

Descentralização, Território e Regionalização dos Serviços de Saúde:

Análise Contextual dos Municípios de Guaratinguetá e Aparecida na Rede Regional de Atenção à Saúde – 17 (RRAS-17) do Estado de São Paulo

<http://dx.doi.org/10.21527/2237-6453.2020.54.298-320>

Recebido em: 31/7/2020

Aceito em: 20/11/2020

Gláucio Jorge Souza¹, Cilene Gomes², Valéria Regina Zanetti²

RESUMO

Partindo da necessidade de uma visão de conjunto do próprio SUS, de sua história, princípios e diretrizes, pretendeu-se adicionar à compreensão dessa necessidade uma incursão conceitual sobre saúde e território e uma aproximação empírica aos municípios de Aparecida e Guaratinguetá (SP) por meio de uma descrição de dados estatísticos e factuais, com a finalidade de contextualizar e identificar sua posição relativa na RRAS-17. Este estudo, além de ser de caráter compreensivo e descritivo, adotou as análises bibliográfica e documental como principais procedimentos metodológicos. Evidenciou-se que a descentralização demonstra ser uma estratégia política e de gestão sobre a qual os municípios se apoiam para a efetivação do SUS. O processo de territorialização assume papel relevante para o fortalecimento do sistema de saúde, por se tratar de uma dimensão da política e metodologia de organização de gestores e profissionais. Em relação à regionalização, tem-se tornado igualmente importante na ação de consolidação da rede de serviço do SUS, à medida que produz novas institucionalidades e papéis definidos para os gestores dos sistemas regionais e municipais e na coordenação e planejamento para a construção de modelos diferenciados na solidificação das políticas públicas e de programas de base territorial. Esforços foram observados por parte dos gestores, e avanços têm sido notados nos municípios analisados quanto à reorganização da atenção básica local, em razão da instituição da Estratégia de Saúde da Família, muito embora ainda se observe a necessidade de criação de mecanismos para que, de fato, o potencial do SUS seja plenamente apropriado para a consolidação de mudanças do modelo assistencial de saúde universal, equitativa e integral à população.

Palavras-chave: Política Pública de Saúde. Sistema Único de Saúde. Território. Regionalização.

DECENTRALIZATION, TERRITÓRIO AND REGIONALIZATION OF HEALTH SERVICES: CONTEXTUAL ANALYSIS OF THE MUNICIPALITIES OF GUARATINGUETÁ AND APARECIDA IN THE REGIONAL NETWORK OF HEALTH CARE - 17 OF THE STATE OF SÃO PAULO

ABSTRACT

Starting from the need for an overview of SUS itself, its history, principles and guidelines, it was intended to add to the understanding of this need, a conceptual incursion on health and territory and an empirical approach to the municipalities of Aparecida and Guaratinguetá, SP, through the description of statistical and factual data, in order to contextualize and identify their relative position in RRAS-17. This study, in addition to being comprehensive and descriptive, adopted the bibliographic and documentary analysis as the main methodological procedures. It was evidenced that the decentralization proves to be a political and management strategy on which municipalities rely for the implementation of the SUS. The territorialization process assumes a relevant role for the strengthening of the health system, because it is a dimension of the policy and methodology of organization of managers and professionals. In relation to regionalization, it has become equally important in the process of consolidating the SUS service network, as it produces new institutionalities and defined roles for managers of regional and municipal systems, in the coordination and planning for the construction of differentiated models for the implementation of public policies and territorial-based programs. Efforts have been observed by managers, and advances have been noted in the municipalities analyzed regarding the reorganization of local primary care, due to the implementation of the Family Health Strategy, although the need for creation of mechanisms is still observed so that, in fact, the potential of the SUS is fully appropriate for the consolidation of changes in the universal, equitable and integral health care model to the population.

Keywords: Public Health Policy. Unified Health System. Territory. Regionalization.

¹ Autor correspondente. Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac) de Guaratinguetá. Av. Dr. João Batista Rangel Camargo, 50 – Centro. CEP 12500-100. Guaratinguetá/SP, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/4751955728381809>. <https://orcid.org/0000-0002-7743-542X>. glauciojsouza123@gmail.com

² Universidade do Vale do Paraíba (Univap). São José dos Campos (SP), Brasil.

Este artigo surge a partir de inquietações de pesquisadores dedicados a estudar e investigar as influências de processos e contextos socioculturais, com seus valores e representações simbólicas, sobre as populações e indivíduos habitantes em diferentes territórios. Nesse escopo amplo de preocupações acadêmicas, torna-se premente compreender as políticas de caráter territorial, e especialmente a política pública de saúde, pois reorientam e ordenam a vida das pessoas, podendo tornar-se um caminho para a redução progressiva de desigualdades sociais ao promover a humanização e a universalização do acesso à saúde.

