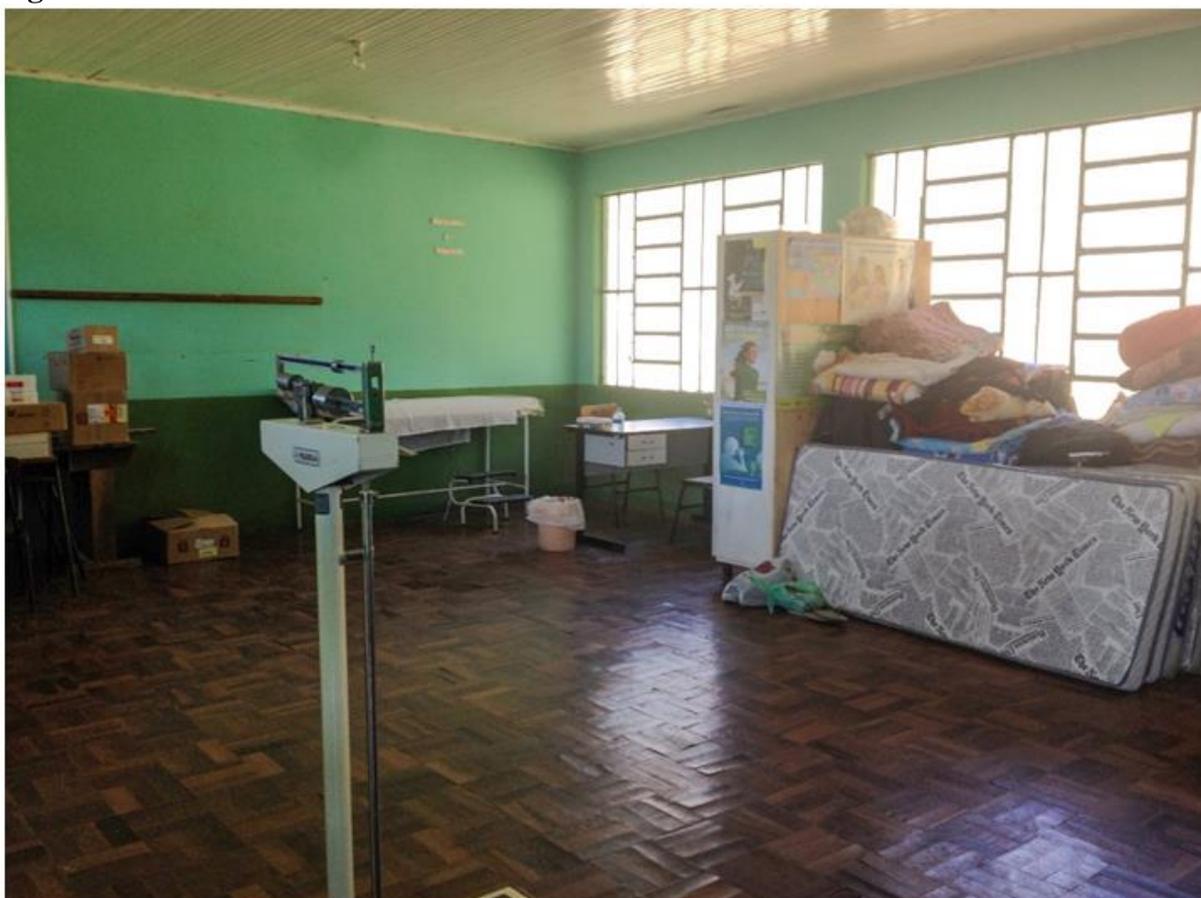
Juntamente com a escassez está o despreparo e precária qualificação profissional em todas as áreas que compõem a atenção básica, fruto da falta de concursos públicos no estado, bem como por efeito da lei de responsabilidade fiscal, que impõe limites na geração de despesas

com pessoal, adotando, desta forma, a terceirização contratual de prestadores de serviços. Isso acontece com os setores de limpeza e higiene, segurança e transporte principalmente.

Para além da cobertura da equipe mínima necessária pela Estratégia, uma infraestrutura adequada se faz necessária. Podemos observar que entre as sete UBS pesquisadas, apenas uma dispõe de uma pequena marquise para proteção para a população que aguarda a abertura da unidade para atendimento, desprotegidos do sol e da chuva.

Observou-se que nas unidades de saúde localizadas na zona rural, a estrutura e infraestrutura das unidades encontram-se em piores condições das que na área urbana. A desigualdade social de ausência de serviços coletivos e de investimentos em infraestrutura provocam a desproteção social das comunidades mais carentes, aumenta a vulnerabilidade social, como pode ser observado na foto 1

**Figura 8** – Consultório Médico



Fonte: Autora.

Assim, as populações diante da precariedade da política vão “acostumando” com a rotina e perspectivas que lhe são impostas. Esta atitude constitui-se num processo dominante e

alienante realizado através de uma regra disciplinadora e de exclusão social. Este território é usado enquanto um espaço de poder, reafirmando o conceito de Raffestin (1993), para quem os recursos públicos e seus instrumentos constituem-se como trunfo do poder municipal.

O que se percebe é que o discurso está introjetado na fala dos entrevistados. Tendo em vista que somente a partir do ano de 2011 é que o governo federal elegeu a AB como prioridade para a saúde, a região encontra-se com grandes desafios para a sua implantação de forma efetiva, muitos caminhos ainda por trilhar, mas para que isso realmente aconteça, os gestores precisam constituir como prioridade em suas agendas, caso contrário, ficarão apenas na oferta de serviços paupérrimos às populações mais vulneráveis.

O papel da AB, conforme definido pela PNAB, reforça a necessidade da promoção da saúde, de prevenção dos agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da vida. A prevenção não pode ser entendida desvinculada de uma rede de relações e sujeitos com interesses em prol de ações com vista a garantir a melhoria da qualidade de vida da população. Desta forma, o papel da Atenção Básica deve ser o de organizar e coordenar as Redes, como já contextualizado anteriormente.

*É importante as atividades de prevenção, de promoção de saúde pra (sic) que existe, pro paciente chegar na atenção primária, então é importante daí essa parte de prevenção, daí a partir do momento em que a atenção primária não consegue suprir a necessidade do paciente, a gente disponibiliza a outra rede de atenção, desde que ele precise, né!?, então é marcado consulta pra (sic) outro município ou mesmo no município, mas que ele vai ser atendido, então sai da mão da atenção primária, mas que o interesse da atenção primária é que ele volta pra atenção primária, então ele passa pela atenção primária, passa pra (sic) atenção especializada né e volta pra atenção primária pra (sic) ele ser liberado, então esse fluxo é importante que na verdade é integrado, que ele entra e sai pela atenção primária (EC14).*

*É eu acho que a atenção primária ela tem, ela tem o... o dever de trabalha (sic) ...de trabalha (sic) com a prevenção, né!?, eu acho a que prevenção seria o melhor, o melhor, passo que seria dado seria a prevenção. Por quê? A gente... eu cito assim (sic), porque eu entrei nessa saúde e vi muita coisa que aconteceu por falta de prevenção... Então eu acho que a prevenção hoje trabalhando... fazendo reuniões, palestras com nutricionista, com o próprio fisioterapeuta, alguns médicos, enfermeiros, pra mostra pro povo o que é melhor pra ele não ter uma doença pro futuro. Eu acho que a prevenção ainda é o que tem que ser trabalhado dentro da atenção básica (EG4).*

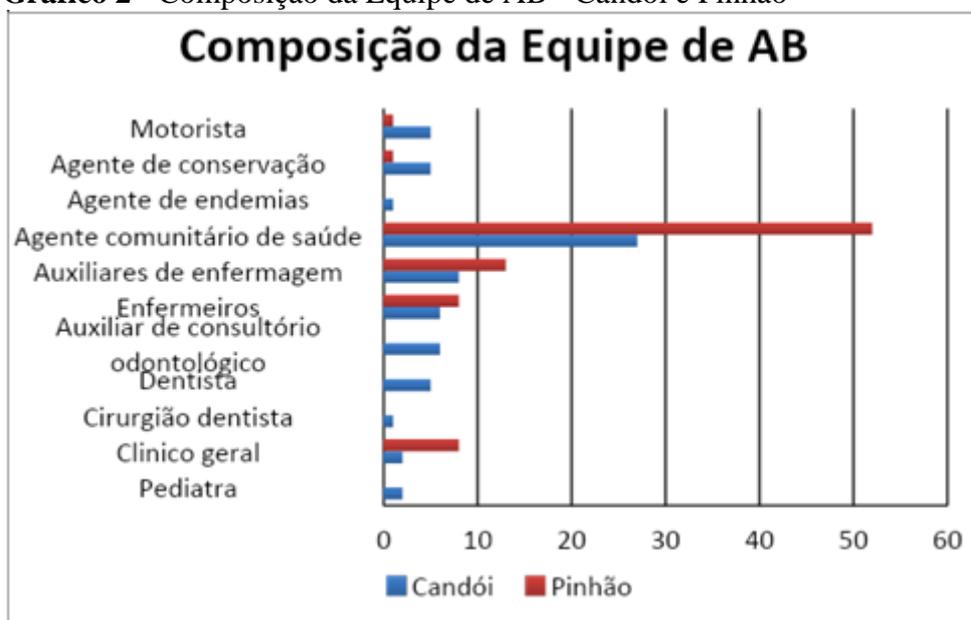
Há um grande esforço da parte dos gestores e coordenadores no entendimento do papel da AB, que é o de promover a saúde e prevenir os agravos. No entanto, evidencia-se o reforço do paradigma conceitual preventivista característico da saúde comunitária originária da reforma sanitária. Percebe-se que o entendimento da saúde enquanto garantia da proteção, da prevenção

e do agravo bem como o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da vida ainda é deficitário. As falas dos entrevistados acima não apontam as possibilidades de promoção à saúde da população, pois para prevenir há que se promover estratégias que vão além da prevenção dos agravos, há que se ter uma visão ampla de saúde.

Ressaltamos ainda que, em relação à PNAB, em um dos municípios pesquisados, a prefeitura eliminou/cancelou o contrato das equipes da estratégia e a população ficou durante três anos sem enfermeiros, o que reflete a dificuldade de criar o tripé promoção, prevenção e vigilância. Há dois anos que a equipe da coordenação da AB está tentando cadastrar e estratificar as famílias com grande dificuldade de recursos humanos.

Em relação à elaboração das propostas de reunião da Comissão Intergestores Regional, a prevenção do agravo, o que se apresentou foi cobrança da cobertura de visitas nas casas em relação ao mosquito da dengue e o cumprimento de metas de vacinação. Essa cobrança está gerando conflito entre agentes comunitários e agente de endemias, pois está se cobrando dos agentes comunitários a responsabilização inclusive de fiscalização de focos de dengue, reforçando ainda mais a escassez de recursos humanos e sobrecarga de trabalho. A composição da equipe da AB está apresentada no gráfico 2.

**Gráfico 2** - Composição da Equipe de AB - Candói e Pinhão

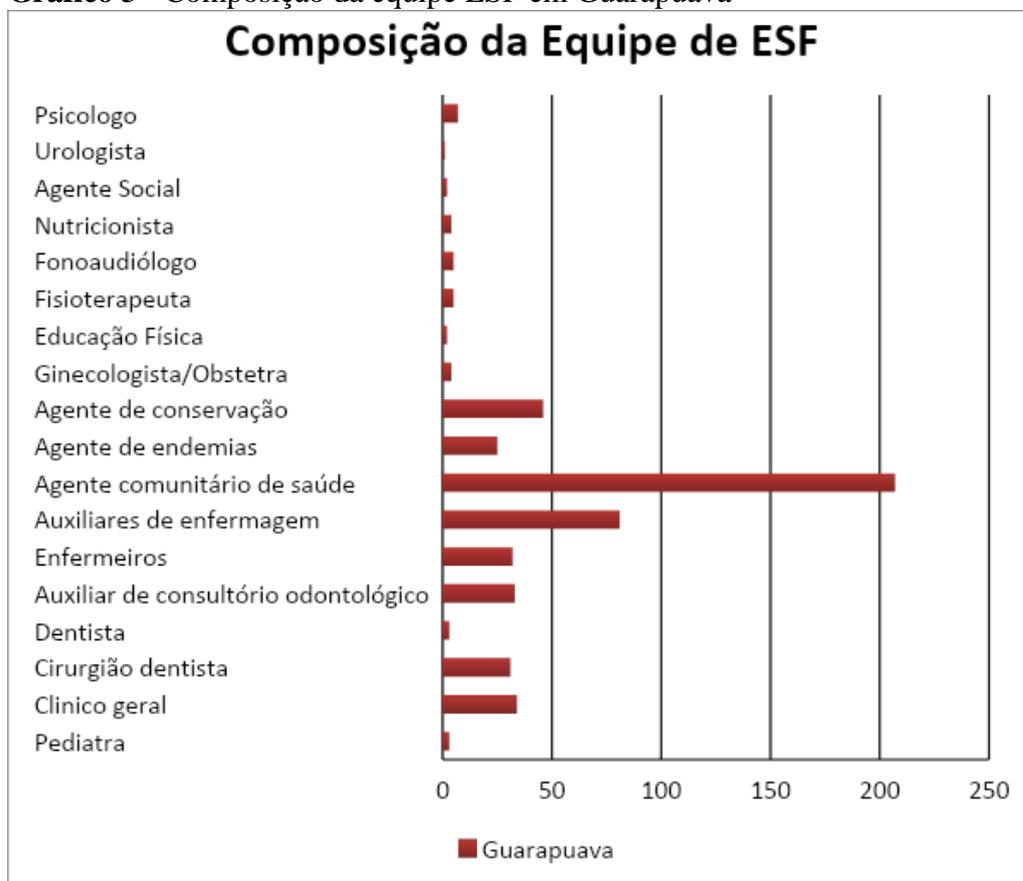


Fonte: Autora.

Assim, verifica-se que nos municípios de pequeno porte ainda não se efetivou a estratégia, pois a saúde básica ainda é desenvolvida com a equipe mínima nas unidades, mantendo o modelo de Programa Saúde da Família. Por outro lado, o município sede alarga a

equipe com a implantação de multiprofissionais conforme definido para a reorientação do modelo assistencial, disposto no gráfico 3.

**Gráfico 3** - Composição da equipe ESF em Guarapuava



**Fonte:** Autora.

Em todas as reuniões da comissão intergestores, o que se apresenta sobre atenção básica centra-se no campo da prevenção através de cobrança de medidas preventivas em relação à Influenza H1N1, inclusive com relato de 384 casos, sendo 98 positivados e 13 óbitos. Em relação aos encaminhamentos do que se foi discutido em atendimento a pauta da reunião, constatou-se que há cobranças junto aos municípios no tocante ao cumprimento das metas preconizadas e ações pactuadas. Cobram mais atenção à efetivação da atenção primária, uma vez que 70% dos óbitos são sensíveis à atenção primária.

Entendemos que a prevenção deve estar aliada e ser concomitante à promoção, pois promover a saúde é antecipar a doença, é produzir a saúde visando o atendimento às necessidades sociais de saúde, evitando a eclosão de condições agudas e crônicas.

Os gestores e coordenadores obedecem aos ditames do governo federal e estadual, focam a atenção básica como processo das ações e dos serviços de saúde. Todavia, constata-se

que em momento algum aparece a população como foco de ações de integração com fins de garantir a efetividade da AB.

Outro assunto observado com foco na população foi o item da pauta em relação à necessidade das gestantes no tocante ao parto. O assunto privilegiado, neste caso, refere-se ao de orientar as unidades na conduta com suas gestantes. Assim, foi enfatizado que a equipe da unidade é quem deve referenciar suas gestantes, e deixar bem claro que devem procurar o hospital que consta na sua carteira de saúde.

Desta forma, foi entregue aos gestores uma relação dos municípios com a devida orientação para onde devem encaminhar suas gestantes, levando em consideração o grau de risco gestacional. Ressalta-se que de entre os vinte municípios que compõem a região de saúde existem apenas dois hospitais com condições de atendimento às gestantes de alto risco.

**Quadro 12** - Números de leitos obstétricos disponíveis

CIDADE	SUS	NÃO SUS
Candói	4	0
Pinhão	22	2
Guarapuava	35	24
TOTAL	61	26

Fonte: IPARDES (2016).

Em relação aos encaminhamentos, e relatando o que foi discutido em reunião em que participámos, observou-se que a cada assunto a votação foi feita em bloco e com certa pressa da mesa em passar para o assunto seguinte. Não houve exaustão em relação ao assunto em pauta, fato este (entre outros), quando relatado por um gestor municipal que há caso de recusa de leitos para gestantes de alto risco, foi respondido que em caso de gestação de alto risco não se consulta a central de leitos, pois há uma “política de porta aberta”. Ao gestor foi orientado a notificar a ouvidoria e encaminhar a respectiva notificação/relatório para o Diretor da Regional de Saúde.

Ainda sobre a atenção primária, o que se apresentou nas reuniões foi cobrança de medidas preventivas em relação a epidemias, mortalidade infantil, ou seja, os resultados em dados, contudo nada foi mencionado em relação à AB enquanto fortalecedora e organizadora da rede, que reforça o foco setorial visando o alcance de resultados por segmentos da população de forma generalizada e numérica, como observado por Koga (2011).

Embora se tenha trazido na pauta fatores relevantes que representam as determinantes sociais de saúde, tratou-se os mesmos desvinculados de um processo saúde/doença. As

determinantes sociais não são abordadas nas reuniões, como se trabalho, educação, desemprego, moradias precárias, falta de saneamento básico, entre outras questões não fizessem parte dos determinantes sociais de saúde.

Salientamos que o acesso aos serviços de saúde em atendimento aos princípios de equidade e integralidade deve ser influenciado pelos fatores socioeconômicos e pelo local da residência dos usuários da política e não apenas pelo fluxo da população. Trata-se da necessidade da incorporação da totalidade social na busca pela efetivação da atenção integral. “Integral” no sentido de articular ações e serviços em todos os níveis de atenção, seja individual ou coletivo e equânime no sentido de adequar as ações e serviços às necessidades de cada indivíduo. Desta forma, os gestores, juntamente com os coordenadores, apresentam o entendimento de que o primeiro acesso aos serviços deve e precisa passar pela atenção básica. Como afirmou EC15,

*Não adianta hoje a estratégia saúde da família, estar lá fazendo um atendimento sobre, com um paciente, com um usuário que ele tem uma verminose se eu tenho um esgoto céu aberto (EC15).*

A falta desta visão de integralidade e equidade é muito visível quando se trata principalmente da política de medicação disponível pelo SUS. Visivelmente e comprovadamente observado em todas as unidades, é em relação ao receituário médico, no qual todos os pacientes saem do consultório com a mesma receita, ou seja, com a mesma prescrição medicamentosa.

O que se observou é que a política de medicamentos se resume a um pacote de medicação de ação universal, que serve para todos os indivíduos, ou que todos os indivíduos adquirem o mesmo problema, ou seja, a prevalência da doença como diabetes e hipertensão (que constituem o maior índice de condições crônicas de saúde), ou quaisquer que sejam os sintomas, deve ser utilizada a mesma medicação para toda a população com diabetes ou com hipertensão arterial – é como se, por exemplo, todas as mulheres pudessem utilizar o mesmo anticoncepcional.

Na observação, registramos que, num prazo de três dias, houve a distribuição de medicação analgésica num total de 142 cartelas contendo 20 comprimidos, medicação anti-inflamatória com ação analgésica 51 cartelas contendo 20 comprimidos cada, e para aliviar as reações (irritação) estomacal causadas pelo anti-inflamatório foram distribuídos antiácidos no total de 51 cartelas contendo 7 comprimidos cada.

Em relação à informação acima, salientamos que, por dia, o médico tem agenda máxima de oito pacientes no período da manhã, mas que, no entanto, atende em média 11 a 12 pacientes, pois há um limite de reserva de consultas para alguma urgência - os famosos “encaixes” – e, no período da tarde, a média é de três consultas, com uma reserva para urgência (geralmente crianças com febre e/ou gestantes).

Outra observação importante é sobre o fato de que não existe agendamento de consultas, portanto, a população deve chegar à unidade às seis horas da manhã para compor uma fila de espera por consultas (o fato de estar cedo na fila não garante de forma alguma a consulta). Essa fila é composta por uma média que varia entre 30 e 40 pessoas. Na observação, foi identificada uma unidade que possui agendamento de consulta, mas esse fato não elimina, de forma alguma, a fila de espera por consultas nas UBS.