Heidmann *et al.* (2006) afirmam que a política pública de saúde deve ser considerada uma política de base social, sujeita a múltiplos determinantes e com estratégias voltadas para o bem comum, de coletividades e indivíduos. As políticas sociais organizam-se em diferentes modalidades e asseguram aos legítimos usuários de sistemas de proteção social o acesso aos benefícios oferecidos por elas.

O direito de todos à saúde tem preocupado os gestores mais sensíveis à necessidade de políticas que, de fato, concentrem-se na promoção da saúde pública. Compreende-se promoção à saúde como

uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006, p. 12).

A partir da Constituição Federal (CF) de 1988, instauradora do processo de redemocratização, o Brasil passa por profundas transformações oriundas de um processo de construção social que conduz à reformulação de políticas públicas orientada pela busca de redução de desigualdades estruturais manifestas pelas diversas porções do território nacional. O país promoveu novas formas de pensar e agir no campo das políticas sociais de base territorial (BRASIL, 1988; SILVA, 2012).

A saúde passa a ser vista como um direito de todos os cidadãos, devendo ser garantida pelo Estado (ALMEIDA, 2014). No contexto da luta política em âmbito nacional, orientada pelos ideais de transformação das práticas em saúde do Movimento da Reforma Sanitária, o papel do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), na organização de fóruns de discussão acadêmica e profissional e assessoria das comissões que orientaram a constituinte, foi fundamental no quadro geral de conquistas que culminaram na reformulação da política nacional de saúde e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (SOPHIA, 2012).

De forma sintética, podemos dizer que essas instituições foram peças-chave para o processo de construção de identidade em torno de uma área de conhecimento batizada no Brasil como saúde coletiva. Campo marcado pela diversidade de saberes e disciplinas, abordagens e perspectivas, foi o palco de um importante movimento de crítica às velhas formas de se praticar saúde pública (PAIVA; TEIXEIRA, 2013, p. 22).

Para atender às necessidades de transformação das práticas em saúde e da sociedade, em meados dos anos de 1990 criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual emergiu do processo de reorganização da saúde e do propósito de fornecer cuidados de saúde integrais, universais, preventivos e curativos, por meio de uma gestão descentralizada, com participação das diferentes esferas do governo (WADGE *et al.*, 2016).

No contexto desfavorável de organização da saúde vigente na época de sua proposição, as políticas foram induzidas mais fortemente no Brasil a partir da própria percepção de médicos e, sobretudo, médicos residentes em cursos de saúde coletiva, e de ampla mobilização de atores sociais, além dos próprios gestores públicos para promover mudanças no modelo médico, então existente, de caráter meramente curativista. Esse modelo de atenção à saúde, proposto pelo SUS, denominado de “Atenção Primária à Saúde” (APS), pretendia atender não somente às necessidades de caráter curativista, mas também trabalhar a prevenção e a promoção da saúde a toda população (KRINGOS; BOERMA, 2013), alinhando-se a um contexto global de proposição do conceito na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela OMS em 1978, de onde resultou a conhecida Declaração de Alma-Ata, pela promoção de saúde a todos os povos do mundo e os cuidados primários essenciais para esse fim.

Paim (1993) afirma que o SUS foi formado por um conjunto de ações organizado pelas instituições e órgãos públicos nos diferentes âmbitos da federação. O mesmo autor assevera também que, apesar de esse sistema ter sido criado para garantir a todos o acesso aos serviços de saúde, no início dos anos de 1990 o princípio de universalidade ainda não havia alcançado pleno êxito, impondo ao Estado a necessidade de arranjos territoriais de organização dos serviços. Se ainda hoje existem desafios à universalização do acesso aos serviços de saúde, a normatização das redes de atenção à saúde constitui, sem dúvida, um avanço significativo.

A respeito da universalização, Sousa (2014, p. 228) afirma que:

A universalização da saúde constitui um dos ideários do movimento sanitário que foi reconhecido na Constituição Federal de 1988, compondo os princípios básicos do SUS. Parte do reconhecimento de que a saúde é um direito de todos e que o Estado deve projetar mecanismos institucionais que garantam o acesso aos bens e serviços sem limitação ou impedimentos, sendo efetivada pelo sistema público. Esta concepção expressa uma recusa da abordagem da saúde como mercadoria.

De acordo com Paim (1993), junto com o SUS, a organização descentralizada do sistema de saúde é instituída pela Constituição, na tentativa de tornar o sistema mais acessível à população mediante a oferta de serviços nos mais diferentes municípios e territórios.

É pertinente destacar que, na condição de princípio de organização do próprio sistema de saúde, a descentralização somente será efetivada a partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas-SUS 01/2002), ao se ampliar “as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica” e estabelecer a “regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade”, assim como procura fortalecer a capacidade de gestão do SUS, procedendo “à atualização de critérios de habilitação de estados e municípios” (BRASIL, 2002b).

A descentralização surgiu como proposta de organização do sistema de saúde ao fornecer mais autonomia aos municípios em termos de oferta dos serviços de saúde sobre sua responsabilidade. A esse respeito, Fernando Aith *et al.* (2014) fazem a seguinte afirmação:

A descentralização política e administrativa dos serviços conduz o processo de regionalização do sistema de saúde brasileiro, integra e harmoniza os serviços dos entes federativos brasileiros (União, estados, Distrito Federal e municípios). A atual distribuição de atribuições entre esses entes federativos, pactuada por meio de várias normas jurídicas legais e infralegais, atribui aos municípios a tarefa primordial de cuidar da atenção primária à saúde (atenção básica); as atenções secundária e terciária (serviços de média e alta complexidade) são divididas entre os municípios mais desenvolvidos do país, os estados e, excepcionalmente, a União. O governo federal é responsável primordialmente pela organização e coordenação do sistema, por meio da regulação dos serviços públicos de saúde e do financiamento compartilhado com os demais entes (p. 12-13).

Nesse contexto, entendendo que a descentralização se completa com a regionalização, na busca de garantir o acesso aos serviços sobretudo em municípios mais desfavorecidos e de pequeno porte, torna-se necessária uma nova compreensão conceitual de território que sirva como aporte reflexivo para subsidiar as estratégias de territorialização da política e/ou dos serviços em todas as regiões e lugares do país. Para isso, considerou-se importante proceder a um reconhecimento de aportes teóricos interdisciplinares sobre as relações entre território e sociedade, mais especificamente entre território e saúde. Nesse sentido, tanto a geografia quanto, particularmente, a teoria do espaço de Milton Santos, tornaram-se referenciais significativos para as ciências da saúde como instrumentais analíticos para a compreensão da importância e significado da dimensão territorial para fins de planejamento, efetivação e avaliação das políticas de saúde (FARIA; BORTOLOZZI, 2016).

A esse respeito, conceitos da área da Geografia, tais como o de espaço, território e territorialidade, foram gradativamente incorporados nas ciências da saúde, especialmente nas áreas da Saúde Pública e da Epidemiologia. Essas categorias tornaram-se importantes ferramentas para análise da manifestação coletiva da enfermidade, contribuindo para a elaboração de estratégias que trazem melhorias à qualidade de vida da população e auxiliam a organizar o sistema de saúde (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000).

Este artigo é de caráter compreensivo e descritivo, e adota as análises bibliográfica e documental como principais procedimentos metodológicos. Partindo da necessidade de uma visão de conjunto do próprio SUS, de sua história, princípios e diretrizes de organização, pretendeu-se adicionar a essa compreensão uma incursão conceitual sobre saúde e território e uma aproximação empírica aos municípios de Aparecida e Guaratinguetá do Estado de São Paulo, por meio de descrição de dados estatísticos e factuais.

Para a sua realização, partiu-se da seguinte questão geral: Qual o conhecimento produzido na literatura relacionada à política pública de saúde e aos preceitos e estratégias do SUS, ao conceito de saúde e território, às redes regionais de atenção à saúde e, particularmente, ao dispositivo de reorganização da Atenção Básica – a Estratégia de Saúde da Família?

Tomou-se por base uma revisão bibliográfica no âmbito da literatura acadêmica e de estudos documentais sobre a política de saúde no Brasil para tratamento compreensivo do estudo proposto. Os procedimentos de busca de referências foram encaminhados entre os meses de dezembro de 2019 e fevereiro de 2020, em bases de dados virtuais como PubMed, SciELO, Bireme, Lilacs, Portal Capes e livros da área da geografia, dentre outros. Para selecionar os artigos, foram utilizados os seguintes descritores na área das Ciências da Saúde: Política Pública de Saúde, Sistema Único de Saúde, Território e Regionalização. Adotou-se como critério de elegibilidade os artigos publicados e disponíveis integralmente na forma digital ou em versões impressas, nos idiomas inglês e português do Brasil, que retratassem a temática proposta a partir de 1988.

Este artigo estrutura-se, a partir da introdução, em três seções mais as considerações finais e as referências bibliográficas.

Na primeira seção apresenta-se, no âmbito conceitual da formulação e instituição da política pública de saúde no Brasil, as estratégias de descentralização e territorialização da gestão e dos serviços.

Na segunda seção, aportes conceituais interdisciplinares sobre território, espaço e saúde, com ênfase no estudo dos determinantes da saúde (KYLE; WOODRUFF; AXELRAD, 2006) e da promoção da saúde (BRASIL, 2002a), combinam-se com as referências conceituais sobre o território de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, normatizada no âmbito do SUS.