Para a população que faz uso de antidepressivos, a receita é renovada pelo profissional de enfermagem (em quase todas as UBS) e assinadas posteriormente pelo médico generalista, sem sequer cogitar o encaminhamento da população para um médico especialista no assunto, e sem mesmo tratar a causa da depressão, o que pode, em algumas situações, contribuir com o agravamento do quadro. Por outro lado, basta que a população solicite um remédio para dor (analgésico) que muitas vezes lhe é fornecido sem a receita médica. Essa prática reforça um aumento da demanda futura para média e alta complexidade.

Ainda sobre a política de medicação da população, a distribuição se faz sem o acompanhamento de um profissional de farmácia, cujo papel é fundamental no quadro multiprofissional da AB: o farmacêutico exerce a função de desenvolver a orientação em relação à forma correta de tomar a medicação, bem como a adesão ao tratamento.

Quando não existe essa preocupação em relação ao papel do farmacêutico, a farmácia ou o armário de medicação ficam muitas vezes na sala de pré-consulta ou recepção, em armário sem chaves, ou até mesmo em estantes abertas na sala de recepção, como se pode verificar na figura abaixo.

**Figura 9** – Armário de medicação



**Fonte:** Autora.

Nossa observação não desmerece a distribuição gratuita da medicação, tendo em vista que uma grande parcela da população usuária do SUS não tem condições financeiras para a compra de medicação. Trata-se de identificar o vínculo e responsabilização entre as equipes e a população como o acompanhamento dos efeitos da intervenção em saúde e o planejamento local das ações. Salientamos, no entanto, que nosso olhar está “na cesta de medicamentos” que coloca as necessidades básicas como um fenômeno objetivo e genérico a partir da definição de necessidades coletivas e a institucionalização de sua forma de satisfação, conforme refere-se Pereira (2011).

Para que a rede se efetive é necessário que a gestão regional tenha clareza sobre a relação da AB e os demais pontos de atenção. Portanto, na busca de identificar o apoio e a adesão à política nacional de atenção básica enquanto coordenadora da RAS, os entrevistados foram convidados a responder à seguinte pergunta: “Qual sua opinião sobre a atenção básica como coordenadora do cuidado da saúde e ordenadora das RAS?”

Nosso intuito é de identificar como se encontra o nível de fusão entre a AB e as redes bem como as alianças e estratégias para a efetivação do papel da atenção básica. Analisando o

conteúdo das falas dos entrevistados os mesmos apontaram os seguintes indicadores: equipe multidisciplinar, resolutividade e organização.

*Então: na verdade, a secretaria de saúde, ela trabalha com a atenção básica, né!?, trabalha com prevenção eee.. quando é alta complexidade a gente encaminha é principalmente pro (sic) SUS trabalhamos também com o consórcio, né!?, onde a gente tem consultas especializados e temos os, os, exames, né!? (sic), os exames mais aprofundados a gente consegue pelo consórcio onde que aaa a prefeitura tem uma parceria e paga por esses exames, né!? (sic) mais (sic) paga mais barato, e a gente consegue fazer” (EG4)*

*Esses pacientes acabam tendo um problema agudo, né!? (sic), e entra aí numa UPA e vão pro (sic) hospital e também se torna aí um ciclo, né!?, (sic) que no final desse ciclo sempre acaba sendo o óbito, né!?, (sic), sendo que você poderia prolongar a vida desse paciente, sendo trabalhado por uma equipe multidisciplinar completa. Então, hoje a gente concentrou no consórcio” (EG3).*

O desencadeamento do agravamento das condições de saúde da população, conforme apontado pelo entrevistado EG3, reforça a necessidade de uma política mais forte em prol da efetivação da AB no sentido lato do seu significado, qual seja, antecipar-se aos agravos, promovendo a saúde com fins de prevenir a doença.

Pode-se entender que a menor eficácia da AB no atendimento das condições crônicas conseqüentemente desencadeia uma condição aguda de saúde, desta forma, a situação aguda culmina na necessidade de hospitalização podendo desencadear até mesmo a morte do paciente, característico da cultura hospitalocêntrica predominante até os dias de hoje, que faz dos serviços especializados e da atenção hospitalar a porta de entrada, atendendo uma grande demanda que deveria ser atendida pela atenção básica. Essa visão médico-hospitalar é reforçada pelo entrevistado EG14.

*Temos contratos com o hospital, todos os dias depois das sete da noite às sete da manhã, e nos sábados e domingos é atendido pelo hospital. Mas mesmo assim, temos plantão aqui dentro do posto de saúde com enfermeiro e técnicos (EG14).*

A fragilidade é evidenciada na fala do entrevistado, o que reforça ainda mais a visão hospitalocêntrica que fragiliza a coordenação da rede e obriga o hospital a resolver problemas de saúde de competência da AB. Constata-se que a AB na região não absorveu ainda a proposta da RAS, que é deslocar do centro hospitalar para a atenção básica, pois é ela quem deve tornar-se o ponto de referência e de controle do fluxo preconizado na política nacional.

Reforçar o foco da atenção básica nos hospitais é fortalecer o interesse privado em detrimento do público. É sabido que em vários países há uma inter-relação entre os serviços públicos e privados. No Brasil, o que difere é o caráter de direito da Constituição Federal. Portanto, há que prevalecer o fortalecimento do serviço público para todos em detrimento do serviço privado para alguns, no sentido de garantir o direito constitucional.

As redes são entendidas como proposta de ampliação da atenção básica. Desta forma, houve a necessidade da criação de redes temáticas de cuidado, tratando-se de um novo modelo assistencial de garantia da continuidade do atendimento. Eis a concepção de rede temática conforme a compreensão dos entrevistados enquanto atendimento ao ciclo de vida da população:

*Não adianta hoje a estratégia saúde da família estar lá fazendo atendimento sobre, sobre com um paciente, com um usuário que ele tem uma verminose se eu tenho um esgoto a céu aberto. Então eu entro em contato com esse, com esses setores e vou trabalhar com a necessidade desse, desse usuário, tá!? E são outras situações que a gente pode ver é hoje nós temos o CREAS, o CRAS e toda a parte da assistência social que nos dá bastante apoio, melhorando nosso serviço de atenção primária, então cada vez mais a comunicação vai ter se estreitar pra saber que nós temos que se aproximar pra fazer um trabalho conjunto, é isso que eu considero (EC15).*

*Nessa parte nós seguimos a política nacional adotada pelo ministério da saúde e principalmente a política secretaria estadual que visando, né!?, essa equidade no atendimento aos municípios nós seguimos a política Estadual das redes, que trabalha as redes temáticas, a rede mãe paranaense que trabalha toda a parte da gestante, do atendimento à criança, a primeira infância né.. ééé a rede de atenção bucal, saúde mental, saúde do idoso, então a gente trabalha todas as redes temáticas que trabalham todos os ciclos de vida do ser humano (EG3).*

Constata-se que a região pesquisada encaminha para a adesão da implantação de um sistema de gestão de redes de saúde que contempla a prevenção e a promoção da saúde em prol da equidade, como salienta o último entrevistado.

Quando apontado o Centro de Referência da Assistência Social - CRAS, trata-se de um programa de transferência de renda “Programa Bolsa Família”, que está relacionado às condicionalidades do programa, que exige da família contemplada que os filhos estejam matriculados e frequentando a escola, bem como que a carteira de vacina esteja atualizada e que a gestante esteja realizando pré-natal e a pesagem da criança até um ano de idade esteja em dia.

Essas condicionalidades são “fiscalizadas” pelos agentes comunitários, com registro na ficha de atendimento. O não cumprimento das condicionalidades suspende o pagamento da

bolsa. Essa é a única relação entre o CRAS e a unidade de saúde que se apresentou na observação participante.

Cumprido salientar que o Centro de Referência Especializada de Assistência Social – CREAS tem por característica ser uma unidade pública da política de Assistência Social, onde são atendidas famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados. A parceria com a saúde é principalmente em relação às crianças e adolescentes em conflitos com a lei e mulheres vítimas de violência.

Outra constatação é de que há uma incorporação de áreas estratégicas essenciais relacionadas a problemas de saúde de abrangência nacional de resolutividade na AB (saúde bucal, saúde da criança, saúde do idoso, saúde da mulher entre outros), buscando melhorias nos indicadores de saúde. No entanto, é no município sede que desenvolvem a maioria das ações estratégicas.

A prevenção acontece também de forma a envolver a população em cada um dos municípios nas campanhas de âmbito nacional e mundial e nos dias comemorativos como, por exemplo, Dia Internacional da Mulher, Dia Internacional e Nacional de Combate ao Câncer, Dia Nacional de Mobilização pela Promoção da Saúde e Qualidade de Vida, entre outros. As ações realizadas nesses dias consistem em palestras temáticas, distribuição de folhetos explicativos sobre diversas doenças e formas de prevenção.

Em relação à elaboração das propostas de reunião da CIR, o que se apresentou foi a avaliação do nível de cobertura de visitas nas casas para prevenção e erradicação do *Aedes aegypti*<sup>88</sup> e o cumprimento de metas de vacinação. Essa avaliação está gerando conflito entre agentes comunitários e agentes de endemias, pois se cobra dos agentes a fiscalização de focos da dengue. Esta deficiência de recursos humanos é observada por EG3:

*Nós temos um RH escasso, agora tivemos um concurso no Estado e vamos sanar nosso problema. Nós orientamos os nossos prefeitos a contratarem pessoas para a vigilância sanitária [...] (EG3).*

O que se apresenta sobre atenção básica em todas as reuniões centra-se no campo da prevenção através de cobrança de medidas preventivas em relação à Influenza H1N1. Em relação aos encaminhamentos do que foi discutido nas reuniões a que assistimos, constatou-se

---

<sup>88</sup> No ano de 2015, registrou-se 1.649.008 casos de dengue no Brasil em comparação com o ano de 2013 que foi de 1.452.489, em 2015 foram registradas 863 mortes por dengue no país, segundo dados do Ministério da Saúde.

que há cobranças junto aos municípios no tocante ao cumprimento das metas preconizadas e ações pactuadas.

Já no que diz respeito à atenção primária, o que se apresentou nas reuniões foi cobrança de medidas preventivas em relação a epidemias, mortalidade infantil, ou seja, os resultados quando traduzidos em dados. Contudo, nada foi mencionado em relação a AB enquanto fortalecedora e organizadora da RAS.

No que diz respeito aos indicadores de saúde, pôde-se constatar que a pauta das reuniões da comissão consta de demandas decorrentes de determinações no âmbito estadual bem como demandas dos municípios, pois as pautas se definem em torno de assuntos advindos de interesses privados e públicos, nas ações de saúde por parte de demandas colocadas pelo governo estadual como, por exemplo, incentivo financeiro aos municípios como parte integrante do programa de qualificação das ações de vigilância em saúde. Trata-se dos convênios realizados entre as instâncias estadual e municipal. Como ressalta entrevistado:

*Essa equipe multiprofissional trabalha com as necessidades desses usuários (EC15).*

É evidente que as ações e serviços de saúde são destinados a atender a população, mas a importância de se afirmar que a população é o foco das ações não ficou evidente nas reuniões. Observou-se falas sobre a preocupação em relação à saúde mental e quando se coloca que “deve-se pensar na demanda e não na oferta” (sic) é em relação ao credenciamento de leitos psiquiátricos e de longa permanência. Ao todo existem na região apenas 19 leitos para pacientes.

É também importante constatar que somente em dois municípios existe o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em sua área territorial, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. Os CAPS surgiram através da proposta da reforma psiquiátrica em substituição ao modelo asilar, ou seja, à residência dos pacientes em manicômios.

Num município existe o CAPS 1 que atende a população de todas as faixas etárias para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atendendo cidades e/ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes. O município sede disponibiliza o CAPS AD com atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, e também o CAPS II, com atendimento a todas

as faixas etárias para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas. Estes dois centros devem ser oferecidos para a população de cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

No município sede, um dos consórcios oferece duas unidades de CAPS AD III com disponibilidade de 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação, com funcionamento 24h para todas faixas etárias de indivíduos com transtornos pelo uso de álcool e outras drogas. Esse tipo de centro de atendimento deve ser disponibilizado para cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes. Desta forma, o referido consórcio atende à demanda dos vinte municípios que compõem a região de saúde e não apenas os municípios consorciados. Os recursos advêm do governo do Estado.

Em relação à saúde mental não existe, por parte dos hospitais da região, o interesse em credenciamento de leitos que atendam a necessidade da demanda nesta área. O não interesse se dá pelo fato de que o SUS credencia o hospital, mas fica a cargo dos hospitais manterem uma equipe de profissionais para atendimento à população que estiverem usando os leitos psiquiátricos. O que faz com que a contrapartida financeira dos hospitais fique inviável em relação ao recurso financeiro destinado ao credenciamento. Em relação à demanda por saúde mental, somente em um território observado no município sede há cerca de 158 usuários.

## **5.2 A Governança da Regionalização da Saúde**

Conforme tratamos anteriormente, a regionalização da saúde é uma estratégia da descentralização, a qual se constitui num espaço de intervenção que agrega municípios com muita diversidade em sua estrutura e serviços. O pacto pela saúde requer uma gestão compartilhada entre os entes federativos. Trata-se de relações intergovernamentais que procuram afirmar os objetivos sistêmicos de integralidade, universalidade e equidade preconizados pelo SUS. Essa prática cooperativa, vista como uma integração regional, foi reativada no ano de 2000, em detrimento das desigualdades e da competitividade entre regiões, como deixa muito claro Albuquerque e Vianna (2015).

Pretende-se aqui propor analítica acerca da capacidade de intervenção dos diferentes gestores na procura de mecanismos e procedimentos para uma gestão regionalizada. Para a consolidação da região de saúde é necessário consolidar uma regionalização para além da obediência de normas e pactuações estabelecidas, mas principalmente na prática de uma gestão compartilhada das ações e serviços de saúde para a população. Portanto, se fez necessário e elaboração de cinco questões norteadoras envolvendo o sistema de governança regional.

Perguntou-se aos participantes da pesquisa: *De que forma os municípios colaboram na organização e na integração das ações e serviços de saúde?* Os indicadores evidenciados foram: recursos financeiros, adesão a convênios, consórcios e parcerias, agendas programadas.

*Buscando, né!? (sic), recursos a mais, sejam eles por ... através de emendas parlamentares, adesão a convênios. O Estado oferta muitos convênios, hoje em dia, né!? (sic) (EG3).*

*Nós trabalhamos com uma agenda programada e uma agenda imediata, (...) for pra ser atendimento imediato naquele momento, é distribuído ficha pra ele fazer, ou o enfermeiro resolve o problema dele, ou a odontologia resolve o problema dele, ou o médico resolve, ou a equipe que tiver lá também resolve o problema dele. [...] agenda programada vamos trabalhar as condições crônicas e vamos encaminhar esse usuário até esse centro de atendimento pela alta complexidade ( EC15).*

Os convênios que os municípios celebram com o estado têm como objetivo a melhoria da oferta de leitos hospitalares, consagrando-se num contrato firmado com os hospitais públicos e filantrópicos (HOSPSUS). Outro tipo de convênio é o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), que visa garantir o incentivo financeiro para custeio das equipes de atenção básica e para melhoria da infraestrutura das unidades de saúde, a partir da reestruturação da AB. Há também o Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde (VIGIASUS) que é um programa estadual de qualificação da vigilância em Saúde. Ressalta-se que todos os convênios se baseiam em incentivos financeiros para os municípios.

Vale ressaltar que também no Estado do Paraná a regionalização tem como fundamento as pactuações estabelecidas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Estadual e CIBs Regionais. Estas pactuações foram reforçadas no Plano Estadual de Saúde para o período de 2012-2015. Outros atores que irão compor o fundamento da pactuação no processo de organização da política de saúde no âmbito das regiões de saúde são os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), que desenvolvem atividades relacionadas a consultas e exames especializados. Baseados nos princípios do SUS, os consórcios representam uma forma de associação entre municípios com o objetivo de assegurar ações de saúde à população das regiões de saúde.

Assim, outra forma de cooperação destacada pelos entrevistados são os consórcios intermunicipais de saúde enquanto novo ator não governamental envolvidos na oferta e gestão dos serviços de atividades. No Plano Estadual de Saúde 2012-2015 é notório o apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CONSUS).

Outrossim, os demais atores que irão compor o fundamento da pactuação no processo de organização do SUS no âmbito das regiões de saúde são os consórcios, que desenvolvem atividades relacionadas a consultas e exames especializados. Baseados nos princípios do sistema único, os consórcios representam uma forma de associação entre municípios com o objetivo de assegurar ações de saúde à população das regiões de saúde, conforme identificado nas falas dos entrevistados EG4 e EC5:

*O CIS, ele tem parceria com o Estado, né!? (sic), várias parcerias, então esse é um meio da gente conseguir, por exemplo, os exames que a gente precisa, que são as tomografias, ecografia e médicos especialistas, né!? (sic) (EG4).*

*Então essa pessoa vai ser tratada do começo ao fim por todos: pelo dentista, pelo enfermeiro, pelo médico pelo técnico de enfermagem, pela atendente, pelo acolhimento e encaminhada, se precisar, para a especialidade, que são os consórcios, né!? (sic) (EC5).*

Os excertos de entrevistas acima reforçam a atividade dos consórcios no provimento de serviços de consultas médicas especializadas, exames de média e alta complexidade. A lógica político-eleitoral também é evidenciada nos acordos estabelecidos entre os atores, conforme colocado pelo entrevistado EG14,

*Somos integrados ao CIS e conveniados ao CIS como todos os municípios e nós fazemos esse trabalho, né!? (sic), todos os municípios junto e muitas vezes até trocamos algumas gentilezas, né!? (sic), com algumas consultas que sobra de um município pro outro, e assim nós fazemos um trabalho regionalizado (EG14).*

Essa lógica político-eleitoral pode ser entendida enquanto uma relação de solidariedade/reciprocidade entre os atores, ainda que tendencialmente interesseira. No entanto, são características de regiões pequenas que resultam de uma cooperação necessária, mas que pode desvirtuar o processo que marca a atuação das instituições.

Pela fala do entrevistado identifica-se que o mesmo aponta a necessidade de acordos políticos para a institucionalização de formas de cooperação na provisão de redes de serviços de saúde para a população. Por certo esta cooperação pode ser entendida como uma forma de promover a ampliação da cobertura pelos serviços de saúde.

Constata-se que, no que tange às estratégias de fortalecimento da rede, o foco da CIR está no reforço da contratualização de serviços privados. No entanto, surgiu uma proposta de um dos consórcios em oferecer atendimento especializado em fisioterapia com abrangência de apenas cinco municípios, deixando excluídos de atendimento outros quinze municípios não

consoziados. Ressalta-se que há demanda por fisioterapia em todos os outros municípios, mas a proposta não se estende a toda a população da região de saúde.

Percebe-se também a busca em reforçar especialidades de média complexidade na macrorregião na busca de redução de fila de espera tendo como foco procedimentos de ortopedia e oftalmologia. Tal procedimento possibilita aos municípios fazerem contratos com municípios mais distantes, rompendo com a acessibilidade e proximidade de atendimento dos usuários em relação a sua residência. Isso consequentemente origina maiores custos financeiros aos municípios, aumenta o risco de vida do paciente, aumenta o tempo de acesso aos serviços, mas, por outro lado, se ganha em votos. Em um ambiente estruturalmente carente, certas ações paliativas adotam status de procedimentos-padrão. E, assim, faz-se do improvisado a regra.

Cumprе ressaltar que a lógica da cooperação e solidariedade preconizada no pacto pela saúde, em destaque na região pesquisada, tem sido efetivada enquanto orientação normativa do pacto. Desta forma, a região vai-se adequando à lógica do capital que é de colocar em segundo plano o setor público e com um papel suplementar, ou seja, suprimindo a ausência da esfera privada nos serviços de menor retorno econômico.

No Estado do Paraná, há vinte e quatro Consórcios de Saúde localizados em todas as vinte e duas regiões do Estado. Evidencia-se que o Governo Estadual cumprе parcialmente os requisitos exigidos na legislação em relação ao processo de regionalização em saúde, visto que estabeleceu o Mapa de Saúde em 2011 e instituiu o Plano Estadual de Saúde 2012-2015, além de definir o planejamento das Redes de Atenção à Saúde de acordo com o Mapa de Saúde. Não obstante, no ano de 2011 foi criado o Departamento de Apoio à Descentralização vinculado à Diretoria-geral, que tem como uma de suas responsabilidades o fortalecimento do desenvolvimento regional por meio do COMSUS.