Na terceira seção procurou-se compreender a regionalização como estratégia correlata à descentralização, com a finalidade de organização das redes regionais de serviços. Entende-se que essa compreensão seja importante não somente para se alcançar uma visão de conjunto das diretrizes gerais do SUS, mas, também, tendo em vista uma contextualização dos municípios de Guaratinguetá e Aparecida na Rede Regional de Atenção à Saúde – 17 (RRAS-17, 2012), no Estado de São Paulo, cuja situação relativa à organização geral da rede de serviços de saúde e, particularmente, à Estratégia de Saúde da Família, será caracterizada e discutida com base em informações documentais e dados estatísticos e factuais.

Em síntese, e a modo de apontamentos para futuras investigações e análises, considerações serão elaboradas para ressaltar algumas tensões, impasses e desafios gerais para que, de fato, o potencial do SUS seja conduzido e apropriado e a consolidação do modelo assistencial efetive-se de acordo aos princípios de universalidade, equidade e integralidade na distribuição e acesso dos serviços de saúde. Por fim, apresenta-se as referências bibliográficas consultadas para a elaboração deste texto.

DESCENTRALIZAÇÃO E TERRITORIALIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIAS DE CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Antes da criação dos SUS a gestão dos serviços de saúde no Brasil era realizada pelo Ministério da Saúde e por Secretarias de Estado da Saúde, por meio de atividades sanitárias e de saúde pública a grupos de pessoas consideradas vulneráveis aos agravos à saúde e a doenças. Cabe destacar que, a partir de meados da década de 70 do

século 20, alguns municípios brasileiros iniciaram a elaboração de projetos de intervenção na atenção à saúde como alternativa para enfrentar a crise que, naquele momento, atingia a saúde da população brasileira, em especial a saúde pública (LAVRAS, 2011).

O SUS foi criado em contexto histórico de abertura política, ampla mobilização social e reorganização da estrutura federativa brasileira, com o reconhecimento do município como ente federativo. Orientado pelo conceito ampliado de saúde, tem como princípios (valores) a universalidade, a equidade e a integralidade, e como diretrizes, a descentralização, a regionalização (e hierarquização) e a participação da comunidade, em busca de oferecer serviços de qualidade que atendam às reais demandas das populações de diferentes territórios do país (POLIGNANO, 2020).

O processo histórico-social que engendra a proposição do SUS não foi um processo que se desenvolveu sem tensionamento de interesses, posições e pressões políticas e, ainda, o respaldo de proposições conceituais e de reformulação política apresentadas em debates acadêmicos e profissionais. Em contraposição à tendência de mercantilização da saúde, conforme as orientações do desenvolvimento econômico estabelecidas pelo governo militar, a nova lógica de construção social da política de saúde, alinhada ao direito à saúde, estava em consonância com as lutas gerais pela democratização do país (BAPTISTA, 2007).

Após a criação do SUS, na década de 90 do século 20, houve rearranjo do modelo de saúde anteriormente vigente por meio de uma nova estrutura institucional e decisória, definição de competências e responsabilidades distintas, articulações e compartilhamento no que se refere à gestão, possibilitando a descentralização das ações e dos serviços de saúde (CNM, 2011; MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2007).

Essa reorganização política e institucional é complexa, pois exige integração e coordenação de ações, negociação e construção de consensos em distintas instâncias federativas, colegiados participativos (conselhos), gestores e comissões intergestores (tripartite e bipartite). Não é algo simples distinguir as influências políticas de cada uma dessas instâncias de atores nas autoridades gestoras e suas agendas políticas. Mais difícil ainda é a sua visualização para os cidadãos em geral e os usuários do sistema (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2007).

Embora a descentralização proposta para reorganizar os serviços de saúde expresse diferentes significados, Lavras (2011) afirma que se deve entendê-la como um processo pelo qual são delegados poderes políticos, fiscais e administrativos a outros órgãos federativos; ou seja, a proposta reconhece os municípios como entes federados e inclui o repasse de recursos pela união e Estados para a gestão de seus serviços de saúde.

O princípio da descentralização direciona o SUS nas diferentes esferas de governo, outorgando aos municípios mais autonomia e responsabilidade, além de garantir condições técnicas, administrativas e financeiras para gerir os próprios serviços de saúde oferecidos à sociedade. Para melhor organizar e orientar as ações dos gestores, elaboraram-se normas com a finalidade de consolidar o processo da descentralização. Desde sua criação, o SUS passou por várias adaptações, sendo um dos maiores avanços, em termos organizacionais promovidos pelo sistema de saúde ainda no início de sua criação, o processo de descentralização político-administrativa consagrado por meio da

transferência de responsabilidades e de recursos que assegurassem maior autonomia em suas tomadas de decisão. Os processos de organização do SUS foram orientados por diretrizes operacionais, as “Normas Operacionais Básicas (NOB)” 1/93 e 1/96, definidas e instituídas pelo Ministério da Saúde (MS) (LAVRAS, 2011).

A NOB 1/93 trouxe resultados positivos aos municípios, porque consolidou a transferência de recursos “fundo a fundo”, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde. Criaram-se as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), espaços estaduais onde acontecem a pactuação política de reorientação e a regulamentação da descentralização entre os Estados e municípios, com representação de membros do Estado e secretários municipais de saúde (LAVRAS, 2011).

De acordo com Lavras (2011), a NOB 1/93 elaborou, também, as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), espaço de articulação de dimensão federal composto por representantes das três esferas de governo, tendo paritariamente representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Nesse espaço de articulação, as decisões são tomadas por consenso e não por votação, trazendo aos municípios maior autonomia em termos de gestão dos serviços de saúde (LAVRAS, 2011).

Já a NOB 1/96 promoveu avanços significativos em relação à descentralização entre Estados e municípios. Além de acrescentar ao Piso de Atenção Básica (PAB) recurso do governo federal aos municípios para instituição das ações de saúde pública, a NOB 1/96 instrumentalizou o processo de Regionalização (LAVRAS, 2011).

A descentralização foi uma das formas de reorganização dos serviços de saúde nos diferentes contextos e territórios, visando a atender às necessidades da população, como se evidencia no discurso de Beltrammi (2008) a seguir:

Um dos aparatos da descentralização, quiçá sua mais importante ferramenta operacional, é a regionalização. Uma premissa em fase de implementação em contexto nacional, cujos principais atores são os Estados e Municípios, instâncias do Poder Executivo mais próximas do cidadão e conseqüentemente mais aptas a fomentar o reconhecimento, definição e dinâmica dos espaços locais, nos quais serão desenvolvidas ações sanitárias articuladas visando à satisfação das necessidades de saúde e ao bem-estar da população pertencente a esses espaços vivos (p. 159-160).

Paulatinamente, o SUS confere aos municípios brasileiros um conjunto de novas atribuições de gestão dos serviços de saúde prestados à população sob sua responsabilidade. Essas ações são fundamentais para consolidar o sistema de saúde em escala nacional e para a ampliação de sua cobertura nos diferentes territórios, pois promove acessibilidade e fortalece os princípios e propósitos do SUS (LAVRAS, 2011).

Destaca-se, ainda, que o SUS foi elaborado com a finalidade de criar estratégias de organização da saúde nos territórios. O ministério da Saúde afirma que:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e dos serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da saúde, a previdência (INSS) e a assistência social (BRASIL, 2009, p. 10).

A territorialização pode ser compreendida como um processo de habitar, que concretiza e incorpora saberes e práticas no lugar de vida. A esse respeito, Ceccim (2005) ressalta que habitar é buscar compreender os diversos fluxos técnicos, cognitivos, racionais, comunicativos, políticos, afetivos, isto é, enxergar o território de diversos ângulos e com diferentes lentes. Tal forma de percepção faz pensar na importância de estudar as condições e dinâmicas socioterritoriais influentes nos processos formativos em saúde.

Desde sua criação, na década de 90, o SUS busca elaborar estratégias voltadas para a atenção à saúde em âmbito nacional. Sobre a territorialização proposta por ele, subentende-se um conjunto de ações e serviços voltados à saúde da população habitante em distintos territórios, o que significa reorganizar os territórios por meio da instituição das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2002a).

A territorialização tem sido tratada como uma metodologia de organização do sistema de saúde, por meio da qual os gestores de saúde separam e organizam os espaços para programação de rotinas a serem estabelecidas de acordo com as necessidades da população adstrita na região de destaque. Isso também envolve a alocação de recursos e a oferta de serviços intermunicipais em prol da sociedade (FLEURY; OUVRENEY, 2007).

A prática de territorializar se dá por meio de um mapeamento, cujo caráter é gerencial, administrativo. Ela estrutura-se nos diferentes espaços, planeja de forma detalhada as ações em saúde e edifica territórios próprios, munindo-os de poder. Esses poderes elaborados e estruturados pelos órgãos governamentais solidificam-se por meio das relações constituídas entre os pares nos territórios, explicam Môra *et al.* (2013).

A territorialização é considerada uma importante ferramenta de organização sobre a vida das pessoas, uma vez que, por meio dela, consegue-se conhecer os diferentes contextos de necessidades da população que neles se insere, bem como os determinantes do processo de saúde e doença e a previsão de ações de saúde que serão executadas sobre uma base territorial (FARIA, 2013).

A dimensão territorial é, portanto, indissociável da vida em sociedade, posto que, nesses espaços, todos os elementos necessários à população são instituídos em diversas escalas pelos diferentes níveis do governo, a exemplo das políticas públicas de educação, moradia, saúde, dentre outras. Nos territórios, as políticas são articuladas, efetivadas e operacionalizadas, podendo gerar as sinergias necessárias ao processo de desenvolvimento local com reflexos positivos na saúde da sociedade (GADELHA *et al.*, 2011).