Assim, os serviços do setor privado de assistência médica são adquiridos pelo Estado através da contratualização, que passa a garantir um negócio seguro, muitas vezes sem contrapartida e obediência a regras da eficiência e competitividade. Importante ressaltar que, na região em estudo, existem quatro consórcios intermunicipais de saúde – conforme tabela abaixo – que reforçam a falta de hierarquia entre os entes federados, favorecendo a competição em detrimento da cooperação.

**Quadro 13** – Consórcio e Municípios Integrados

Consórcios	Municípios
ASSISCOP (fundado no ano de 2011 com sede em Laranjeiras do Sul).	Laranjeiras do Sul; Nova Laranjeiras; Rio Bonito; Porto Barreiro; Marquinhos e Virmond.

CIS centro-oeste (fundado no ano de 2000 com sede em Guarapuava. No ano de 2005 este município deixa de participar do consórcio).	Boa Ventura de São Roque; Campina do Simão; Candói; Cantagalo; Foz do Jordão; Goioxim; Laranjal, Palmital, Pinhão, Pitanga, Prudentópolis; Reserva do Iguaçu e Turvo.
CISGAP.	Guarapuava, Pinhão e Turvo.

**Fonte:** Autora através de dados coletados junto aos consórcios.

Ainda sobre a regionalização, os entrevistados foram convidados a responder à questão: *Como a região de saúde pactua os serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS?* Esta pergunta tem como objetivo identificar o pacto pela saúde estabelecendo a necessidade de cooperação e solidariedade entre os municípios. Conforme o entrevistado EG3, a CIR é a instância responsável pela pactuação e, conseqüentemente, a instância que define as prioridades.

*Temos hoje uma instância colegiada, né!?, que é de pactuação que é a CIR, Comissão Intergestores Regional, uns chamam de CIB regional, mas nossa CIR regional, ela pactua todo e qualquer tipo de serviço hoje que venha ser prestado de forma inicial ou já esteja prestando pra população (EG3).*

Observa-se que, talvez pelo fato da coordenação da comissão ficar sob a responsabilidade do diretor regional, quem representa o Estado na Comissão, cabe à regional de saúde o papel de executar a pactuação dos serviços e também a responsabilidade de definição das prioridades.

*[...] vem mais da própria regional, ela que nos direciona é... nos auxiliando com a equipe deles, e daí na pactuação eles fazem, eles que vão passando para nós (ooo), aquele ano o que vai ser trabalhado mais (sic), as metas mais necessárias, então é mais junto com a regional e pra (sic) isso que nós estamos aqui, a gente sempre tá trabalhando junto, e acompanhando aí quando eles passam pra nós e fiscalizam também nos dão as metas para até os prazos. para nós concluir (sic) e aí vamos fazendo esse trabalho junto com a regional e com a nossa equipe aqui da saúde (EG14).*

*A regional, ela não interfere nesse primeiro contato com o paciente, aa o que acontece, o que nós fazemos então, é com a regional, é a pactuação de serviços de média e alta complexidade. Através de contra... (sic) através de contratos, né!?, então assim quem ordena, como acontece os primeiros contatos, é nós mesmo aqui da secretaria, a equipe gestora da secretaria de saúde (EG17).*

Na região de saúde pesquisada até 2014 a pactuação era realizada entre todos os municípios. A partir de 2015, a mesma passa a ser realizada individualmente para cada município. Portanto, cada município sela seu pacto com o Governo do Estado. O que não consta

do pacto é recusado como, por exemplo, o credenciamento de leitos psiquiátricos e de cuidados prolongados em um dos municípios que compõe a região de saúde.

Embora os municípios elaborem seus planos municipais de saúde é notória a vinculação com as determinações do governo do Estado, até mesmo pelo fato da orientação dos planos ser feita com base no plano estadual. No entanto, se por um lado a municipalização coloca aos municípios a responsabilização pela gestão; com o pacto de gestão pela saúde, o governo estadual retoma a coordenação das ações dos municípios através da comissão.

O plano plurianual se configura na pactuação tripartite, em que os municípios devem definir e executar conforme as metas definidas no plano diretor, tendo que estar em conformidade com a Lei de diretrizes, conforme evidenciado na fala do entrevistado EG3,

*O Plano Plurianual, que é o norteador de toda a política municipal, que a política de saúde está inclusive inserido nela, nele né, e que vai nortear daí em diante o ciclo que é o Plano Plurianual, que também as ações desse plano plurianual vai nortear a Lei de Diretrizes Orçamentária que daí fecha-se esse ciclo, né!?, justamente que a Lei de Diretrizes Orçamentárias que contém as ações, não contém valores, né!?, contém as metas ali, que a Lei Orçamentária Anual vai ter os valores (EG3).*

Além do plano plurianual, os gestores devem preencher e assinar um termo de cooperação de gestão a ser homologado pela comissão. Trata-se da pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores que devem ser cumpridos durante o ano. Constatamos da leitura dos pactos efetuados pelos municípios pesquisados que a pactuação de diretrizes, metas e indicadores para o ano de 2015 que os mesmos eram idênticos, sem consideração pelas diferenças regionais.

*E tem também alguns instrumentos de gestão que são postos pros municípios, que os municípios têm que cumprir metas e algumas diretrizes que são postas. Então não deve-se fugir disso, né!? ... Então hoje a gestão, ela é um pouco amarrada e vinculada a indicadores, né!?, isso é bom por um lado, ruim por outro que você correndo atrás de números, e acaba... tem municípios que acaba esquecendo a questão humana da coisa (EG3).*

A fala deste entrevistado reforça o caráter do federalismo sanitário, onde a questão de quem deve fazer o quê se irá sobrepor à questão de o quê deve ser feito, segundo leitura de Arretche (2010). Como efeito, reforça-se a dependência bilateral dos gestores regionais.

No que se refere às ações tomadas no âmbito das reuniões da CIR, podemos constatar que as pautas são demandas decorrentes de determinações no âmbito estadual, bem como demandas dos municípios. As pautas se definem também em torno de assuntos advindos de

interesses privados e públicos. As ações de saúde por parte de demandas colocadas pelo governo estadual são: incentivos financeiros aos municípios como parte integrante do programa de qualificação das ações de vigilância em saúde.

No âmbito do privado, trata-se dos convênios realizados entre as instâncias estadual e municipal, em que a gestão colegiada reforça a contratação de serviços colocados pelo setor privado, como aquisição de equipamentos para o hospital privado, pactuação de leitos hospitalares para urgência e emergência e credenciamento de laboratórios privados e credenciamento de prestação de serviços odontológicos.

Portanto, a CIR constitui-se numa instância de cogestão das ações e serviços de uma região de saúde, e ocupa o papel do estado na definição de prioridades e de soluções para a organização das redes assistenciais de forma integrada. Isso reforça o caráter federalista sanitário brasileiro.

**Quadro 14** - Frequência de participação nas reuniões da CIR

Municípios	Frequência	
	2015	2016
Guarapuava	8	4
Laranjeiras do Sul	9	5
Nova Laranjeiras	4	2
Marquinhos	8	2
Pitanga	7	3
Porto Barreiro	7	2
Rio Bonito do Iguaçu	9	3
Reserva do Iguaçu	5	1
Laranjal	7	0
Foz do Jordão	5	1
Turvo	8	4
Virmond	8	4
Palmital	7	3
Candói	6	2
Boa Aventura de São Roque	7	4
Campina do Simão	4	1
Pinhão	5	2
Goioxin	5	3
Cantagalo	3	2
Prudentópolis	3	1

Fonte: Autora.

Tendo em vista que é no espaço da CIR que os municípios constroem os arranjos políticos e econômicos para a organização da política de saúde na região, a cooperação e a solidariedade se desenvolvem frente à necessidade de recursos, pois nenhum município é

dotado de plena capacidade financeira para fazer frente aos custos das ações pactuadas ao cumprimento das demandas por saúde. Sendo assim, observa-se que os municípios mantêm uma certa frequência nas reuniões devido à vinculação da transferência de recursos financeiros por meio de mecanismos de cooperação e coordenação fundados na solidariedade, como apontado por Contipelli (2012). Inclusive, constatou-se nas observações que constantemente os municípios sofrem ameaças de perda de recursos como atributo para o cumprimento das metas pactuadas.

Os entrevistados responderam a outra pergunta, correlata à pergunta anterior: *Como é o planejamento na identificação de prioridades de intervenção de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde?* Esta pergunta procura identificar a importância para os gestores da redução das desigualdades e da exclusão social. Para esta questão, os entrevistados forneceram os seguintes indicadores: central de leitos, agentes comunitários e grupo de enfermeiros.

Os gestores regionais elaboram seus planejamentos e identificam as prioridades através do trabalho realizado pela equipe da Estratégia que busca junto à população identificar as condições de saúde num determinado território de abrangência. Conforme apontado pelos entrevistados EG14 e EG17,

*Olha nós temos a... a enfermeira da atenção primária e ela faz um trabalho regimentado (sic) com as unidades de saúde do interior e daqui dos bairros, do centro mesmo é ela faz um trabalho com as com as agentes com as técnicas de enfermagem que ficam nas localidades com as ... as agentes de saúde, né!?, que fazem o trabalho de ... de visita e eles vão levantamento os problemas (EG14).*

*Cada agente comunitário tem o seu número de famílias cadastradas, e dentro da cada família, ele vai fazer... o próprio agente comunitário, ele vai estratificar, assim, quem são os hipertensos, quem são os diabéticos, quem são as suas gestantes, na sua territorialização (EG17).*

Percebe-se que, no cumprimento das metas e diretrizes, os gestores regionais colocam em campo a equipe ESF para a busca ativa de demandas que se restringem à prevenção (gestantes), correção e recuperação (diabéticos e hipertensos), ou seja, distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo. São ações que se remetem à incorporação de programas fragmentados com ações reativas, episódicas e voltadas prioritariamente para as condições agudas e para as agudizações das condições crônicas, conforme apontado por Mendes (2012).

Desta forma, o posicionamento da gestão colegiada é de cobrança do cumprimento de metas como, por exemplo, os resultados do monitoramento VIGIASUS, a mortalidade materna,

a cobertura vacinal em crianças menores de um ano de idade, o combate à dengue, enfrentamento à microcefalia (provocada pela infestação do vírus da chikungunya).

Todavia, as redes devem ser estruturadas através de estudos demográficos e epidemiológicos projetados para cada região em específico, procurando responder às necessidades da população. Pode-se afirmar que, em se tratando de identificar a forma de gestão regional na busca pela oferta para a população às ações e serviços, o acesso se dá pela oferta dos serviços com caráter ainda centralizador. Esse caráter centralizador, no processo de regionalização, tem causado prejuízo ao desenvolvimento local e regional, pautado por uma forte indução política pelos entes federal e estadual, conforme abordado por Shimizu *et al.* (2016).

Quando se propõe a identificação de prioridades de intervenção, não se pode planejar e propor práticas de saúde para grupos específicos, pois tais medidas se constituem em ações e serviços de “discriminação positiva”. É importante a existência de diálogo que contribua para o processo de construção/reconstrução de determinantes que extrapolam a dimensão estritamente técnica da atenção básica. São necessárias reformas concretas que respondam às expectativas da população.

A busca pela redução das desigualdades sociais é possível através da interpretação do território nas suas “múltiplas colorações”, é um caminho a ser construído de forma árdua, tendo em vista o reduzido número de equipes da estratégia nos territórios. É fundamental a capacitação das equipes no entendimento da territorialização e na proposição pelos gestores de ações que visem o fortalecimento da AB, pois a constituição das redes de atenção é fundamental para a efetivação da coordenação das redes pela equipe.

Visando identificar o fortalecimento da AB na região, os entrevistados foram convidados a responder à questão: *Como é o sistema de contratualização dos prestadores de serviços?* Os indicadores evidenciados são: contratos, licitações e convênios, propondo uma correlação entre contratualização e a pactuação das ações e serviços para a população.

*[...] primeiro o prestador, ele tem que habilitar o serviço dele, se ele não tiver o serviço habilitado, não se enquadrar aí nas regras do sistema único, ele já não vai poder prestar serviço no sistema único, vai ficar somente ficar como prestador particular, né!? Sendo habilitado, ele pode, ele vai ter obrigatoriamente também que passar por um sistema de pactuação, né!? e vai ter que ter um contrato (EG3).*

O contrato evidenciado na fala do entrevistado é o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS), que foi estabelecido no Decreto nº 7.508/2011, que reforça o pacto pela gestão estabelecido no ano de 2006. Trata-se da gestão pública contratualizada, característica do Estado regulador. Contudo, percebe-se que cada município, por questões político-administrativas, reforça as redes de atenção com contratualizações individuais na provisão de serviços para a sua população, conforme apontado pelos entrevistados EG4 e EG14,

*Alguns médicos são contratados por via, ééé ... feito uma licitação, via licitação que é... onde que é válida às vezes por seis meses ou até um ano (EG4).*

*Temos os consórcios, e o que não tem nos consórcios contratamos uma empresa e ela contrata médicos para nós. Contratamos alguns laboratórios que também prestam serviços (EG14).*

Os contratos médicos visam suprir necessidades de médicos especialistas para compor o quadro funcional dos postos de saúde dos municípios, indiferentemente das UBS que funcionam com ou sem a equipe ESF. Entre os médicos contratados por licitação estão cardiologistas, ortopedistas, ginecologista/obstetra, dermatologistas, urologistas, entre outros.

No entanto, o setor privado também busca suprir a atenção secundária e terciária para a população. O que foi constatado entre os contratos de serviços privados é o alto custo de alguns procedimentos, exames e cirurgias que o SUS não cobre, o que resulta na cobrança por parte dos médicos, clínicas e laboratórios de uma contrapartida aos pacientes, ou seja, o município entra com um determinado valor e o restante é pago pelo paciente ou seu responsável.

Salientamos que é terminantemente proibida a cobrança de qualquer procedimento na rede de serviços públicos de saúde, sendo de responsabilidade do governo federal, estadual ou municipal arcar com os custos, nunca cobrando por exames, consultas ou cirurgias dos pacientes. No entanto, a carência dos serviços e a demora pelo atendimento levam os pacientes a aceitarem efetuar os pagamentos cobrados indevidamente. Essa cobrança descaracteriza a universalidade do SUS, possibilitando que somente quem tem poder aquisitivo possa ter acesso aos serviços, o que infringe o princípio da equidade.

A última pergunta sobre o item regionalização a que os entrevistados foram convidados a responder foi: *Como é a forma de pagamento das especialidades médicas?* Esta pergunta busca identificar a capacidade financeira dos municípios. Os entrevistados apontaram os seguintes indicadores: repasse financeiro, contrato de rateio e pró-labore. Os entrevistados foram unânimes nas respostas, conforme podemos verificar nas falas dos entrevistados EG3, EG4 e EG14,

*Hoje é feito através... para os consórcios em alguns municípios é feito o repasse e o município acaba repassando aí pros consórcios. Mas o Estado hoje esse pagamento entra dentro do CONSUS, né!?, que é justamente um convênio com os consórcios municipais (EG3).*

No contexto do financiamento, cada consórcio recebe recursos do Estado, sendo que os valores dos repasses variam entre os consórcios. Para além dos recursos advindos do CONSUS, existe ainda uma forma de rateio entre os municípios em forma de arrecadação per capita no valor de 0,50 centavos por habitantes, cujo faturamento é separado por médicos e municípios, conforme expressado pelos entrevistados EG17 e EG14,

*[...] é através do contrato de rateio, né!?, então é firmado lá, então o médico que eu preciso contratar, que o município precisa contratar, então é solicitado através do consórcio, o consórcio vai dispor, nós vamos pedir o serviço e o consórcio vai contratar e o consórcio tem um contrato de rateio dos municípios (EG17).*

*A maioria com recursos do município mesmo e, exceto os Mais Médicos, né!?, que daí sim mesmo, nós tem (sic) o pró-labore pra eles que o município paga mais, daí que é uma contrapartida mas que é, eu considero assim bem irrisório (EG14).*

Desta forma, o fortalecimento loco-regional vai se organizando através de arranjos políticos eleitorais com diversos atores que são concorrentes em potencial, como evidenciado por Rocha (2016). Este autor reforça também que o consorciamento de vários municípios resulta em acordos políticos para a institucionalização de formas de cooperação horizontal e vertical entre os entes federados.

A sociedade civil (ONGs, entidades filantrópicas, OCIPs, entre outras) passa também a cooptar e a reivindicar espaços para a abertura de novo consórcios, interpelando os prefeitos através dos esquemas de associações municipais de saúde, pois o retorno financeiro é bastante promissor. Os prefeitos, por sua vez, sentem-se constrangidos pela exigência dos eleitores de qualidade na oferta de serviços, devido à alta tecnologia.

Os consórcios devem continuar a ser utilizados como uma estratégia, pois ainda se constituem como um importante arranjo intermunicipal para a prestação de serviços de saúde. O que precisa é uma atitude de fiscalização/negociação por parte dos municípios na prestação dos serviços com qualidade e equidade, bem como a melhoria na capacidade de gerenciamento, que tende a ser da baixa capacidade. Esse cenário evidencia-se na existência de grandes vazios de ações e serviços, resultando no crescimento de incentivos privados com financiamento do Estado, com renúncia fiscal que compromete mais ainda os recursos do fundo público para a segurança social.

A organização das ações e serviços de saúde visa também amenizar a demora do atendimento no âmbito das consultas e exames de média e alta complexidade; diz respeito ao uso, no momento adequado num conjunto entre a demanda e a capacidade insuficiente de oferta. Trata-se das listas de espera. Os descritores estabelecidos foram: ordenamento por necessidade da população e situação de risco; transparência sobre a oferta de serviços prestados e unicidade das filas de espera.

Neste sentido os participantes foram convidados a responder à questão: *Como são construídas as listas de espera?* Trata-se de identificar como é realizado o agendamento hospitalar eletivo e alguns exames clínicos e ou de imagem. Os indicadores apontados pelos participantes foram: listas de espera conforme urgência; médico auditor. Em relação ao ordenamento por necessidade da população e situação de risco os entrevistados apontaram,

*[...] o paciente consultou hoje na atenção básica, e a lista de espera é construída, ele precisa de uma ... vai pro setor de auditoria e regulação de exames e consultas né daí então essa auditoria ... esse médico auditor dá um feedback, um retorno para unidade, caso tenha. Caso não seja possível fazer a consulta. Caso seja possível fazer a consulta ele mesmo lá na auditoria que é encaminhado, feito a marcação de consulta (EG17).*

*[...] esses pacientes vêm geralmente com encaminhamentos e pedidos e a gente tem uma pessoa específica na secretaria que faz esse agendamento, esse encaminhamento (EC4).*

A organização das listas de espera também se constitui hoje no principal problema dos sistemas de atenção à saúde na região. No que diz respeito à demanda, ou seja, no que diz respeito à identificação da demanda, segundo EG17, percebe-se que a lista de espera está sendo feita pela AB, quando realiza a estratificação de risco (em alguns municípios), em busca ativa dos problemas crônicos e agudos. Acontece que não se estrutura o acesso com uma racionalidade de demanda nem tampouco com adoção de políticas de redução das necessidades,

mas a partir da efetivação do processo de busca e obtenção do cuidado, conforme Mendes *et al.* (2012). Como apontado por EG4:

*Então, as listas de espera nossa, por exemplo, no, no consórcio são construídas ... nós temos um, um, uma quantidade “x” para gastar por mês, né!? Então chega o paciente, depende se for... o médico vai avaliar ele conforme a urgência, se ele precisa, necessita de uma ecografia urgente, ele tá (sic) com sintomas de uma doença, né!?, aí o médico coloca urgência, a gente vai encaminhar ele, vai cortar a fila. Senão, ele vai numa fila, a gente tem um, um programa no computador, né!?, e vai, vai, e conforme vai tendo a verba a gente vai marcando, né!?, e a sempre pessoa vai ficando mais perto da sua vez, não demora a gente não tem demorado mais que trinta dias para conseguir uma consulta ou um exame, ou até menos que isso (EG4).*

Embora o entrevistado aponte que a demora se situa num prazo de trinta dias, foram identificados pacientes incluídos na lista de espera desde o ano de 2014 na especialidade de neurologia. Nem sempre esse prazo é compatível com a gravidade da condição de saúde, e a longa espera pode causar sofrimento ao paciente, pode também em alguns casos ser determinante para o risco de morte.

*Mas ainda a fila judia bastante, não sei o que o SUS não consegue é fazer deslanchar isso aí, às vezes se queixam muito dos profissionais, que o pagamento do SUS às vezes é muito baixo é, os profissionais preferem não trabalhar, sempre aconteceu aqui [nos consórcios] que às vezes tava (sic) lá um punhado de cirurgia pra fazer, um punhado de documento para, pra exame e o médico não, desistia, não queria por questão que eles falaram por valores, de valores muito baixo, mas eu acho que melhorou um pouco, mas a fila ainda judia bastante pra nós gestores e pros pacientes que precisam ser atendidos (EG14).*

Acontece que a população, quando informada que será encaminhada para especialista e que deve aguardar o agendamento, tem a consciência de que poderá esperar por muito tempo (dias, meses ou até mesmo anos); em decorrência disso, muitas vezes, utiliza os poucos recursos financeiros para ser atendida. Aqueles que têm maiores recursos financeiros tratam logo de agendar consultas ou exames particulares. Essa prática fere o princípio de equidade do SUS.

*É por ordem de chegada dos pacientes, são priorizado só casos em que o médico auditor ou o médico prioriza o paciente, e algumas listas, por exemplo, a oncologia é nem tem lista de espera e feito somente o cadastro então a gente com o ambulatório já logo chama (EG17).*

A lista de espera ainda é um “nó” em relação ao acesso à saúde. A inclusão da população na lista de espera gera desconforto e agrega riscos à saúde do paciente. Identificamos a inclusão de uma pessoa para atendimento na especialidade de endocrinologia no ano de 2014.

Após dois anos de espera, o paciente ainda aguarda o atendimento de 442 pessoas que se encontram na sua frente. Outra pessoa, que foi incluída em 30 de agosto de 2016, terá de aguardar 6.798 pessoas na frente para consulta. Esta situação reforça o pagamento por consultas e também a atitude de aceitar “burlar” a fila em troca de voto para conseguir um atendimento mais rápido.

De forma geral, Viacava e Bellido (2015) apontam, em pesquisa realizada em 2015, que essa forma de pagamento se tem reduzido com a utilização maior da população pelo SUS nas regiões mais ricas, e um aumento via plano de saúde na região centro-oeste. Entretanto, em nossa observação participante, a prática de pagamento do bolso foi identificada, e também a forma indevida de cobrança por exames agendados pelo SUS. Ressalta-se que a característica da universalidade posta na Constituição federal de 1988 em relação à política de saúde garante que “qualquer pessoa que precise utilizar um serviço de saúde pelo SUS, pode ser atendida e não precisa pagar por ele na hora do uso”, como reforça Santos (2016, p. 4).

Para que a lista de espera possa funcionar de forma adequada, é necessária transparência, para além de se racionalizar a demanda e adotar políticas de redução através do ordenamento das necessidades, que envolve o grau de risco de vida ou complicações das condições de saúde da população. A transparência é tratada no Brasil em forma da Lei Ordinária nº12.527/2011, que tem como prerrogativa a publicidade como preceito geral e o sigilo como exceção. EG3 observa que:

*[...] não temos uma página, né!?, um portal de transparência, dependemos no nível central e esse nível de discussão ainda não tá...tá sendo feita mais (sic) de forma mais lenta, né!?, pelo volume até de procedimentos” (EG3).*

A transparência deve ter como base o acesso de forma ampla para a população através de canais de informação. Inclusive é mister que a lista de espera em relação a diferentes procedimentos seja disponibilizada na internet, como observado por Mendes (2011). A não transparência pode resultar na desigualdade de acesso da população e pode ser influenciada por clientelismo, principalmente em período de campanha eleitoral. Essa situação é identificada pelos entrevistados e principalmente pelo fato de um consórcio ter sido alvo de denúncia sobre a fila de espera divulgada em rede nacional de notícias.

Enquanto o governo federal estabelece reforma que pode conduzir ao fim do direito à saúde para todos, os gestores locais reforçam a necessidade de fortalecimento da AB como caminho para melhoria das condições de saúde da população, conforme apontado por EG3:

*E hoje há uma tendência muito grande de reverter esse processo, de fazer com que o profissional lá da atenção básica, da atenção primária resolva o problema desse paciente é claro, né!? Setenta por cento dos casos podem ser resolvidos, segundo as estatísticas, né!? Então, a gente tá tentando e tá conseguindo, né!?, mas é um processo lento e demorado que mexe com cultura, com questões sociais, mas aos poucos vai se mudando a mentalidade (EG3).*

Entende-se, portanto, que é fundamental a valorização e o empenho de todos (gestores e população) para a efetivação da PNAB enquanto coordenadora e organizadora da rede de atenção. Isto para que a mesma exerça efetivamente o seu papel de reguladora da fila de espera, reduzindo o descompasso entre a demanda e a oferta. Por outro lado, a sua efetivação resulta na elevação dos níveis de saúde e na diminuição do uso de medicamentos.

Assim, se fez necessário identificar a capacidade de integração entre os pontos de atenção à saúde. Para tanto, elencamos a seguinte questão: *Como está organizado o sistema de regulação das urgências e das emergências?* O objetivo era identificar a organização em módulos integrados de atenção. Os entrevistados apresentaram os seguintes indicadores: falta de estrutura, estratificação de risco, precariedade, pronto atendimento e regulação hospitalar.

Ressalte-se que a Portaria GM 1600/2011 é a mais recente que institui a Política Nacional de Atenção à Urgências (PNAU), com objetivo de estruturar a rede de cuidados integrais às urgências e emergências (BRASIL, 2011c). Essa portaria amplia a política visando a alargar o acesso da população à universalidade, a equidade e integralidade no atendimento às urgências.

Para que a efetivação da política seja real, o município deve dispor de uma ampla rede de serviços e não apenas de um hospital com disponibilidade de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ou sistema de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A rede deve ser composta por uma série de ações e serviços complementares e deve estar ancorada na prevenção, promoção e vigilância em saúde, bem como, atenção básica em saúde, Unidade de Pronto atendimento UPA. Na região pesquisada os entrevistados EG3 e EG4 apontam que:

*Essa rede de urgência e emergência está sendo desenhada, ela já está implantada, mas temos todo aí uma estrutura [...] a estrutura existe, mas é uma das redes que nós constantemente temos que discutir (EG3).*

*Então... essas urgências e emergências são reguladas pelo hospital, nossa porta de entrada aqui é o hospital (EG4).*

Em uma reunião da comissão, a rede de urgências e emergências foi pauta e a proposta foi de criar um grupo condutor composto por uma paridade de 50% de gestores e 50%

de membros da regional para a elaboração de um plano regional. Foi sugerida a participação dos gestores dos municípios com hospitais e dos municípios próximos às rodovias. Ressaltou-se que no ano de 2012 já tinha sido feita uma proposta de regionalização do SAMU, e que após sete reuniões não se chegou a nenhum resultado concreto.

Foi reforçada na reunião a ideia de que a regionalização da rede é da responsabilidade dos municípios. O Governo Estadual oferece seis componentes para a organização da rede, e que para cada componente existe uma proposta de financiamento. Desta reunião tirou-se uma agenda de reunião para tratar da formação do grupo condutor regional. Foi identificado também que os municípios é que são os responsáveis por arcarem com o financiamento hospitalar para atendimento de suas urgências e emergências, conforme apontado por EG4 e EC14:

*Então essas urgência e emergências são regularizadas pelo hospital, nossa porta de com mais urgência em entrada aqui é o hospital (EG4).*

*Então, nós não temos implantado uma urgência e emergência e as urgências são atendidas pelo hospital que tem credenciamento e convênio junto com a secretaria de saúde (EC14).*

A ação imediata a ser implantada definida na reunião é a disponibilidade de uma sala de estabilização dos pacientes. As unidades de pronto atendimento têm o objetivo de diminuir as filas nas emergências dos hospitais. Funcionam 24h por dia, todos os dias da semana, dependendo do caso, atendem e estabilizam o quadro para que a pessoa tenha condições de ser transferida ao hospital ou redirecionado à UBS, conforme Uchimuta *et al.* (2015).

A orientação da equipe da regional é de que os municípios se organizem rapidamente e que se unam para o financiamento. A equipe reforça, ainda, que já foi elaborado um diagnóstico anteriormente e de que é necessário somente a sua atualização junto a central de regulação. Após definida esta estratégia, o grupo se deparou com um problema que se resume à comunicação, pois não existem rádios e torres para o funcionamento de celulares, bem como profissionais qualificados. Observa-se que a pactuação entre os municípios no que se refere à política nacional de urgência é conflituosa e permeada por interesses políticos.

Outro fator observado é que, embora a PNAU seja uma decisão do governo federal, a sua implantação é de responsabilidade e escolha dos municípios, o que descentraliza a política, mas não descentraliza os recursos. Tal é apontado é apontada por EG14 e EC5:

*Essa parte de urgência e emergência, de internamento e transferência continua ainda um pouco precário, mas não conseguiu desenrolar, bem na*

*hora que é preciso a gente vê bastante agonia, vê caso aí que já foi complicado (EG14).*

*[...] quem está organizando essa demanda de urgência e emergência é a população que está precisando (EC5).*

A realidade de cada município é única. Cândói possui apenas um posto de saúde central com característica de policlínica que funciona vinte e quatro horas. O plantão ocorre no horário das 17h00 às 07h00 sob responsabilidade de um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um farmacêutico, que realizam a triagem e encaminham para o hospital. Vale salientar que o número de acidentes é considerável, tendo em vista que a cidade fica no entorno de duas grandes rodovias, com uma frequência considerável de acidentes com moto.

O PDR 2012-2015 propunha que, até o fim dessa gestão, 100% da população fosse atendida pelo SAMU, e que 50% dos internamentos de urgência e emergência fossem geridos pela Central de Regulação. É necessária alguma forma de pactuação na região como um todo, para que a população possa alcançar a universalidade e a integralidade da política de saúde.

O município de Pinhão possui um hospital geral que atende às urgências e emergências do município, durante a pesquisa não houve nenhum relato ou observação sobre a existência de unidade de pronto atendimento. Já o município de Guarapuava dispõe de uma unidade, um departamento de urgência e emergência, uma urgência municipal e um serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e três hospitais geral. Vale ressaltar que a política nacional de urgência estabelece que as UPAs funcionam como retaguarda para os hospitais, e esses dados refletem a sobrecarga que todavia afeta diretamente a resolutividade da PNAU, que culmina consideravelmente em perdas de vida.

### **5.3 Territorialização da Saúde na Definição do Espaço Geográfico**

Organizar a atenção à saúde em um determinado território permite o planejamento e o desenvolvimento na distribuição espacial das ações e dos serviços de forma integral, levando em consideração a população. Significa verificar se a população adstrita e a área geográfica sob a responsabilidade da AB estão identificadas com clareza e como se organizam os territórios sanitários.

Desta forma, a intenção ao abordar a territorialização da saúde no espaço geográfico é o de compreender a proposta de territorialização na definição do espaço geográfico e sua população, buscando a identificação do nível de cooperação entre a região de saúde no âmbito da micro e macrorregião. Para tanto, perguntou-se aos participantes da pesquisa: *Como se dá a*

*organização e mapeamento dos territórios sanitários?* Os indicadores apontados foram: microrregião, mapeamento, territorialização e estratificação dos riscos.

Já abordamos anteriormente que a base territorial é um dos princípios da organização mais importante do sistema de saúde, e para tanto os serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção – básica, média e alta complexidade –, irão ser estabelecidos na lógica da distribuição espacial. Desta forma, CE14 e EG4 apontam como se organizam seus territórios sanitários:

*Então... a identificação dos problemas e principais focos é feita através da estratificação de riscos feita pela ESF, então a gente tem uma central de abrangência de um ESF e tem um determinado território pra ele, pra ele identificar e dentro desse território ele faz a estratificação de risco, então a estratificação que a gente faz pela secretaria de saúde (...) São orientações da APSUS, que é a estratificação de crianças menores de um ano, a estratificação de idosos, de hipertensos e diabéticos, saúde mental, gestantes (CE14).*

*[...] pela visita, a gente vai buscando nas famílias, a gente faz uma média do que é o maior problema que temos de saúde dentro do município é por meio das agentes de saúde, trazendo a informação pra gente, né!? (EG4).*

Os entrevistados acima consideram o território como um determinado local onde a população reside, e a organização dos serviços de saúde é dividida em áreas de atuação dos agentes comunitários, os quais compõem a estratégia referenciada por uma unidade de saúde. Ou seja, identificam o território como delimitação de um grupo de pessoas (cadastro de uma clientela) com um determinado perfil epidemiológico (que ainda precisa ser elaborado em todos os municípios como já apontado anteriormente), que irá influenciar a forma como esse território será incorporado ao atendimento de suas necessidades de saúde.

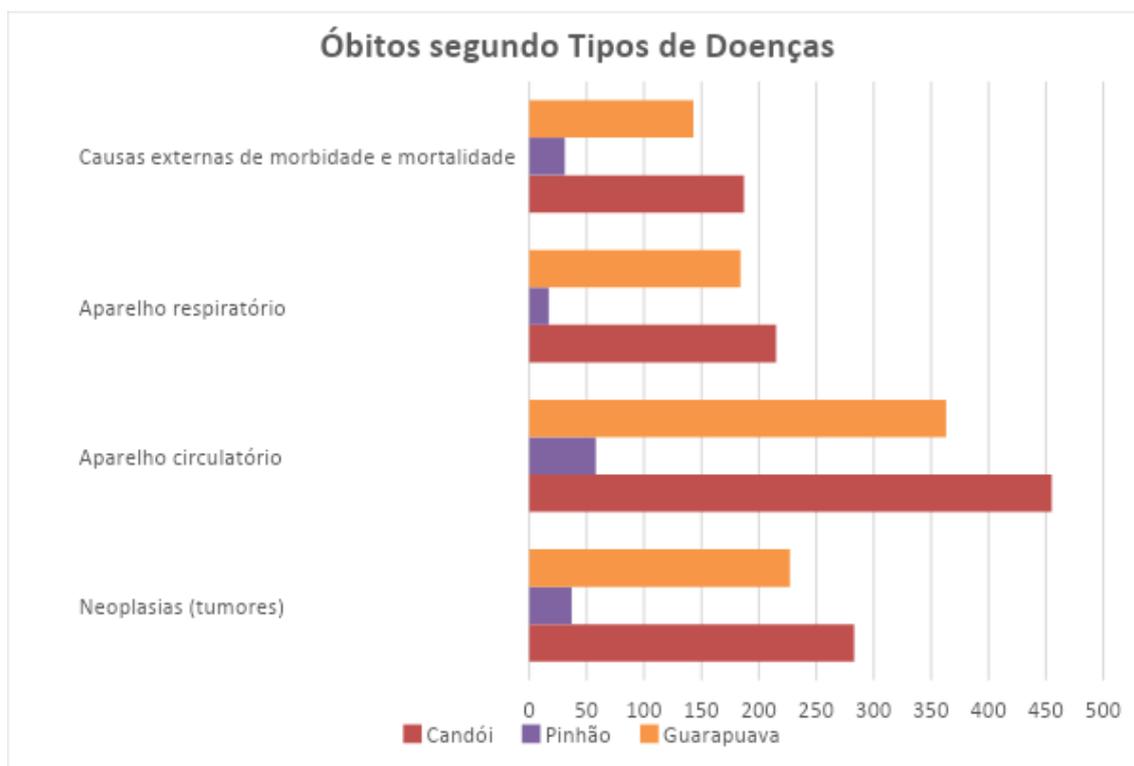
Trata-se da concepção de “território clima” como estabelece Cristovam Barcelos (2008), ou seja, o território concebido a partir da vigilância em saúde, que tem como objetivo observar as causas para prevenir. Trata-se de buscar as questões imediatas dos indivíduos sem o conceito mais amplo de território. Pensar as ações e serviços de saúde a partir da vulnerabilidade e estratificação dos riscos significa ver o território a priori como vulnerável e de risco. O território não é vulnerável, são os espaços que manifestam as vulnerabilidades.

Assim, na visão dos entrevistados esta busca ativa nos territórios definidos é importante para a estratificação dos riscos através de indicadores epidemiológicos, conforme apontado por EC5:

*A saúde pública está, é... uma coisa muito dinâmica, ela nunca está parada, então o mapeamento, a territorialização é uma coisa que vem todos os dias e*

*vai modificando, então quando começou, começou com o mapeamento de território mesmo. Vamos dividir as ruas, os bairros, por ... termina na rua aqui no bairro tal conforme o posto de saúde, então tinha um posto de saúde e ali ficava aquele território para atender a população mais próximo. Com certeza seria mais fácil pra população identificando também os agentes comunitários os profissionais que moram naquele território, só que foi evoluindo e foi vendo que.. a partir disso já estava território identificado. Aí precisava agora identificar a população, que tipo de população nós temos neste território, e aí vai afinando e vai peneirando. Agora nós temos a estratificação de risco, então dentro desse território todo dentro daquela unidade tem estratificação de risco, então existem doenças estratificadas de maior risco de menor risco idades estratificadas e através dos identificadores que vem da epidemiologia, do que morrem as pessoas, do que adoecem as pessoas, do que internam as pessoas. então agora ocorre estratificação de risco (EC5).*

Essa forma de estratificação do risco é decorrente do aumento do índice epidemiológico das condições crônicas, como, por exemplo, doenças cardiovasculares, *Diabetes Mellitus* e até mesmo doenças já extintas e ou controladas como a tuberculose. Esse aumento das doenças crônicas é denominado por Mendes (2015) de “agudização das condições crônicas”. Esse quadro não é homogêneo e varia conforme o desenvolvimento social e econômico das regiões.

**Gráfico 4** - Óbitos segundo tipos de doenças

**Fonte:** Adaptado de IPARDES (2016).

A região objeto da nossa pesquisa apresenta uma significativa “agudização das doenças crônicas”, acompanhada do aumento da demanda por conta de acidentes externos – acidente de trânsito e violência doméstica. Outro fator que predomina é o fato do modelo de atenção à saúde do SUS ainda estar orientado para o atendimento às condições agudas de atenção (como a gripe H1N1 e a dengue) e as condições crônicas (Neoplasias, *Diabetes Mellitus* e o Acidente Vascular Cerebral), fazendo com que predomine uma atuação passiva e acolhedora do paciente adoentado, como apontado por Farias (2014). Não obstante, há a cobrança pelo Estado da redução dos índices epidemiológicos.

É importante ressaltar que este modelo de atenção reforça o caráter de institucionalidades da política de saúde. O foco está voltado para a escala individual e não para uma escala territorial. É importante pensar o território enquanto lugar onde vão se desenvolver suas ações e não como depositário de ações, é propor políticas a partir dos territórios.