APORTES CONCEITUAIS INTERDISCIPLINARES E NORMATIZADOS SOBRE TERRITÓRIO E SAÚDE

O conceito de território perpassa por discussões em diferentes áreas do conhecimento, como a Geografia, a Antropologia, a Sociologia, a Ciência Política, a Ecologia, a Biologia, a História, entre outras. Cada uma, com suas particularidades, define território a partir de seus instrumentais teóricos na tentativa de compreender e explicar as relações complexas estabelecidas pelos diferentes atores que nele atuam.

Junqueira (2009, p. 8) enfatiza que a área da geografia tornou-se importante instrumental para a área da saúde no que se refere à análise do espaço e de território:

Para a Geografia da Saúde a abordagem de Santos tornou-se importante assim que as análises das doenças ou causas que levam às doenças passaram a ser relacionadas, não apenas a fatores biológicos ou climáticos, mas com os fatores socioeconômicos, as condições de trabalho, a idade, os recursos aplicados na melhoria da saúde pública, seu planejamento, a qualidade de vida e outros aspectos tão importantes e que às vezes não eram levados em conta.

Ainda a esse respeito, Gallo e Carvalho (2011, p. 8) afirmam que

A Geografia da Saúde visa contribuir na análise do espaço considerando suas dinâmicas, na ampliação de conhecimento sobre o habitat, na caracterização de ambientes degradados que podem propiciar eclosão de epidemias e otimizar processos de prevenção e combate aos problemas de saúde, como por exemplo o sensoriamento remoto e o geoprocessamento que contribuem no monitoramento e vigilância do território a ser analisado. Tratando da visão social, a Geografia da Saúde dá base para estudos que visam o mapeamento dos serviços de saúde ofertados e sua relação com os que fazem uso desses serviços, o que resulta em mapas de localização de núcleos de atendimento, abrangência dos serviços e localização dos pacientes visando o acesso ao atendimento.

Milton Santos tem vasta produção teórica, que se destaca no campo das ciências da saúde e com forte aderência à área da saúde pública. A partir das definições de território, enunciadas por Milton Santos, foi possível compreender as dinâmicas que nele acontecem e, por conseguinte, a elaboração de propostas de execução de sistemas de saúde local. De tais definições vieram as primeiras propostas para territorialização no país, e, por meio da criação do SUS, na década de 80 do século 20, introduziram-se os serviços de saúde nos diferentes territórios (FARIA; BORTOLOZZI, 2016).

Para Santos (2006), o território constitui-se como o lugar no qual todas as ações, poderes, forças e fraquezas edificam-se e se concretizam, agregando o conjunto de condições a partir das quais os homens vivem sua história e exprimem sua existência. O território tem caráter dinâmico e está em constante transformação, sendo objeto de permanente construção social, mediante as próprias mudanças no sistema social. Suas características são definidas pelo ritmo dos processos de produção e circulação. Ele deve ser entendido a partir de seu fator relacional, pois traz em seu escopo a ideia de movimento, fluidez e conexão entre as diferentes dimensões sociais, sejam elas políticas, econômicas, culturais, etc. (SANTOS, 2006; HAESBAERT, 2004).

Haesbaert (2004) ressalta que os territórios se organizam por diferentes combinações de elementos funcionais e simbólicos. O autor afirma que os homens realizam suas ações e produzem significados em relação ao seu território. Por isso, o território deve ser considerado na acepção de proteção, abrigo (lar) ou, ainda, como fonte de recursos naturais e sociais para o desenvolvimento.

Saquet (2007) ensina que o território e o espaço são instâncias necessárias para a compreensão da sociedade, posto que os territórios são concebidos e usados por meio de acordos ou conflitos e interesses socioeconômicos e culturais. Dessa forma, o território dá ao espaço os valores de uso e troca e, neles, estabelecem-se as relações dos indivíduos com os grupos e entre os grupos como um todo. Enfim, o território expressa, de modo geral, a relação dos indivíduos com a natureza, a sociedade, a economia, a política, a cultura, as identidades e as representações coletivas.

Entender o território significa compreender as dinâmicas que nele acontecem. Nessa perspectiva, Salvador (2009) também ressalta que o território deve ser compreendido na sua dimensão social, uma vez que guarda

em si, as marcas do trabalho humano, das relações de poder dos homens entre si e com o meio circundante. Além disso, o território usado também revela as ações estatais que são postas em tela em diferentes contextos, privilegiando, geralmente, os interesses das classes hegemônicas (p. 112).

De acordo com Salvador (2009), o território pode ser entendido como sinônimo de espaço habitado pelo ser humano, a que o autor chama de território usado, onde ocorrem as relações e as disputas de poder.