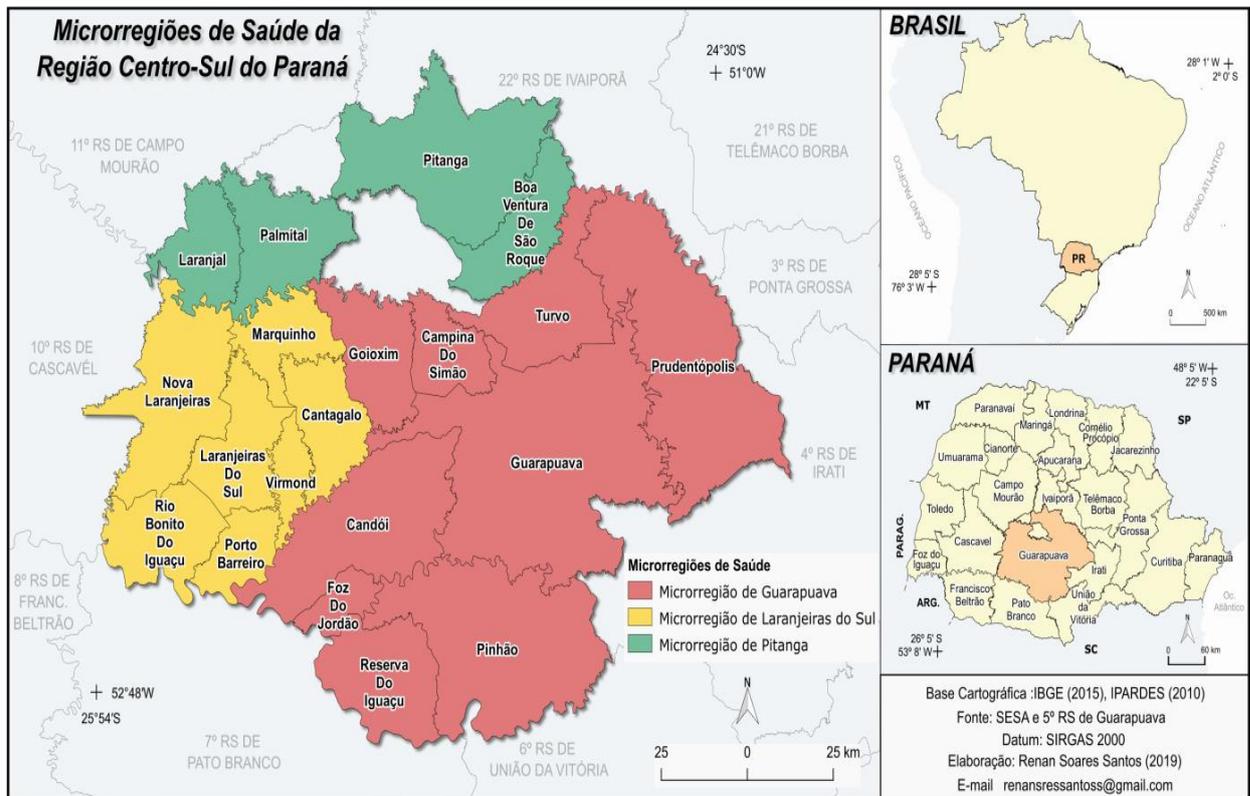
Nos territórios, a atenção Básica passa a ser considerada porta de entrada para a rede, e para que a unidade de saúde não se transforme em pronto atendimento, os gestores buscam promover algumas ações que transcendam o limite dos municípios e articulem com os demais

municípios, formando as microrregiões dentro de uma região de saúde, como apontado por EG3:

*Pegamos os municípios onde tem uma estrutura de assistência instada, né!?, principalmente aqueles que têm um hospital e que tenha uma característica de hospital geral e que tenha aí um suporte pros (sic) municípios menores que não tem. Tem município hoje que a estrutura são somente unidades de saúde ou um centro de saúde maiorzinho que tenha um caráter de vinte e quatro horas, ou que não seja de vinte e quatro horas, mas que estendido que tenha um horário ampliado, né!?, para ao menos ter, dar esse suporte ali pros pacientes, estabilizam esses pacientes e encaminha pros centros maiores (EG3).*

Existem, neste território regional, três microrregiões que buscam o atendimento da população junto aos serviços de média e alta complexidade. Através dos consórcios, vão-se buscando as adequações dos serviços conforme a demanda dos municípios mais próximos da microrregião.

**Figura 10** – Divisão da região de saúde em microrregiões



Entende-se que, ao se tratar da territorialidade e da intersetorialidade, o território deve ser pensado como ponto de partida e ponto de chegada. Observa-se, contudo, que as

microrregiões são símbolos de separação e não de solidariedade, pois de nada adianta, por exemplo, ter um posto de saúde se a população não consegue acessá-lo, se existem barreiras que dificultam o acesso. Assim, observa-se que a política de saúde é pensada num contexto urbano e ou metropolitano, onde a realidade da agenda da política nos municípios é pensada de forma institucionalizada (SANTOS, B.S., 2002a).

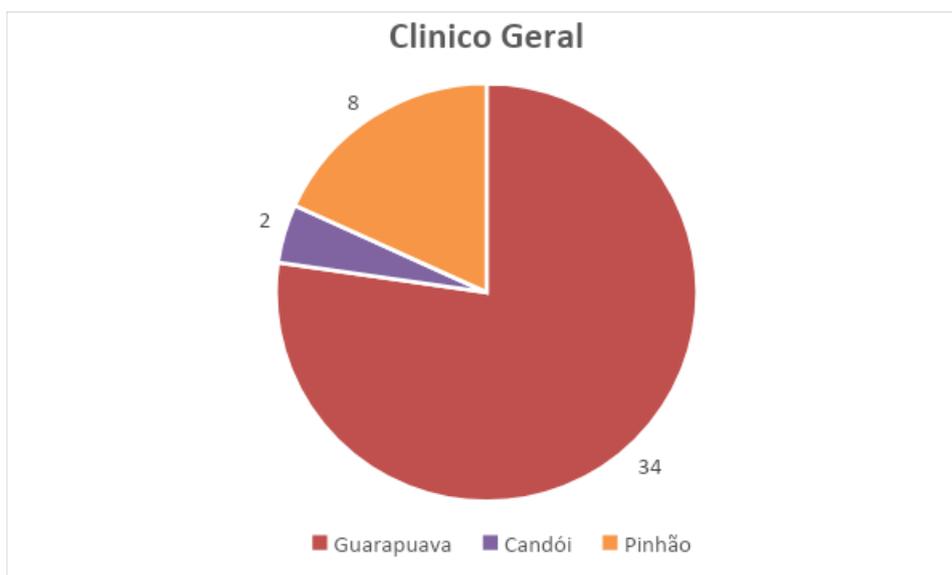
No entanto, por conta da extensão territorial e populacional, e levando em consideração as desigualdades sociais e econômicas de cada município, o município de grande porte e sede da regional, Guarapuava, oferece serviços mais estruturados visando a redução dos custos dos serviços na utilização dos recursos, conforme apontado por EG14:

*É onde 90% do nosso atendimento da nossa população é a microrregião de Guarapuava, desde laboratório né e as especialidades (EG14).*

Outro agravante em relação aos serviços é que os médicos que atendem nos municípios de pequeno porte não residem na cidade pela dificuldade de acesso aos serviços de diagnóstico e suporte. Isto faz com que os mesmos fixem residência no município sede. O que acarreta muitas vezes em atraso para o atendimento médico nas unidades de saúde, tendo em vista a necessidade de deslocamento dos médicos que percorrem uma distância de aproximadamente 52 km entre o município de Pinhão e Guarapuava, e de aproximadamente 59 km entre o município de Cândói e Guarapuava. Esta dificuldade é apontada por EG3,

*[...] hoje a dificuldade nossa é não ter serviços nos municípios e isso faz com que os médicos acabam fixando a residência em Guarapuava pela facilidade né de ter serviço de diagnóstico, de apoio de suporte na própria cidade (EG3).*

A situação apresentada reflete-se no comprometimento da estrutura da rede e também compromete a efetivação da AB. Portanto, é fundamental o investimento na contratação de médicos generalistas para que a mesma se realize. A falta de médicos é verificada nos municípios, conforme destacado no gráfico abaixo.

**Gráfico 5-** Distribuição de clínico geral nos municípios

Fonte: Autora.

Observamos que nos municípios de Candói e Pinhão o quadro de médico generalista é muito pequeno, e fazem parte do programa Mais Médico. O programa Mais Médico foi instituído por meio da medida provisória nº 621 de junho de 2013, e tem como objetivo entre outros, ampliar a inserção de médicos nas UBS.

Embora a saúde não se faça somente com uma grande quantidade de médicos, a contratação de mais médicos generalistas na ESF é fundamental para não comprometer a estrutura da rede e a efetivação da AB. Portanto, as regiões com maiores taxas de médicos, segundo comprovado por Mendes (2011, 2015), apresentam menores custos por causa da maior oferta de cuidados preventivos e da presença de menores taxa de hospitalização.

Definir a AB como “porta de entrada” significa dizer que ela é organizadora e coordenadora da rede de atenção. Como afirma Faria (2014), não se trata de estreitar a entrada de pacientes, o objetivo é que ela seja capaz de acolher os fluxos e as necessidades de saúde da população, pois a AB é a base das redes de saúde. Desta forma, a efetividade da mesma pressupõe fugir das escalas administrativas e compreender a dinâmica do cotidiano, e, a partir do cotidiano, incorporar a dinâmica administrativa. Caso contrário, deixamos de atender as necessidades da população.

Outro fator fundamental é identificar se a política de saúde está sendo pensada em consonância com a realidade dos municípios de pequeno e médio porte. Santos e Silveira (2006) afirmam que as relações sociais no mundo globalizado se fazem pela fragmentação, que explode

os territórios, com regionalismos e regionalizações de toda ordem e interferem na vida do ser humano, por vezes de forma brutal.

Observamos que a constituição territorial, na definição do espaço geográfico na região pesquisada, possui uma desconexão com as redes. Onde as escalas partem do individual para a escala territorial, os critérios definidos são exclusivamente individuais, com levantamento estatístico de vulnerabilidade e risco. É urgente um cadastro territorial como lugar para o desenvolvimento da política e não como um lugar depositário de ações.

O foco nesta parte da pesquisa é o de identificar como se organiza o sistema de transporte da população para consultas eletivas e exames agendados. Desta forma, os entrevistados foram convidados a responder à questão: *Como é o sistema de transporte da rede de atenção?* Os indicadores foram: repasse de recursos, cobertura, nível municipal e comodidade.

O sistema de transporte no SUS é fundamental e imprescindível para que a população tenha acesso aos pontos de atenção e ao sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, como contextualizado por Mendes (2015), principalmente num sistema como o SUS em que a base territorial se faz através da oferta de serviços de média e alta complexidade de forma micro e macrorregional.

Portanto, daí a importância de adequar a estrutura do transporte de forma a possibilitar o funcionamento da RAS. EG3 observa que,

*Alguns municípios tinham muitos contratos, dependiam de contratos, acabou repassando esses recursos para compra justamente desses veículos para não ficar essa dependência, aí só fica o custo da manutenção, aí uma contrapartida (GE3).*

Estes contratos correspondem aos serviços terceirizados de transporte, que são a opção de alguns municípios por não terem recursos. A realidade dos transportes terceirizados/contratados ainda é realidade na região pesquisada, como apontado por CE14,

*A gente conta com um número insuficiente de carros para a demanda que a gente tem. Então a gente tem equipes do interior que tem transporte terceirizado (EC14).*

Observa-se que entre os municípios existe uma desigualdade em relação à estrutura do transporte. Enquanto um município enfrenta dificuldades e ineficiência, outro está com o sistema em conformidade com a demanda existente, como observado por EG4, sendo a frota de veículos de qualidade.

*Nosso transporte hoje eu diria que cobre talvez 95% das necessidades (EG4).*

*Então eu acho que em termos de transporte de paciente é uma comodidade e é seguro (GE14).*

A cobertura do transporte como apontado na fala acima tem relação com a adesão junto aos consórcios intermunicipais os quais receberam incentivos fiscais do governo do Estado para a aquisição de veículos. Por outro lado, há municípios que não contam com a disponibilidade de transporte com sua vinculação ao consórcio intermunicipal. E através de recursos próprios e de recursos advindos do governo do Estado adquirem suas frotas próprias. Como refere EG17:

*[...] tudo o que nós temos é de nível municipal. A gente não tem ainda a regionalização do nosso transporte (EG17).*

De fato, a disponibilidade de um sistema de transporte acaba sendo uma prioridade para os municípios, pois faz com que evite faltas aos procedimentos, contribuindo, assim, para a organização da média e alta complexidade no sistema de saúde.

Por outro lado, a observação participante nos permitiu constatar que, em se tratando de transporte para a realização das agendas da estratégia nos territórios, o mesmo é bem deficitário. A falta de transporte reflete-se na dificuldade de acompanhamento junto à população adstrita. Entre o atendimento da equipe está a visita domiciliar para a viabilidade do tratamento a domicílio. O atendimento a domicílio compreende cuidados de curativos, troca de sondas entre outros para a população que não tem como se deslocar para a UBS.

Na área rural, o transporte se agrava mais ainda. No caso das (os) agentes comunitários, as (os) mesmas (os) realizam visitas às famílias com transporte próprios, e como o acesso de carro na área rural é bem difícil por conta das estradas de pedras e ou terra, realizam visitas utilizando motocicletas.

Assim, dar assistência à população através da organização do sistema de transporte, é cobrir também a necessidade de demandas no território local para além das necessidades do acesso à média e alta complexidade, é permitir que o acompanhamento diário, através da AB se possa realizar, evitando assim o comprometimento da qualidade de vida da população acometida de condições crônicas de saúde bem como a redução da utilização das especialidades. A atenção, neste sentido, é fundamental.

## 5.4 Sistema de Informação em Saúde

O sistema de informação é uma importante ferramenta para o diagnóstico, pois permite reduzir as incertezas e diminuir os riscos associados aos processos decisórios. Desta forma, os entrevistados foram convidados a responder à questão: *Como está organizado o sistema de informação em saúde?* Os indicadores evidenciados foram: precariedade, dificuldade de acesso e aperfeiçoamento.

*Sempre foi precária, não conseguimos organizar bem nessa parte de comunicação e informação. Os prontuários eletrônicos, nós estamos com todos os equipamentos, mas falta a parte humana agora (GE14)*

*O sistema governamental está sendo aperfeiçoado como todo e qualquer sistema (GE3).*

*Não tem prontuário eletrônico instalado, então o fluxo não fica muito bem distribuído, porque o que é atendido na ESF do interior, por exemplo, a gente acaba não sabendo aqui no posto de saúde central (EC14).*

Novamente, é a área rural que sofre as consequências pela dificuldade do acesso à rede de internet. Em um dos municípios pesquisados, é solicitado que as anotações dos prontuários físicos sejam repassadas pelo sistema de informação que fica disponível na UBS na zona urbana. Acontece que não é todo dia que se consegue registrar no sistema os atendimentos realizados na área rural, ou no interior com é denominado pela população, como apontado por EC14.

Desta forma, é fundamental que os prontuários clínicos sejam informatizados, e disponibilizados em rede integrada evitando informações e tratamentos redundantes, melhorando o diagnóstico e o plano do cuidado (MENDES, 2015).

As informações de saúde não dizem respeito apenas às informações clínicas nos prontuários médicos da população, compreendem também informações que correspondem aos determinantes sociais da saúde e aos ambientes contextuais e legais nos quais os sistemas de atenção à saúde operam (MENDES, 2011, 2015).

Pudemos perceber que existe uma discrepância muito grande entre a cobrança dos dados pelo Estado e a dinâmica da realidade local, bem como a forma como o poder gere as informações. O sistema de informação estatal não é muito bem aceito, havendo assim a contratação de serviços de terceiros. Observamos que nas reuniões da CIR existe uma exigência elevada em relação à alimentação do sistema de dados do governo, pois constitui-se em dados estatísticos para os municípios.

A falta de alimentação dos dados é frequente na maioria dos municípios que compõem a região de saúde. A baixa qualificação de recursos humanos com capacidade de operar o sistema de informação é bem visível e preocupante. Um efeito imediato é que os profissionais tenham receio de compartilhar informações sobre os dados dos municípios.

Todavia, informações de qualidade auxiliam e aperfeiçoam as decisões bem como elevam a qualidade dos serviços prestados, e para tanto são nos municípios pequenos que o sistema de informação deve chegar. A informação traduz uma evidência de dados que devem ser tratados pelos gestores e acolhidos pela atenção básica, pois tratam-se de resultados que devem ser levados em consideração para evitar desperdício de ações, duplicação de dados ou mesmo discrepância de ações e otimização de recursos.

### **5.5 Monitoramento e Avaliação das Redes de Atenção a Saúde**

O monitoramento e a avaliação sobre o funcionamento das redes permitem avaliar o sistema e orientar para a tomada de decisão. Os indicadores municipais são fundamentais neste processo de monitoramento e avaliação. Desta forma, monitorar os indicadores e avaliar as ações é fundamental para que os gestores programem em seus municípios as condições de saúde da sua população.

Desta forma, perguntamos aos entrevistados: *Como é realizado o monitoramento e a avaliação das RAS?* Os indicadores apontados foram: avaliações rígidas, fiscalização de redes, pactuação e equipe da UBS. EG14 aponta que:

*[...] é feito pela própria equipe das comunidades, das unidades de saúde mesmo (EG14).*

Salienta-se que a avaliação das ações parte dos objetivos e metas estabelecidos na programação das condições de saúde de forma local, e é dentro desta programação que devem ser realizados os contratos de gestão. Desta forma, mesmo que a equipe realize a avaliação das ações, estas deverão estar em consonância com o que se elaborou no plano municipal e do que foi pactuado com o gestor estadual, tendo como referência os indicadores dos municípios.

A avaliação serve também para estabelecer parâmetros para a elaboração dos planos plurianuais visando a correção daquilo que não foi cumprido no plano anterior. Lembramos ainda que a pactuação está vinculada a recursos financeiros e, para tanto, o cumprimento do

pacto estabelecido é fundamental para a manutenção dos recursos dos municípios. Esse cuidado é observado por EG17:

*Então a gente é avaliado e monitorado aqui pela equipe gestora e cada equipe sabe o que foi pactuado, o que nós pactuamos, né!?, então ela mesma tenta mexer nos indicadores dela, ela mesma tenta melhorar os indicadores dela (GE17).*

O monitoramento das ações é elaborado através de um relatório de gestão que cada município deve elaborar com a apresentação dos indicadores e as metas cumpridas, bem como com as devidas justificativas quando do não cumprimento de algumas metas. Este relatório é enviado à Regional de Saúde para encaminhamento via sistema de informação ao Governo do Estado.

Os contratos elaborados com laboratórios, consórcios, hospitais e clínicas especializadas também devem ser avaliados, mesmo tendo toda liberdade na execução do serviço contratado, é necessário passar pelo processo de monitoramento e avaliação.

*[...] nós temos montado um conselho de saúde, né!? Esse conselho ele fiscaliza toda a rede, fiscaliza e avalia toda a rede, né!? O conselho faz visitas periódicas e todos: mais ou menos assim” (EG4).*

O monitoramento e avaliação acontece na região de saúde, e é estabelecida por uma governança de caráter interfederativo, sendo importante que o monitoramento seja realizado de forma efetiva observando os objetivos e as metas pré-definidos no pacto de gestão com o objetivo de aprimorar a eficiência e a eficácia das ações e serviços observando os indicadores estabelecidos e os serviços dispensados para a população. Contudo, ainda se faz necessário acrescentar a avaliação do nível de satisfação da população em relação à programação da saúde no município.

## **5.6 Capacitação Permanente dos Profissionais de Saúde**

Por fim, é fundamental a capacitação permanente dos gestores e demais profissionais da área da saúde. A capacitação permanente permite identificar a “estratégia de gestão”, reforçando e/ou assumindo o compromisso de consolidação e aprimoramento da AB como orientadora do modelo de atenção à saúde. Portanto, os descritores utilizados foram o foco na população e foco nos determinantes sociais de saúde. Desta forma, questionou-se: *Como está*

*organizado o processo de educação permanente das equipes da AB?* Os indicadores foram: notificação e indicadores.

A educação permanente deve abranger todos os membros da equipe, desde o pessoal da higiene, do transporte, até os médicos. O objetivo deve ser o de capacitar toda a equipe para a compreensão do modelo de AB definido pela política nacional com foco na mudança de pensamento e comportamento dos profissionais e mudança também nos resultados sanitários, conforme constatado por Mendes (2011).

Baseado nessa necessidade, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a qual coloca a necessidade de promover mudanças positivas nos processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. O foco está na satisfação e na adequação das ações e dos serviços voltados a atender as necessidades da população.

A capacitação permite aos profissionais a problematização da realidade e também a construção coletiva de soluções. No entanto, não é algo que acontece em todos os municípios. Conforme destacado por EC4:

*Ainda no município nós não temos esta organização de educação permanente, é uma outra parte que a gente está criando também. No segundo semestre deste ano pra cá, a gente passou a fazer reuniões mensais com a equipe para estar direcionando as ações para dentro daquela região que ela atua. Então, a gente não tem esse levantamento de dados e não tem a avaliação destes dados de cada região, de cada equipe. Então este trabalho de equipe a gente está tendo, a gente está começando agora, né!? (sic) (EC4).*

É fundamental que os municípios apostem no desenvolvimento da educação permanente, mas de forma planejada anualmente e enquanto uma política a ser adotada em consonância com a sua realidade social, respeitando suas particularidades federativas. Assim, os municípios vão procurar criar estratégias particulares, adotando uma política de capacitação como por exemplo a criação de um departamento específico, segundo registrado na fala de EC15, ou, com a colaboração da regional de saúde apontado por EC14,

*Hoje existe um departamento dentro da secretaria de saúde que vai trabalhar a educação permanente dos funcionários para melhorar a qualidade do atendimento do SUS, este departamento no futuro vai ter um pólo permanente (EC15).*

*Normalmente elas são feitas no início do ano. De janeiro a julho, eles estão fazendo bastante capacitações pela regional de saúde. Eles disponibilizam algumas capacitações, tem umas que são anuais, tem algumas que a gente*

*solicita, e outras capacitações de atenção primária que a gente consegue desenvolver no município, é em parceria mesmo (EC14).*

Pudemos observar que, em se tratando da equipe da ESF, é muito alto o número de profissionais que nunca fizeram uma capacitação conforme os relatos, ou que a última capacitação que fizeram foi há muito tempo atrás. Os resultados evidenciam que um dos entraves para a capacitação está na falta de recursos humanos nas UBS, que impossibilitam os funcionários saírem do setor.

Identificamos, ainda, que a capacitação permanente da equipe ESF está em conformidade com os instrumentos criados pelo governo do Estado para avaliação da qualificação das unidades. A qualificação das mesmas pressupõe que a unidade receba um selo de qualificação (prata, bronze e ouro). Desta forma, necessitam estar em conformidade com os critérios definidos em cada grupo de instrumentos específicos. O selo bronze, por exemplo, determina o cumprimento de cento e cinco indicadores, e a capacitação está voltada para possibilitar à equipe a entender a forma do processo de trabalho dentro das exigências para a qualificação.

*[...] nós temos trinta e três unidades, destas, dezoito foram capacitadas, foi feito uma pré-seleção para saber quem podia estar continuando [...] nós trabalhamos muito com indicadores e o pessoal precisa entender como que deve ser a forma do processo de trabalho. A partir desse momento quatro unidades ficaram com o selo bronze (CE15).*

Para capacitar e qualificar as UBS, o governo do Estado criou no ano de 2014 a tutoria na APS. Esta tutoria tem como objetivo apoiar as equipes de saúde no gerenciamento dos micros e macros processos prioritários nas redes estabelecendo padrões e protocolos na organização do processo de trabalho com vistas a garantir a segurança dos usuários e da equipe, dentro de um processo dos cuidados melhorados.

*Nós tivemos uma capacitação pelo APSUS, que é um programa para melhorar o atendimento da atenção primária. A partir deste momento foi criado um instrumento para que as equipes da ESF evoluir sua forma de atendimento onde as tutoras trabalharam diretamente com as unidades de saúde (EC15).*

Outra constatação é de que a capacitação do modo como está organizada é voltada para um grupo específico de funcionários e não atinge a região como um todo. Ainda muito importante é o fato de que as atividades de capacitação não são elaboradas com a participação da equipe, são elaboradas para a mesma, sendo elaboradas de forma vertical e definidas para

um determinado grupo, que, no caso pesquisado, para as equipes onde as unidades de saúde dispõem de condições prévias para se adequarem aos instrumentos de avaliação.

Entendemos que a capacitação traz segurança para os funcionários bem como para a população. A capacitação deve ser pensada, planejada, dentro das necessidades de cada trabalhador, para que consigam entender a PNAB, de forma a mudar pensamentos e comportamentos da equipe, evitando assim, o tratamento da população de forma discriminatória e preconceituosa.

## CAPÍTULO 6

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão elencada nesta tese de doutoramento objetivou analisar a política pública de saúde, tomando como objeto de estudo a gestão regional das ações e serviços da saúde, tentando identificar a qualidade do atendimento às necessidades em saúde da população.

A temática tratada perpassou pela justificativa de que a rede de atenção à saúde deve ser organizada e coordenada pela atenção básica, e que o foco das ações e serviços devem ser o atendimento às necessidades da população.

Desta forma, pudemos constatar que o processo de regionalização e seus impactos para a população se traduz numa regionalização solidária e cooperativa entre os gestores, com ênfase num contexto de predisposição significativa, que permeia um ambiente de relações intergovernamental de conflitos e ações de não-cooperação.

Não há uma adesão significativa dos gestores municipais na formulação do pacto pela saúde, e o que impera é uma pactuação determinada pelo governo federal e estadual, preconizado nos planos nacional e estadual, frente a constante ameaça de cortes de recursos no não cumprimento das metas, ações e diretrizes definidas no pacto. Isto pelo fato da dimensão social ser mensurada de forma abstrata através do estabelecimento de indicadores sociais.

Estes indicadores acabam por privilegiar as condições de saúde da população em detrimento das necessidades em saúde, ou seja, as necessidades se tornam necessidades individuais e biológicas, resultando numa contradição da própria razão de ser do enfoque nas determinantes sociais.

Esta via de regionalização não possibilita aos gestores uma autonomia em relação à definição de oferta de ações e de serviços para sua população, bem como definir ações e serviços que impactam nos condicionantes e determinantes de saúde da mesma. Tal resulta numa desconcentração em relação a políticas públicas municipais com incidência territorial

Outro fator identificado é em relação à demanda sem acesso à política pública de saúde. Conclui-se que a disponibilidade e o grau de importância na oferta dos serviços estão em consonância com a privatização dos serviços públicos, pois a região recebe incentivos para o fortalecimento do setor privado através dos contratos de gestão.

Reforça-se os serviços de média e alta complexidade através dos consorciamentos e incentivos hospitalares. Não obstante, a região é a única no Estado que possui quatro consórcios intermunicipais, o que reforça ainda mais o seu caráter privado. Por outro lado, os gestores

entendem o consorciamento enquanto uma forma de cooperação que visa promover a ampliação da cobertura por serviços.

Ao gestor municipal compete implantar e administrar a atenção primária nos seus territórios. No entanto, a atenção básica se faz em meio a redução do Estado no âmbito das políticas públicas e, assim, o município não recebe incentivo na efetivação da mesma. O gestor municipal enfrenta uma defasagem de força de trabalho para a composição da equipe definida pela política nacional.

Neste contexto, a população passa a usufruir de ações voltadas para a prevenção de condições agudas de saúde em meio a culpabilização por suas condições de doença, vinculada a ações individuais.

O contexto acima se encontra na raiz da perspectiva sistêmica do SUS, que concebe a família como sistema e lança o retorno à terapia familiar com reforço da responsabilização individual. A família passa a ser responsável pelo seu ajustamento social e deve responder às condições de vulnerabilidade e risco.

A demanda usuária dos serviços passa a ser constituída pela população que é portadora dos índices de agravos das doenças, como hipertensão e *diabetes mellitus*, desconsiderando as determinantes sociais da saúde. Esta relação é nítida quando não há articulação entre os demais pontos de rede integrada de atendimento à população.

A perspectiva sistêmica na saúde reforça ainda a responsabilidade da comunidade e a culpabiliza por problemas de saúde advindos da falta de infraestrutura nos bairros como, por exemplo, a falta de saneamento básico. Para tanto, lança o programa dos agentes comunitários como estratégia de enfrentamento pela comunidade com ações focalistas e fragmentadas, principalmente em tempos de epidemias.

É importante reforçar que esta perspectiva sistêmica inviabiliza a efetivação da política de saúde em seus princípios de universalidade, integralidade e equidade como se apresenta na constituição federal de 1988, bem como reforçado no pacto pela saúde de 2006.

Em relação aos critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, conclui-se que a região não está desprovida do caráter globalizado do processo de regionalização e, desta forma, assume importância o acesso aos meios técnicos e informacionais. A região apresenta-se deficitária quanto aos instrumentos tecnológicos. Assim, há problemas de transparência das informações, que não chegam a todos os destinatários.

A falta de acesso a computadores inviabiliza os prontuários eletrônicos, a lista de espera, bem como a viabilização dos indicadores nos territórios para a facilitação, inclusive, da estratificação dos riscos da população com eficiência e eficácia. Vale ressaltar que estamos

falando em uma estratificação de risco que aponta as determinantes sociais de saúde, não somente o número e a demarcação da população adstrita no território.

Isso significa que, do nosso ponto de vista, é preciso identificar as situações de saúde, relacionando-as com os contextos objetivos e subjetivos da população como um todo. É urgente disponibilizar o acesso e consumo das tecnologias de saúde, independentemente da condição econômica do indivíduo, pois os processos são custeados com recursos públicos e esses recursos são advindos do financiamento pela população através do pagamento dos impostos.

Desta forma, faz-se fundamental entender as determinantes sociais em saúde como condições sociais, considerando os fatores sociais externos como o desemprego, a violência, o aumento da desigualdade social, bem como a subjetividade, respeitando a informação e a participação do indivíduo no acesso à saúde como direito de cidadania.

Para tanto, os gestores e coordenadores devem abrir mão da atenção básica enquanto um programa e adotá-la como uma estratégia de fato na organização e no desenvolvimento de ações pautadas na intersetorialidade, de forma a integrar projetos sociais voltados para a promoção da saúde.

Todavia, esta tese de doutoramento se iniciou no ano de 2014, e dadas as mudanças ocorridas na esfera política no Brasil, assiste-se a uma retração extrema do Estado em relação à segurança social, colocando em xeque a viabilização do direito à saúde de forma universal. Percebe-se que caminhamos para uma filantropização do social marcada pela desigualdade do acesso, que é típico de sociedades cada vez mais desiguais e conservadoras.

Embora essa parte da tese tenha o título de considerações finais, entendemos que não se trata de um fechamento, pois emerge a necessidade de se investigar o controle social na gestão de políticas públicas locais. Assim, o tema da participação social pode contribuir para ampliar a possibilidade de respostas aos resultados aqui identificados, uma vez que foi através da mesma que se alcançou o processo de democratização bem como a conquista de direitos sociais.

## REFERÊNCIAS

- ABRANTES, Angelo Antonio; MARTINS, Ligia Márcia. A produção do conhecimento científico: relação sujeito-objeto e desenvolvimento do pensamento. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 313-325, ago, 2007.
- AGUIAR, Odílio Alves. Necessidades e liberdade em Hanna Arendt. **Princípios: Revista de Filosofia**, Natal, v. 19, n. 32, p. 35-54, jul./dez. 2012. Disponível em <https://periodicos.ufrn.br/principios/article/view/7562>. Acesso em: 6 fev. 2018.
- ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; SILVA, marcelo josé de Souza. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 935-965. out./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0953.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2019.
- ALBUQUERQUE, Maria de Fátima Militão. Debate sobre o artigo de Dina Czeresnia & Adriana Maria Ribeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 612-613, 2000.
- ALBUQUERQUE, Mariana Vercese de; MELLO, Guilherme Arantes; IOZZI, Fabíola Lana. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiro. *In*: VIANNA, Ana Lúcia D'Ávila; LIMA, Luciana Dias de (org.). **Regionalização e relações federativas do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 117-172.
- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 28-38, dez. 2015.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, fev. 2011.
- ANDRADE, Manuel Correia de. Territorialidades, desterritorialidades, novas territorialidades: os limites do poder nacional e do poder local. *In*: SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura; SOUZA, Maria Adélia (org.). **Território: globalização e fragmentação**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 213-220.
- ANGROSINO, Michael. **Etnografia e observação participante**. Tradução de Jose Fonseca. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho**: ensaio sobre a metamorfose do trabalho e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2010a.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho, São Paulo: Cortez, 2010b.
- ARENDT, Annah. **A condição humana**. Tradução de Roberto Raposo. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? **Dados: Revista Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010.

ARRETCHE, Marta. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-141, jun. 1999.

AYRES, José Ricardo. *In*: CZERESNIA, Dina; RIBEIRO, Adriana Maria. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 610-611, jul./set. 2000.

BADIE, Bertrand. **O fim dos territórios**: sobre a desordem internacional e sobre a utilidade social do respeito. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

BALBIM, Renato; CONTEL, Fabio Betioli. Região e regionalização: subsídios teóricos para o ordenamento territorial e o desenvolvimento brasileiro. *In*: MIRANDA, Rogério Boueri; COSTA, Marco Aurelio (org.). **Brasil em desenvolvimento**. Brasília, DF: IPEA, 2013. v. 1, p. 25-47.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

BARCELLOS, Christovam. Elos entre geografia e epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 607-609, set. 2000.

BARCELLOS, Christovam. Problemas emergentes da saúde coletiva e a revalorização do espaço geográfico. *In*: BARCELLOS, Christovam (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 43-55.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 2010.

BARROCO, Maria Lucia S. Reflexões sobre liberdade e (in) tolerância. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 119, p. 468-481, jul./set. 2014.

BATISTELLA, Carlos. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. *In*: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrea (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV: FIOCRUZ, 2007. p. 25-50.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George; ALLUM, Nicolas C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento: evitando confusões. *In*: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (org.). **Pesquisa qualitativa com textos, imagens e som**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 13. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. p. 17-35.

BAUMAN, Zygmunt. **A sociedade individualizada**: vidas contadas e histórias vividas. Rio de Janeiro: Zahar, 2008a.

BAUMAN, Zygmunt. **Vida para consumo**: a transformação das pessoas em mercadorias. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008b.

BEHRING, Elaine Rossetti, BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2010. (Coleção Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 2).

BENKO, Georges. Organização econômica da território: algumas reflexões sobre a evolução no século XX. In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adelia A.; SILVEIRA, Maria Laura (org.). **Território, globalização e fragmentação**. 5. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006. p. 51-71.

BESSA, Kelly. Estudos sobre a rede urbana: os precursores da teoria das localidades centrais. **GeoTextos**, Salvador, v. 8, n. 1, p. 147-165, jul. 2002. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/geotextos/article/viewFile/6222/4382>. Acesso em: 10 set. 2018.

BONELLO, Andréia Aparecida De Luca Moore; CORREA, Carlos Roberto Silveira. Acesso aos serviços básicos de saúde e fatores associados: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4397-4406, nov. 2014.

BOUSQUAT, Aylene; COHN, Amélia. A dimensão espacial nos estudos sobre saúde: uma trajetória histórica. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 549-568, dez. 2004.

BRAGA, Cesar R. Macedo. Saúde pública, políticas de saúde e sistema de saúde no Brasil. Madrid: Escuela Nacional de Sanidade, 2015.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 21 jun. 2018.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011a.

BRASIL. Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012. Regulamenta a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que dispõe sobre o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do caput do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 1, 16 maio 2012a.

BRASIL. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta artigos 14-A e 14-B à Lei no 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. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, Ano CXLVIII, n. 164, 25 ago. 2011b.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, 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). **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 88, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02: estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 52, 28 fev. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 216, p. 22932-40, nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as normas operacionais de assistência à saúde – NOAS/SUS 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 139, n. 40, p. 52-68, fev. 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 6961, 24 maio 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da Assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 116).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Uso de medicamentos e medicalização da vida**: recomendações e estratégias. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Portaria MS/GM no 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf). Acesso em: 8 abr. 2018.

BRASIL. **Projeto de Lei do Senado nº 393 de 2015**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de publicação na internet, com atualização semanal, da lista de espera dos pacientes que serão submetidos a cirurgias médicas eletivas realizadas com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Disponível em <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/121974> Acesso em 12.04.2018.

BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis

ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. **Diário Oficial da União**: Seção: 1, Brasília, DF, ed. 98, p. 44, 24 maio 2016.

BRASIL. Resolução/CD/FNDE/MEC nº 7, de 5 de agosto de 2015. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 dez. 2015.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003. p.15-38.

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, dez. 2009.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; BATAIERO, Marcel Oliveira. Necessidades de saúde: uma análise da produção Necessidades de saúde: científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 605-618, set./dez. 2007.

CANDIOTTO, Luciano Zanetti Pessoa. Uma reflexão sobre ciência e conceitos: o território na geografia. *In*: RIBAS, Alexandre D., SPOSITO, Eliseu Savério; SAQUET, Marcos Aurélio (org.). **Território e desenvolvimento**: diferentes abordagens. Francisco Beltrão: UNIOESTE, 2004. p. 67-86.

CANZONIERI, Ana Maria. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis: Vozes, 2010.

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. *In*: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (org.). **Promoção de saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 55-78.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. **O lugar no/do mundo**. São Paulo: FFLCH, 2007.

CARVALHO, Antonio Ivo; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 141-166.

CARVALHO, Debora Malta *et al.* A cobertura da Estratégia de Saúde da família (ESF) no Brasil, segundo a pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327 – 338, 2016.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. Tradução de Roneide Venancio Mayer. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2010.

CATÃO, Marconi de Ó. **O sistema de saúde brasileiro**. *In*: CATÃO M.O. Genealogia do Direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Disponível em : <http://books.scielo.org>. Acesso em: 12 março 2015.

CAVALCANTE. Ricardo Bezerra *et al.* Sistemas de informação em saúde: possibilidades e desafios information systems in health: challenges and possibility sistemas de información en salud: retos e posibilidades. **Revista de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 290-299, maio/ago. 2011. Acesso em: 25 abr. 2019.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira *et al.* A Atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2016.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ: ABRASCO, 2009. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2017.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MATSUMOTO, Norma Fumie. UMA TAXONOMIA OPERACIONAL DE NECESSIDADES DE SAÚDE. *In*: PINHEIRO R; FERLA, A. F.; MATTOS, R. A. (org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio Grande do Sul: EdUCS/UFRS; Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC, 2006.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. O Debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde: posição dos movimentos sociais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 90, p. 496-498, jul./set. 2011. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2011/11/o-debate-e-a-acao-sobre-os-determinantes-sociais-da-saude-.pdf>. Acesso em: 7 maio 2018.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

CNDSS – COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: [http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/relatorio\\_cndss.pdf](http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/relatorio_cndss.pdf). Acesso em: 15 jun. 2016.

COHN, Amélia; NUNES, Edison. **A saúde como direito e como serviço**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

COIMBRA, Maria de Nazaré Castro Trigo; MARTINS, Alcina Manuela de Oliveira. O estudo de caso como abordagem metodológica no ensino superior. **Nuances: estudos sobre Educação**, Presidente Prudente, v. 24, n. 3, p. 31-46, set./dez. 2013.

CONTEL, Fabio Betioli. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possível uso para a regionalização da saúde. **Revista Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 447-460, 2015.

CONTIPELLI, Ernani. Solidariedade e desenvolvimento socioeconômico nos estados descentralizados. **Revista Direito Mackenzie**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 125-143, 2012. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/rmd/article/view/5799>. Acesso em: 3 fev. 2019.

CORRÊA, Roberto Lobato. Espaço: um conceito-chave da geografia. *In*: CASTRO, Iná Elias; GOMES, Paulo Cesar da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato (org.). **Geografia: conceito e temas**. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009. p. 15-48.

CORRÊA, Roberto Lobato. **Região e organização espacial**. São Paulo: Ática, 1986.

CORRÊA, Roberto Lobato. Territorialidade e corporação: um exemplo. *In*: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia Aparecida de; SILVEIRA, María Laura (org.). **Território, globalização e fragmentação**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 251-256.

CORRÊA, Roberto Lobato. **Trajétórias geográficas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

COSTA, António Pedro; TUZZO, Simone; BRANDÃO, Catarina. A observação participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. *In*: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA, 6., 2017, Salamanca. **Anais [...]**. Salamanca, 2017. v. 3.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Contra a corrente**: ensaios sobre a democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Intervenções**: o marxismo na batalha das ideias. São Paulo: Cortez, 2006.

CUTTER, Susan L. A ciência da vulnerabilidade: modelos, métodos e indicadores. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 93, 2011. Disponível em: <http://rccs.revues.org/165>. Acesso em: 15 nov. 2015.

CZERESNIA, Dina (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In*: CZERESNIA, Dina (org.). **Promoção de saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (org.). **Promoção de saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CZERESNIA, Dina; RIBEIRO, Adriana Maria. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 595-617, jul./set. 2000.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and strategies to promote social equity in Health**. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DEÁK, Csaba; SCHIFFER, Sueli Terezinha Ramos. **O processo de urbanização no Brasil**. São Paulo: Edusp, 2004.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. *In*: Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, set. 1978.

DEMO, Pedro. **Solidariedade como efeito de poder**. São Paulo: Cortez, 2002. (Coleção Prospectiva, v. 6).

DÍAZ HERRAIZ, Eduardo; FERNANDES DE CASTRO, Patricia. Conceptualización del diagnóstico em trabajo social: necesidades sociales básicas. **Cuadernos de Trabajo Social**, Madrid, v. 26, n. 2, p. 431-443, 2013. Disponível em: [http://Dx.Dor.Org/10.5209/Rev\\_Cnts.2013.V.26.N2.39550](http://Dx.Dor.Org/10.5209/Rev_Cnts.2013.V.26.N2.39550). Acesso em: 28 fev. 2017.

DIETERLEN, Paulette. Derechos, necesidades básicas y obligación institucional. Buenos Aires. **CLACSO**, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2001. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20101029063258/3gordon.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2017.