Desta forma, cabe aqui inferir que o território é considerado o ambiente vivo, local dinâmico onde as diferentes relações acontecem com frequência, como as de disputa ou poder, o que se nota no discurso de Silva (2013, p. 14-15):

A partir desse debate, pode-se estabelecer uma definição sintética de território como um espaço de construção social e poder instituído, porém não imutável, caracterizado por recursos físicos específicos, naturais e industriais, e por valores históricos e culturais que estabelecem elementos de identidade aos sujeitos que nele habitam. (...) Sob este entendimento, o território constitui uma base flexível sobre a qual agem distintas forças endógenas e exógenas, de maneira que ele se encontra continuamente submetido a relações de poder – conflitivas ou cooperativas – nos processos históricos de apropriação e dominação do território, bem como a pressões por mudanças, que podem implicar expansão ou deslocamento.

Conceitos normatizados de território e região de saúde

Em consulta ao Decreto 7.508/11 (Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), no artigo 2º, considera-se:

I – Região de Saúde – espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

Analisando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), constata-se que a Saúde da Família aparece como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Reconhece-se, contudo, outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2017).

No que diz respeito às diretrizes da Atenção Básica, destaca-se, inicialmente, a regionalização e a hierarquização, associadas aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e às regiões de saúde, entendidas como “um recorte espacial estratégico para

fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos” (BRASIL, 2017).

Além disso, a territorialização e adstrição constitui outra diretriz da Atenção Básica, no sentido de

permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele (BRASIL, 2017).

Entende-se, então, o território como “a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva, os territórios são destinados a

dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas (BRASIL, 2017).

Dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se preocupe com a definição do território e territorialização.

A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc. Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo (BRASIL, 2017).

Entende-se, assim, que a territorialização e os territórios, nos termos da PNAB, são unidades de planejamento e desenvolvimento das ações que possibilitam acompanhamento e avaliação de seus impactos “nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade” (BRASIL, 2012, p. 20).

Em relação à Estratégia Saúde da Família (ESF), percebe-se a preocupação em operacionalizar o conceito de território sem que se discutam, no entanto, os seus múltiplos sentidos. Dessa forma, ao se considerar determinado local definido pela equipe da ESF, compreende-se que se trata de uma configuração territorial à qual foram incorporados atributos e significados. Essas características naturais elaboradas pelo homem dão sentido ao ambiente, que, por sua vez, pode exercer influências no processo saúde-doença da sociedade como um todo. Pereira e Barcellos (2006) reconhecem que a relação do homem com o território seria um passo importante para a incorporação de conceitos da geografia na ESF. Assim, considera-se que “o território, nesse caso, seria mais do que um depósito de atributos da população; seria também o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada” (SANTOS; RIGOTTO, 2011, p. 393).

REGIONALIZAÇÃO COMO DIRETRIZ DE ORGANIZAÇÃO DO SUS: Rede Regional de Atenção à Saúde – 17 e Situação Relativa dos Municípios de Guaratinguetá e Aparecida

A Regionalização em Saúde tem sido utilizada para orientar a organização das redes de atenção à saúde, fornecer dados para realização de cálculos referentes aos recursos e monitoramento dos indicadores de saúde e para abarcar os princípios da equidade e da integralidade (SESMEG, 2011).

Beltrammi (2008) afirma que o processo de regionalização se deu como estratégia constitucional de reorganização do sistema de saúde desde meados dos anos 1980, resultando na Lei Orgânica da Saúde (8.080) de 1990, que teve finalidade estruturante e operacional para o SUS, validada pela NOB de 1993. A NOB de 1996, além de fortalecer o processo de descentralização, trouxe à luz instrumentos de Regionalização, tais como a Programação Pactuada Integrada (PPI). Trata-se de um processo instituído pelo SUS que, em conjunto com o processo de planejamento, quantifica e define as ações de saúde a serem ofertadas à população de determinado território, garantindo acesso desta aos serviços de saúde.

Nos anos seguintes, de 2001 e 2002, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas) ampliaram o conceito da Regionalização, momento em que as microrregiões e macrorregiões foram definidas. Considera-se esse momento importante na história do SUS, pois também foram criados os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e os Planos Diretores de Investimento (PDI) (BELTRAMMI, 2008).

De acordo com Guimarães (2005), o processo da regionalização pode ser compreendido de duas formas. A primeira delas como ferramenta organizacional dos serviços de saúde, cujo objetivo é torná-los cada vez mais eficientes e eficazes, cumprindo com os princípios da universalização, integralidade e equidade preconizada pelo SUS. A segunda forma de compreendê-lo é como sendo um processo de criação de Regiões de Saúde (RS), a partir do perfil da saúde da população local, ao compreender o modo como as pessoas habitam determinado espaço e tempo. Como se percebe, a regionalização em saúde possui caráter organizacional e reestrutura-se a partir do SUS (GUIMARÃES, 2005).