DOYAL, Len; GOUGH Ian. O direito à satisfação das necessidades. **Lua Nova**, São Paulo, n. 33, 1994.

DUARTE, Ligia Schiavon; BALBIM, Renato; CONTEL, Fabio Betioli. Regionalização da saúde e o ordenamento territorial: análises exploratórias de convergências. *In*: MIRANDA, Rogério Boueri; COSTA, Marco Aurelio (org.). **Brasil em desenvolvimento**, Brasília, DF: IPEA, 2013. v. 1, p. 142-172.

DUARTE, Ligia Schiavon; CONTEL, Fabio Betioli; BALBIM, Renato. Regionalização da saúde e ordenamento territorial: análises exploratórias de convergências. *In*: BOUERI, Rogério; COSTA, Marco Aurélio (org.). **Brasil em desenvolvimento**: 2013. Brasília, DF: IPEA, 2013. v. 1, p. 147-172.

DUARTE, Ligia Schiavon; PESSOTO, Umberto Catarino; GUIMARÃES, Raul Borges; HEIMANN, Luiza Sterman; CARVALHEIRO, José da Rocha. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00472.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

DUARTE, Newton. **A individualidade para-si**: contribuição a uma teoria histórico-social da formação do indivíduo. Campinas: Autores Associados, 1993.

DURKEIN, Émile. **Da divisão do trabalho social**: as regras do método sociológico; o suicídio; as formas elementares da vida religiosa. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

ELIZALDE, Antonio; VILAR, Manuel Martí; SALVÁ, Francisco Martínez. Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el enfoque centrado en la persona. **Polis**, Santiago, v. 5, n. 15, 2006.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe operária na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2010.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. *In*: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, Antonio Ivo de Carvalho (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 323-364.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; EDLER, Flavio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. *In*: LIMA, Nisa Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; MANUEL SUÁREZ, Julio. **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A atenção primária, o território e as redes de atenção: intercambiamentos necessários para a integração das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, Brasil. **Hygeia**, Chicago, v. 10, n. 19, p. 8-23, dez. 2014.

FARIA, Rivaldo Mauro de; BERTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **RA'EGA**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009.

FARIA, Tamara Lima Martins; NASCIMENTO, Durbens Martins; FARIAS FILHO, Milton Cordeiro; NUNES, Silvia Ferreira. Política nacional de urgência e emergência **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 726-737, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2017.v26n3/726-737/>. Acesso em: 4 mar. 2019.

FERNANDES, Bernardo Mançano. Sobre a tipologia de territórios. *In*: SAQUET, Marcos Aurélio; SPOSITO, Eliseu Savério (org.). **Territórios e territorialidades**: teorias, processos e conflitos. São Paulo: UNESP, 2009. p. 197-215.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa; MOREIRA, Marcelo Rasga. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 511-529, 2013.

FERNANDES, Idilia; LIPPO, Humberto. A produção social de uma estética padronizada. *In*: FERNANDES, Idilia, PRATES, Jane Cruz (org.). **Diversidade e estética em Marx e Engels**. Campinas: Papel Social, 2016. p. 23-50.

FERREIRA JUNIOR, Francisco. **A prisão sem muros**: Guarapuava e o degredo no Brasil do século XIX. Guarapuava: Ed. Unicentro, 2012.

FERREIRA, Maria Angela Fernandes; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Desigualdade social e os estudos epidemiológicos: uma reflexão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2523-2531, set. 2012.

FIGHERA, Defina Trinca. Estado e território: suas relações e a globalização. *In*: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia Aparecida de; SILVEIRA, María Laura (org.). **Território, globalização e fragmentação**. 5. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

FIORI, José Luis. Ontem, hoje e 2030: tendências do sistema mundial - com ênfase na América do Sul. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. v. 1, p. 197-230. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

FLEURY, Sonia; OUVÉRY, Mafort Assis. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FOUCAUT, Michel. A governamentalidade. *In*: FOUCAUT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2012. p. 163.

FRANÇA, Luciano M.; MANTOVANELI JUNIOR, Oklinger; SAMPAIO, Carlos Alberto C. Governança para a territorialidade e sustentabilidade: a construção do senso de regionalidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 111-27, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s3/10.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2014.

GADELHA, Carlos Augusto; COSTA Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. *In: VIANA, Ana Luiza D'Ávila; IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Edyardo (org.). **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 97-123.*

GADELHA, Carlos, GRABOIS, Augusto; COSTA, Lais Silveira. A saúde na política nacional de desenvolvimento: um novo olhar sobre os desafios na saúde. *In: VIANA, Ana Luiza D'Ávila; IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Edyardo (org.). **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 97-123.*

GARRAFA, Volnei; CARDON, Jorge. Determinantes sociais da doença. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 388-396, set./dez. 2009.

GEIGER, Pedro Pinchas. Des-territorialização e espacialização. *In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia Aparecida de; SILVEIRA, María Laura (org.). **Território, globalização e fragmentação**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 233-246.*

GERIGK, Willson, PESSALI, Huáscar Fialho. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v., n. 48, p. 1525-1543, nov./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v48n6/v48n6a08.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2018.

GIDDENS, Anthony. **A constituição da sociedade**. Tradução de Álvaro Cabral. 3. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Estudo de caso**: fundamentação científica, subsídios para coleta de dados e análise de dados, como redigir o relatório. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, Antonio Carlos; LICHT, René Henrique Götz; YAMAUCHI, Nancy Itomi. Regionalização da saúde e consciência regional. **Hygeia**, Chicago, v. 2, n. 35, p. 35-46, dez./2006. Disponível em: [www.hygeia.ig.ufu.br/](http://www.hygeia.ig.ufu.br/). Acesso em: 24 mar. 2015.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho; CARVALHO, Antonio Ivo (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães; ALMEIDA, Patty Fidelis; ESCOREL, Sarah; SENNA, Mônica de Castro Maia; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; DELGADO, Mônica Mendonça; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares; CUNHA, Marcela Silva; MARTINS, Maria Inês Carsalade; TEIXEIRA, Carina Pacheco. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral da atenção primária a saúde no Brasil. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GOMES JUNIOR, Newton N.; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Necessidades do capital versus necessidades humanas no capitalismo contemporâneo: uma competição desigual. **Argumentum**, Vitória, v. 5, n. 1, p. 50-65, jan./jun. 2013.

GOMES, Karine de Oliveira; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; ARAÚJO, Raquel Maria Amaral; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal; MARTINS, Tatiana de Castro Pereira. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p.

881-892, 2011. Supl. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a20v16s1.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2016.

GOMES, Karine de Oliveira; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; ARAÚJO, Raquel Maria Amaral; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal; MARTINS, Tatiana de Castro Pereira. Atenção primária a saúde – a “menina dos olhos do SUS”: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 881-892, 2011.

GOMES, Marquiana de Freitas Vilas Boas. **Cartografias da paisagem**: trajetória socioambiental de Guarapuava. Guarapuava: Ed. Unicentro, 2012.

GOMEZ, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 161-180.

GONDIM, Gracia Maria de Miranda. Espaço saúde: uma (inter) ação provável nos processos de adoecimento e morte em populações. *In*: MIRANDA, Ary Carvalho; BARCELLOS, Christovam; MOREIRA, Josino Costa; MONKEN, Maurício (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 57-75.

GONDIM, Gracia Maria de Miranda. **Territórios da atenção básica**: múltiplos, singulares ou inexistentes? 2011. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Coletiva Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

GRANEMANN, Sara. O processo de produção e reprodução social: trabalho e sociabilidade. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Serviço social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 223-238.

GRANJA, G. F.; VIANA, A. L. D. A.; IBAÑEZ, N.; ZOBOLI, E. L. C. P. Análise da Política Nacional de Atenção às Urgências no SUS: avanços e desafios na efetivação das redes de atenção à saúde. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013, Belo Horizonte. **Anais [...]** São Paulo: Abrasco, 2013. p. 116.

GRIGG, Davi. Regiões, modelos e classe. *In*: CHORLEY, Ricahrd J.; HAGGETT, Peter (org.). **Modelos integrados em geografia**. São Paulo: Edusp; Rio de Janeiro: LTC, 1974. p. 23-66.

GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, jul./ago. 2005.

GUIMARÃES, Raul Borges. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Revista Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015.

HAESBAERT, Rogério. Des-caminhos e perspectivas do território. *In*: RIBAS, Alexandre Domingues; SPOSITO, Eliseu Savério; SAQUET, Marcos Aurélio (org.). **Território e desenvolvimento**: diferentes abordagens. Francisco Beltrão: UNIOESTE, 2004. p. 87-119.

HAESBAERT, Rogério. Dilemas de conceitos: espaço território e contenção territorial. SAQUET, Marcos Aurélio; SPOSITO, Eliseu Savério (org.). **Territórios e territorialidades**: teorias, processos e conflitos. São Paulo: UNESP, 2009.

HAESBAERT, Rogério. Morte e vida da região: antigos paradigmas e novas perspectivas da geografia regional. *In*: SPÓSITO, Eliseu S. (org.). **Produção do espaço e redefinições regionais**: a construção de uma temática. Presidente Prudente: UNESP: GASPERR, 2005. p. 9-33.

HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização**: do “fim dos territórios” a multiterritorialização. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HAESBAERT, Rogério. **Regional-global**: dilemas da região e da regionalização na geografia contemporânea. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

HAESBAERT, Rogério. **Territórios alternativos**. São Paulo: Contexto, 2006.

HAESBAERT, Rogério; LIMONAD, Ester. O território em tempo de globalização, espaços, tempo e crítica. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 39-52, ago. 2007.

HAESBAERT, Rogério; PEREIRA, Sergio Nunes; RIBEIRO, Guilherme (org.). **Vidal, vidais**: textos de geografia humana, regional e política. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 2012.

HARVEY, David. **A justiça social e a cidade**. São Paulo: Hucitec, 1980.

HARVEY, David. **A produção capitalista do espaço**. São Paulo: Annablume, 2005.

HARVEY, David. **Espaços de esperança**. São Paulo: Loyola, 2009.

HEIDRICH, Alvaro Luiz. Território, integração socioespacial, região e desenvolvimento. *In*: RIBAS, Alexandre Domingues; SPOSITO, Eliseu Savério; SAQUET, Marcos Aurélio (org.). **Território e desenvolvimento**: diferentes abordagens. Francisco Beltrão: UNIOESTE, 2004. p. 37-66.

HEIS, Ivo Marcos; GALVÃO, Antônio Carlos F. A formulação de políticas públicas e as concepções de espaço, território e região. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, Recife, v. 14, n. 2, nov. 2012. Disponível em: <http://unuhospedagem.com.br/revista/rbeur/index.php/rbeur/article/view/4101>. Acesso em: 15 jun. 2016.

HELLER, A. **Teoria de las necesidades em Marx**. 2. ed. Barcelona: Península, 1986.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

HERRÁIZ, Eduardo Díaz; CASTRO, Patricia Fernández. Conceptualización del diagnóstico en trabajo social: necesidades sociales básicas. **Cuadernos de Trabajo Social**, Madrid, v. 26, n. 2, p. 431-443, 2013. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_CUTS.2013.v26.n2.39550](http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.39550). Acesso em: 1 mar. 2017.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Trabalho e individuo social**: um estudo sobre a condição operária na agroindústria canvieira paulista. São Paulo: Cortez, 2001.

IANNI, Octávio. **A sociedade global**. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2012. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 jun. 2018.

IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Social. **Caderno estatístico de Candói**. 2016a. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85140&btOk=ok>. Acesso em: 8 de abr. 2018.

IPARDES - Instituto paranaense de Desenvolvimento Social. **Caderno estatístico de Pinhão**. 2016c. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85170&btOk=ok>. Acesso em: 8 abr. 2018.

IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Social. **Caderno estatístico de Guarapuava**. 2016b. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85000&btOk=ok>. Acesso em: 27 out. 2018.

JACINTO, Rui (coord.). **A cidade e os novos desafios urbanos**. Lisboa: Âncora, 2012.

KASHIURA JÚNIOR, Celso Naoto. **Sujeito de direito e capitalismo**. São Paulo: Outras Expressões, 2014. 255p.

KAYSER, Bernard. A região como objeto de estudo da geografia. In: GEORGE, Pierre *et al.* **A geografia ativa**. São Paulo: Difel, 1975. p. 279-321.

KOGA, Dirce. **Medidas de cidades: entre territórios vividos**. São Paulo: Cortez, 2011.

KONDER, Leandro. **A questão da ideologia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

KOWARICK, Lúcio. **Viver em risco: sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil**. São Paulo: Ed. 34, 2009.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Rede de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pgf/csc/v15n5/v15n5a6.pdf>. Acesso em: 30 set. 2015.

LACOSTE, Yves. **A geografia, isso serve, em primeiro lugar, para fazer a guerra**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Papirus, 1997.

LAVRAS, Carmem. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEFEBVRE, Henry. **A revolução urbana**. Tradução de Sergio Martins. Belo Horizonte: Ed UFMG, 2004.

LEFEBVRE, Henry. **O direito à cidade**. São Paulo: Editora Moraes LTDA, 1991.

LENCIONI, Sandra. **Região e geografia**. São Paulo: Edusp, 1999.

LESSA, Sérgio. **Mundo dos homens**: trabalho e ser social. São Paulo: Boitempo, 2002.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, Juliano de Carvalho; MARTINS, Wagner de Jesus; SILVA, Jose Paulo Vicente. Gestão de sistemas Regionais de Saúde: da normatização á pactuação democrática. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 72, jan./abr. 2006.

LIMA, Luciana Dias; QUEIROZ, Lúcia F. N.; MACHADO, Cristiani Vieira; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012. Disponível em: <http://www.saudepublica.bvs.br>. Acesso em: 30 out. 2015.

LIMA, Luciana Dias; VIANA, Ana Lucia d'Ávila. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. *In*: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de (org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 39-63.

LIMA, Nisia, Trindade. O Brasil e a organização Pan Americana da Saúde: uma história em três dimensões. *In*: FINKELMAN, Jacobo (org.). **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

LIMONAD, Ester. Urbanização e organização do espaço na era dos fluxos. *In*: SANTOS, Milton; BECKER, Bertha. **Território, territórios**: ensaio sobre o ordenamento territorial. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011. cap. 7.

LLOBET, Montserrat Puig; MATEU, Pilar Sabater; ÁVILA, Nuria Rodríguez. Necesidades humanas: evolución del concepto según la perspectiva social. **Aposta**, Madrid, n. 54, jul./sept. 2012. Disponível em: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/monpuiglob.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2018.

LUCKÁCS, Gyorgy. **Introdução a uma estética marxista**: sobre a categoria da particularidade. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1978.

MACHADO, Cristiani Vieira *et al.* O papel das comissões intergestores bipartite na regionalização da saúde. *In*: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de (org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 173-196.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; OLIVEIRA, Roberta Gondim; IOZZI, Fabíola Lana; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi; SCATENA, João Henrique Gurtler; MELLO, Guilherme Arantes; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; COELHO, Ana Paula Santana. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 642-650, 2014. Disponível em: <http://Www.Revistas.Usp.Br/Rsp/Article/View/85713/0>. Acesso em: 21 out. 2015.

MACHADO, Cristiani Vieira; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Descentralização e coordenação federativa na saúde. *In*: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo

Eduardo Mangeon (org.). **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 21-59.

MACHADO, José Angelo. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 24, n. 71, p. 105-119, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v24n71/v24n71a08.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2015.

MARINHO, Alexandre. **A economia das filas no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro**. Brasília: IPEA, 2009. (Textos para discussão, n. 1390). Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1595/1/TD\\_1390.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1595/1/TD_1390.pdf). Acesso em: 14 abr. 2018.

MARQUES, Edmilson. A mercantilização da saúde. **Estácio de Sá: ciências da saúde**, Goiânia, v. 2, n. 7, p. 127-138, jan./jun. 2012.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2010a.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo. Nova Cultural, 1985.

MARX, Karl. **Para a crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultural, 1986.

MARX, Karl. **Sobre a questão judaica**: inclui as cartas de Marx a Ruge publicadas nos Anais Franco-Alemães. São Paulo: Boitempo, 2010b. Disponível em: <http://petdireito.ufsc.br/wp-content/uploads/2013/03/Karl-Marx-Sobre-a-questao-Judaica.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2018.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846)**. São Paulo: Boitempo, 2007. Disponível em: <http://abdet.com.br/site/wp-content/uploads/2014/12/A-Ideologia-Alem%C3%A3.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2018.

MASSEY, Doreen B. **Pelo espaço: uma nova política da espacialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

MATOS, R. Desigualdades socioespaciais: inserções teóricas e conceituais e discussão do caso brasileiro. *In*: MATOS, Ralfo Edmundo da Silva; SOARES, Weber (org.). **Desigualdades, redes e espacialidades emergentes no Brasil**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 115-136.

MENDES, Antônio da Cruz Gouveia; MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; FIGUEIREDO, Karla Erika Gouveia; DUARTE, Petra Oliveira; FURTADO, Betise Mery Alencar Sousa Macau. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2903-2912, 2012.

MENDES, Áquila ; LOUVISON, Marília C. P.; IANNI, Aurea M. Z.; LEITE, Marcel Guedes; FEUERWERKER, Laura C. M.; TANAKA, Oswaldo Y.; DUARTE, Ligia; WEILLER, José Alexandre Buso; LARA, Natália Carolina Cairo; BOTELHO, Lygia de Andrade Machado; ALMEIDA, Cristiane A. L. O processo de construção da gestão regional de saúde no Estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 423-437, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000200423&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200423&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 10 out. 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude>. Acesso em: 16 maio 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/pdf>. Acesso em: 13 mar. 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 13 mar. 2014.

MENDES, José Manuel de Oliveira. **Perguntar e observar não basta: é preciso analisar: algumas reflexões metodológicas**. 2003. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/194.pdf>. Acesso em: 22 out. 2013.

MERCADANTE, Otávio Azevedo (coord.). Evolução das políticas e do sistema de saúde. In: FINKELMAN, Jacobo (org.). **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.

MERHY, Emerson. Saúde e direito: tensões de um SUS em disputa molecularidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2 p. 267-279, 2012.

MICHEL, Angrosino. **Etnografia e observação participante**. Tradução de José Fonseca. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GUERREIRO, Iara Coelho Zito. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, 2014.

MIRANDA, Alcides Silva. Processo decisório em comissões intergestores do sistema único de saúde: governabilidade resiliente, integração sistêmica (auto)regulada. **Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 117-139, 2010. Disponível em: [https://www.abrasco.org.br/site/comissaodeopoliticaplanejamentoe gestao/wp-content/uploads/sites/7/2014/04/Revista\\_Politica\\_2010.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/comissaodeopoliticaplanejamentoe gestao/wp-content/uploads/sites/7/2014/04/Revista_Politica_2010.pdf). Acesso em: 18 fev. 2018.

MONKEN, Mauricio; BARCELLOS, Christovam. O território na promoção e vigilância em saúde. *In*: FONSECA, Angélica F. (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MONKEN, Mauricio; BARCELOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 21, p. 898-906, maio/jun. 2005.

MONKEN, Mauricio; BARCELOS, Christovam; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Saúde, trabalho, ambiente e território: contribuições e propostas de operacionalização. *In*: MINAYO, Carlos; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes (org.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MONKEN, Maurício; PEITER, Paulo; BARCELLOS, Christovam; ROJAS, Luisa Iñiguez; NAVARRO, Marli; GONDIM, Grácia M. M.; GRACIE, Renata. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. *In*: BARCELLOS, Christovam (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-41.

MORAES, Paulo Alexandre; BERTOLOZZI, Maria Rita; HINO, Paula. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 45, p. 19-25, 2011. Disponível em [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/). Acesso em: 26 fev. 2017.

MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes; OUVENEY, Assis Mafort. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1097-1108, 2017.

MOREIRA, R. O espaço e o contraespaço: as dimensões territoriais da sociedade civil e do Estado, do privado e do público na ordem espacial burguesa. *In*: SANTOS, M. BECKER, B. K. **Territórios, territórios**: ensaios sobre o ordenamento territorial. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011. Cap. 4.

NAVARRO, Marcus Vinícius Teixeira. **Risco, radiodiagnóstico e vigilância sanitária**. Salvador: EDUFBA, 2009. NEVES, Gervasio Rodrigo. Territorialidade, desterritorialidade, novas territorialidades. *In*: SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura; SOUZA, Maria Adélia (org.). **Território: globalização e fragmentação**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 213-220.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social**: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. 17 ed. Cortez: São Paulo, 2018.

NICOLAS, Daniel Hiernausc. Tempo, espaço e apropriação social do território: rumo a fragmentação na mundialização. *In*: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Aadélia Aparecida; SILVEIRA, María Laura (org.). **Território, globalização e fragmentação**. 5. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

OLIVEIRA, Evangelina. Redes e regionalização da saúde. **Saúde e Movimento**, [S. l.], p. 223-230, 2008.

OLIVEIRA, Luciano Sepulveda; ALMEIDA, Leilane Graziela Nascimento; OLIVEIRA, Marco Aurélio Sepúlveda; GIL, Gabriel Brasil; CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; MEDINA, Maria Guadalupe; PEREIRA, Rosana Aquino Guimarães. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. (Re)significando os projetos cuidativos da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 401-405, maio/jun. 2012. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/308427/mod\\_resource/content/1/Resignificando%20necessidades%20Me%CC%81ia%20Reben.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/308427/mod_resource/content/1/Resignificando%20necessidades%20Me%CC%81ia%20Reben.pdf). Acesso em: 1 mar. 2017.

OLIVEIRA, Maria Helena Barros; VACONCELLOS, Luiz Carlos Fadel (org.). **Direito e Saúde: um campo em construção**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2009.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Redução das desigualdades no período de uma geração**. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/8/9789248563706\\_por\\_contents.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/8/9789248563706_por_contents.pdf). Acesso em: 15 jun. 2016.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Ottawa, Canadá: OMS, 1986. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acesso em: 10 jun. 2018

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Cazaquistão: Sets, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>. Acesso em: 21 mar. 2016.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011.

OPAS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria en salud**. Washington, D.C.: OPS, 2009. Disponível em: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-16-p.pdf>. Acesso em: 21 maio 2016.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de discurso: princípios & procedimentos**. 8. ed. Campinas: Pontes, 2001.

OUTHWAITE, William; BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

PAIM, Jairmilson Silva. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out. 2013.

PAIM, Jairmilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA Celia Bahia Ligia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011. (Serie Saúde no Brasil, n. 1). Disponível em: [www.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/352546](http://www.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/352546). Acesso em: 5 mar. 2018.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do sistema único de saúde: notas sobre conceitos e autores. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014.

PARANÁ. **Manual do Hospsus**: programa de apoio e qualificação de hospitais públicos e filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná. Curitiba: Secretaria Estadual de Saúde, 2011.

PARANÁ. **Plano diretor de regionalização**: hierarquização e regionalização da assistência à saúde, no Estado do Paraná. Curitiba: SESA, 2009. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PDR\\_atualizado\\_\\_Edson.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PDR_atualizado__Edson.pdf). Acesso em: 22 abr. 2015.

PARANÁ. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015**. Curitiba: SESA, 2013. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano\\_estadual\\_saude\\_1104.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano_estadual_saude_1104.pdf). Acesso em: 22 abr. 2015.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. **Plano diretor de regionalização**: hierarquização e regionalização da assistência à saúde, no estado do Paraná. Curitiba: SESA, 2015. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00\\_-\\_NDS/PDR\\_2015.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/PDR_2015.pdf). Acesso em: 22 abr. 2015.

PARELLADA, Ricardo. Necesidades, capacidades y valores. **Papeles**, Madrid, n. 12, 2008. Disponível em: [www.fuhem.es/cdv/file/biblioteca](http://www.fuhem.es/cdv/file/biblioteca). Acesso em: 13 jan. 2018.

PELEGRINI, Bárbara. O discurso do gestor federal no processo de descentralização política: obstáculos à municipalização do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 325-333, 2007.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira; FREIRE, José Manuel. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: Trajetórias, características e condicionantes. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 11-27, dez. 2015.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam de Castro. O território no programa saúde da família. **Hygiea**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades humanas**: subsídios a crítica dos mínimos sociais. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, Potyara A. P. Políticas públicas e necessidades humanas com enfoque no gênero. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 12, n. 1, p. 67-86, 2006. Disponível em: <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/437>. Acesso em: 21 fev. 2017.

PEREIRA, Potyara. Amazoneida Pereira. **Necessidades humanas**: subsídios a crítica dos mínimos sociais. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, Potyara. Amazoneida Pereira. **Política social**: temas e questões. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PEREIRA, Potyara; AMAZONEIDA, Pereira. Políticas social e necessidades humanas básicas. **Cuestion Urbana**, Buenos Aires, ano 1, n.1, p. 31-38, 2016. Disponível em:

<http://cec.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/15/2016/12/07/Pereira.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2017.

PERISTA, Pedro. BAPTISTA, Isabel. A estruturalidade da pobreza e da exclusão social na sociedade portuguesa: conceitos, dinâmicas e desafios para a acção. **Forum Sociológico**, Lisboa, n. 20, p. 36-46, 2010. Disponível em: <http://sociologico.revues.org/165>. Acesso em: 23 ago. 2017.

PICCINI, Roberto Xavier et al. Necessidades de Saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica a saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Capacitação em serviço social**: o trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: UNB, 2000. Módulo 4.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e serviço social**: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo serviço social. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PORTO, Liliana; AYOUB, Dibe. Contextualização: breve histórico sobre Pinhão/PR. *In*: PORTO, Liliana; SALLES, Jefferson de Oliveira; MARQUES, Sônia Maria dos Santos (org.). **Memórias dos povos do campo no Paraná-Centro-Sul**. Curitiba: ITCG, 2013. Disponível em: <http://www.itcg.pr.gov.br/arquivos/File/versaoweb.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2019

PORTO, Marcelo Firpo de S. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: um ensaio de epistemologia política. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 93, 2011. Disponível em: <http://rccs.revues.org>. Acesso em: 19 maio 2016.

RAFFESTIN, Claude. A produção das estruturas territoriais e sua representação. *In*: SAQUET, Marcos Aurélio; SPOSITO, Eliseu Savério (org.). **Territórios e territorialidades**: teorias, processos e conflitos. São Paulo: Expressão Popular: UNESP, 2009. p. 17-35.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo. Ática, 1993.

RAMOS, Cristhine Fabiola de; SILVA, Clayton Luiz da. **Conflitos da dinâmica sócio-espacial**: a (trans)formação dos faxinais do município pinhão-pr. Boa Vista: Ed. Esp. V CBEAGT, 2016. p.1-14.

RIBEIRO, Patrícia Tavares. Direito a saúde: integralidade, diversidade e territorialidade. **Revista e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1525 – 1532, 2007.

RIBEIRO, Patricia Tavares. Perspectiva territorial, regionalização e redes, uma abordagem à política de saúde da república federativa do Brasil. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 403-412, 2015.

RISI JR, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos. As condições de saúde no Brasil. *In*: FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 328 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 12 mar. 2015.

ROCHA, Carlos Vasconcelos. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos consórcios intermunicipais de saúde no estado do Paraná. **Caderno Metropolitano**, São

Paulo, v. 18, n. 36, p 377-399. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cm/v18n36/2236-9996-cm-18-36-0377.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2018.

SALGUEIRO, Teresa Barata. Fragmentação e exclusão nas metrópoles. **Sociedade e Território**, Porto, v. 30, p. 16-26, 2000.

SALLES, Jefferson de Oliveira. João José Zattar S.A.: disputas sociais, legitimidade, legalidade. In: PORTO, Liliana; SALLES, Jefferson de Oliveira; MARQUES, Sônia Maria dos Santos (org.). **Memórias dos povos do campo no Paraná-Centro-Sul**. Curitiba: ITCG, 2013. Disponível em: <http://www.itcg.pr.gov.br/arquivos/File/versaoweb.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2019.

SANTANA, Paula. **Introdução à geografia da saúde: território, saúde e bem-estar**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2014.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Ligia. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

SANTOS, Alexandre Andre. Lugar e território. O sistema de saúde brasileiro a geografia e a promoção da saúde. **Revista Geográfica Venezuelana**, Venezuela, v. 50, n. 1, p. 159 – 172, 2009.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações de produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p.387-406, nov. 2010.

SANTOS, Angela Moulin Simões Penalva. **Município, descentralização e território**. Rio de Janeiro: Forense, 2008a.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Para uma revolução democrática da justiça**. São Paulo: Cortez, 2011.

SANTOS, Boaventura de Souza. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v. 63, p. 237- 280, out. 2002a.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. São Paulo: Cortez, 2008b.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Reinventar a democracia**. Lisboa: Gradiva Publicações, 2002b.

SANTOS, Isabela Soares. A solução para o SUS não é um Brazilcare. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul.-set. 2016. Disponível em: [www.reciis.icict.fiocruz.br](http://www.reciis.icict.fiocruz.br). Acesso em: 30 abr. 2019.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SANTOS, Milton *et al.* **Território, territórios: sobre o ordenamento territorial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011.

- SANTOS, Milton. **A natureza do espaço**. 4. ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2006a.
- SANTOS, Milton. **A urbanização brasileira**. 5. ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2013b.
- SANTOS, Milton. **Da totalidade ao lugar**. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2008.
- SANTOS, Milton. **Espaço e método**. 5. ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2014.
- SANTOS, Milton. O dinheiro e o território. *In*: SANTOS, Milton *et al.* **Território, territórios**: sobre o ordenamento territorial. 3. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011. p. 13-21.
- SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão**. 3. ed. São Paulo: Nobel, 1996a.
- SANTOS, Milton. **O retorno do território**. *In*: SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006b.
- SANTOS, Milton. **O trabalho do geógrafo no terceiro mundo**. São Paulo: Hucitec, 1996b.
- SANTOS, Milton. **Por uma geografia nova**: da crítica da geografia a uma geografia crítica. 6. ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2004.
- SANTOS, Milton. **Técnica, espaço, tempo, globalização e meio técnico-científico-informacional**. 5. ed. São Paulo: Edusp, 2013a.
- SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2015.
- SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.
- SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia Aparecida; SILVEIRA, Maria Laura (org.). **Território, globalização e fragmentação**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia A. **O novo mapa do mundo**: fim do século e globalização. São Paulo: Hucitec, 2015.
- SANTOS, Theotanio. A globalização reforça as particularidades. *In*: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia Aparecida, SILVEIRA, Maria Laura (org.). **Território, globalização e fragmentação**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- SAQUET, Marcos Aurélio. Por uma abordagem territorial. *In*: SAQUET, Marcos Aurélio; SPOSITO, Eliseu Savério (org.). **Territórios e territorialidades**: teorias, processos e conflitos. São Paulo: UNESP, 2009. p. 73-94.
- SAQUET, Marcos Aurélio. **Por uma geografia das territorialidades e das temporalidades**: uma concepção multidimensional voltada para a cooperação e para o desenvolvimento territorial. São Paulo: Outras Expressões, 2011.

SAQUET, Marcos Aurélio; BRISKIEVICZ, Michele. Territorialidade e identidade: um patrimônio no desenvolvimento territorial. **Caderno Prudentino de Geografia**, Presidente Prudente, v. 1, n. 31, 2009.

SAQUET, Marcos Aurélio; SPOSITO, Eliseu Savério. Território, territorialidade e desenvolvimento: diferentes perspectivas no nível internacional e no Brasil. *In*: ALVES, Adilson Francelino; CARRIJO, Beatriz Rodrigues; CANDIOTTO, Luciano Zanetti Pessoa (org.). **Desenvolvimento territorial e agroecologia**. São Paulo: Expressão Popular, 2008. p. 15-31.

SAVIANI, Dermeval. Perspectiva marxiana do problema subjetividade-intersubjetividade. *In*: DUARTE, Newton (org.). **Crítica ao fetichismo da individualidade**. Campinas, SP: Autores Associados, 2004.

SAWAIA, Bader Burihan. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. *In*: SAWAIA, Bader (org.). **As Artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 8. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008. p. 96-118.

SCHIFFER, Sueli Ramos. A globalização da economia e o território nacional. Indagações e perspectivas. *In*: SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura; SOUZA, Maria Adélia (org.). **Território, globalização e fragmentação**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

SCHIMIDT, Maria Luisa Sandoval. Pesquisa participante e formação ética do pesquisadora na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.391-398, 2008. Disponível em: <http://producao.usp.br/handle/BDPI/12014>. Acesso em: 12 abr. 2017.

SCHRAIDER, Lilia Blima *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária nos cuidados aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961 – 970, maio 2010.

SCHRAIDER, Lilia, Blima. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 17, p. 2635–2644, 2012. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issues&pid=1413-8123](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=1413-8123). Acesso em: 26 fev. 2017.

SHIMIZU, Helena Eri; CRUZ, Mariana Sodário; BRETAS JÚNIOR, Nilo; SCHIERHOLT, Sergio Ricardo; RAMALHO, Walter Massa; RAMOS, Maíra Catharina; MESQUITA, Monique Santos; SILVA, Everton Nunes. O protagonismo dos conselhos de secretários municipais no processo de governança regional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1131-1140, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1131.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2019.

SILVA, Alessandra Ximenes da. A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso. **Revista Katalisy**, Florianópolis, v.17, n. 2, p. 159 – 166, jul./ dez. 2014.

SILVA, Armando Correa. O território da consciência e a consciência do Território. *In*: SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura; SOUZA, Maria Adélia (org.). **Território, globalização e fragmentação**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 213-220.

SILVA, Bela Feiman Sapiertein; BENITO, Gladys Amélia Velez. A voz dos gestores municipais sobre o acesso a saúde nas práticas de gestão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2189 – 2200, 2013.

SILVA, Francisco Robert Bandeira Gomes; LIMA, Antonia Jesuíta. Desenvolvimento e políticas sociais focalizadas: da concepção de estado à concepção de mercado. **Holos**, Natal, ano 33, v. 1, 2017. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/5040/pdf> acesso em: 30 out. 2018.

SILVA, João Márcio Palheta da. **Poder, governo e território na sociedade contemporânea**. 2009. Disponível em: [http://flacso.redelivre.org.br/files/2014/12/Joao\\_Palheta.pdf](http://flacso.redelivre.org.br/files/2014/12/Joao_Palheta.pdf). Acesso em: 10 jan. 2016.

SILVA, Ligia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sonia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.221 – 232, 2013.

SILVA, Luiz Jacintho da. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n. 4, p. 585-593, out./dez. 1997.

SILVA, Marcus Vinícius Caetano Pestana da; MENDES, Eugênio Vilaça. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: Secretaria do Estado da Saúde, 2004.

SILVA, Robson Roberto. A descentralização no contexto da redemocratização e a influência neoliberal no Brasil. **Ser Social**, Brasília, v. 17, n. 36, p. 189-206, jan./jun. 2015.

SILVA, Sandro Pereira. Considerações analíticas e operacionais sobre a abordagem territorial em políticas públicas. In: MIRANDA, Rogério Boueri; COSTA, Marco Aurelio (org.). **Brasil em desenvolvimento**. Brasília, DF: IPEA, 2013. v. 1, p. 89-116.

SILVA, Silvio Fernandes. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do sistema único de saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011.

SILVEIRA, Alessandra Camargo da; MACHADO; Cristiane Vieira; MATA, Gustavo Correia. A atenção primária em saúde na agenda da organização panamericana de saúde nos anos 2000. **Trabalho, Educação, Saúde**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 31-44, jan./abr. 2015.

SILVEIRA, Maria Laura. Ao território usado a palavra: pensando princípios de solidariedade socioespacial. In: VIANA, Ana Luiza D'avila; IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Edyardo (org.). **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 127-150.

SOBRAL, André; FREITAS, Carlos Machado de. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 35-47, 2010.

SOJA, Edward W. **Geografias pós-modernas: a reafirmação do espaço na teoria social crítica**. São Paulo: Jorge Zahar Editor, 1993.

SORRE, Max. **Geografia**. Tradução de Januário Francisco Megale. São Paulo: Ática, 1984.

SOUSA, Aione Maria da Costa Souza. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Revista Katályses**, Florianópolis, v.17, n. 2, p. 227-234, dez. 2014.

SOUZA E SILVA, Jailson de. Um espaço em busca de seu lugar: as favelas para além dos estereótipos. *In*: SANTOS, Milton *et al.* **Território, territórios**: sobre o ordenamento territorial. 3. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011. cap. 10.

SOUZA, Carolina Rogel; BOTAZZO, Carlos. Construção social da demanda em saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 393-413, jun. 2013.

SOUZA, Diego de Oliveira; SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Neuzianne de Oliveira. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013.

SOUZA, Marcelo José Lopes de. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. *In*: CASTRO, Iná Elias; GOMES, Paulo Cesar da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato (org.). **Geografia: conceito e temas**. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009. p. 77-116.

SOUZA, Marcelo Lopes. Território da divergência (e da confusão): em torno das imprecisas fronteiras de um conceito fundamental. *In*: SAQUET, Marcos Aurélio; SPOSITO, Eliseu Savério (org.). **Territórios e territorialidades**: teorias, processos e conflitos. São Paulo: Expressão popular: UNESP, 2009. p. 57-72.

SOUZA, Maria Adélia Aparecida de. Geografias da desigualdade: globalização e fragmentação. *In*: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia Aparecida de; SILVEIRA, Maríia Laura (org.). **Território, globalização e fragmentação**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. P. 21-28.

SOUZA, Renilson Rehem. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

STEINBERGER, Marília. **Território, ambiente e políticas públicas espaciais**. Brasília: Paralelo 15, 2006.

STOTZ, Eduardo Navarro. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. *In*: ROCHA, Cristianne Maria Farmer *et al.* (org.). **Ver-SUS Brasil**: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 284-99. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER\\_SUS.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf). Acesso em: 23 fev. 2018.

TEIXEIRA, Ana Claudia Chaves (org.). **Os sentidos da democracia e da participação**. São Paulo: Instituto Pólis, 2005. 128 p.

TEIXEIRA, Paulo Tomaz Fleury. **A individualidade humana na obra de Marx de 1843 a 1848**. 2018. Disponível em: <http://docplayer.com.br/13295560-A-individualidade-humana-na-obra-marxiana-de-1843-a-1848.html>. Acesso em: 24 jan. 2018.

TORRES, Roberto Dutra. Governabilidade, governança e poder informal. **Civitas**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 153-171, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://www.revistaseletronicas.pucrs.br>. Acesso em: 4 ago. 2016.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e desigualdades sociais de saúde no acesso e na utilização de serviços de saúde. *In*: GIOVANELLA, Lígia, ESCORE, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho; CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p.183-206.

UCHIMURA, Liza Yurie Teruya; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; SILVA, Hudson Pacífico; IBÁÑEZ, Nelson. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 972-983, out./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/010304/2019-1104-sdeb-39-107-00972.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2019.

VIACAVA, Francisco; BELLIDO, Jaime. Condições de saúde: acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 351-370, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0351.pdf>. Acesso em: 7 Jul. 2016.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila, BOUSQUAT, Aylene; PEREIRA, Ana Paula Chancharulo; UCHIMURA, Liza Yurie Teruya; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; MOTA, Paulo Henrique dos Santos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva; FERREIRA, Maria Paula. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Revista Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, 2015.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. As diferentes institucionalidades da política social no Brasil no período de 1995 a 2010. *In*: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de (org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 27-38.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon (org.). **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009. 307 p.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de (org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. *In*: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de (org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011b. p. 39-63.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana dias de; FERREIRA, Maria Paula. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos colegiados de gestão regional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?> Acesso em: 28 out. 2015.

VIANA, Nildo. Classes sociais, condições de vida e processo saúde-doença. **Ciências da Saúde**, Goiânia, v. 2, n.7, p. 139-151, jan./jun. 2012.

VIANA; Ana Luiza d'Ávila; SILVA, Hudson Pacifico da. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2107-2117, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n7/1413-8123-csc-23-07-2107.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2019.

VIANNA, Renata Pestana; LIMA, Luciana Dias de. Colegiados de gestão regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1025-1049, 2013. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312013000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312013000400002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 1 dez. 2015.

VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conferência internacional de promoção da saúde declaração de Helsínque sobre saúde em todas as políticas**. Helsínque: WHO, 2013.

Disponível em:

<http://dssbr.org/site/wpcontent/uploads/2013/09/8%C2%AAConfer%C3%AAncia-Internacional-dePromo%C3%A7%C3%A3odaSa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 7 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde**. Rio de Janeiro: WHO; 2011. Disponível em:

[http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf).

Acesso em: 7 maio 2018.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e método**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZIONI, Fabiola; WESTPHAL, Márcia Faria. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 26-34, dez. 2007.