O processo de Regionalização em Saúde pode ser compreendido como estratégia funcional que instrumentaliza o arranjo e a distribuição técnica e espacial do atendimento. Seu principal objetivo é oferecer serviços de saúde de qualidade e eficiência ao maior número de pessoas (CONASEMS, 2019). Em resumo, a regionalização assume “um objetivo funcional de compor ‘Regiões de Saúde’, com grau de suficiência, expresso na máxima oferta e disponibilidade de ações de saúde para a população de um dado território, instrumentalizada por uma rede, articulada e integrada” (CONASEMS, 2019, p. 28).

A Regionalização em Saúde define-se pela operacionalização, estruturação e melhor distribuição espacial dos serviços em saúde, mediante subdivisão do universo espacial, com o fim de oferecer ampla cobertura dos serviços e facilidade de acesso à população de forma eficiente, tendo como propósito funcional compor as denominadas RS, a fim de organizar a rede de serviços de modo articulado (BRASIL, 2006; CONASEMS, 2019).

Assim, a regionalização em saúde supõe a compreensão sobre o processo de descentralização do poder para os municípios aos quais fora outorgada pela CF de 1988, considerada uma importante estratégia política para a criação do SUS. A dimensão de uma rede de saúde pode ser reorganizada diante de critérios geográficos, administrativos, demográficos, epidemiológicos, sociais e culturais, de acordo com os territórios e as necessidades das populações locais, bem como com os recursos de saúde disponíveis nas Regiões de Saúde (RS), que facilitam a atuação dos atores (CONASEMS, 2019).

Para definir as RSs, o Ministério da Saúde elaborou a Resolução Nº 1, de 29 de setembro de 2011, que, em seu artigo 2º, estabelece o conceito de Regiões de Saúde:

§ 1º Considera-se Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento 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.

§ 2º As Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes de mais de um Estado, serão instituídas por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

§ 3º Cada Município poderá compor apenas uma única Região de Saúde (BRASIL, 2011a, p. 1).

Na realidade, as regiões de saúde são constituídas pela interligação, delimitação e estabelecimento das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), cuja finalidade é otimizar os serviços de saúde à população melhorando a acessibilidade. Para criação e efetivação das RRAS, estudos foram realizados para se conhecer os diferentes perfis de saúde e doença da população e os recursos disponíveis em cada região para melhorar o indicador de cobertura dos serviços, tornando-os mais acessíveis a toda sociedade (RRAS-17, 2012).

Rede Regional de Serviços de Saúde: análise contextual dos municípios de Guaratinguetá e Aparecida na RRAS-17, SP

Em busca de melhor compreensão da importância da regionalização como estratégia de organização dos serviços de saúde para uma distribuição espacial mais equitativa, pretende-se, neste item, proceder a uma aproximação à realidade da RRAS-17 e suas regiões de saúde, com o intuito de identificar a situação relativa dos municípios de Guaratinguetá e Aparecida (SP), no que respeita à organização geral da rede de serviços e, particularmente, à Estratégia de Saúde da Família. Além disso, é preciso destacar que essa situação contextual dos municípios não se dissocia da rede urbana regional do Vale do Paraíba e Litoral Norte, considerada em sua totalidade.

A escolha dos referidos municípios se deu, primeiro, pela intenção de contribuir com as análises socioterritoriais e de políticas de caráter territorial desenvolvidas no Programa de Doutorado em Planejamento Urbano e Regional e, mais especificamente, com as pesquisas do Núcleo de Estudos do Espaço Urbano e Regional sobre a Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte, e os 39 municípios que a compõem, colaborando, assim, com estudos sobre sub-regiões e municípios ainda pouco estudados. Nessa escolha, foi igualmente decisiva a trajetória de experiências de um dos auto-

res como profissional atuante e usuário dos serviços, além da conveniência para o pesquisador dada à sua proximidade e facilidade de acesso à rede de contatos constituída nessa trajetória.

A metodologia utilizada combina o procedimento de quantificação com o uso de técnicas de geoprocessamento e análise espacial (Estimador de Densidade Kernel) para a representação cartográfica, além da referência analítica a bases documentais oficiais ou acadêmicas. As principais fontes utilizadas foram o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a *Relação Anual de Informações Sociais* (Rais), o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (Datasus) e o Sistema de Nota Técnica do Departamento de Saúde da Família (Desf) da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. Os dados são de domínio público para datas mais recentes, e quando, possível, para os anos de 2019 e 2020.

Nas notas técnicas encontram-se apenas os dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), considerados adequados ao objetivo do estudo proposto, pois demonstram a situação de cobertura e qualidade dos serviços nos municípios. Para compor um quadro geral da distribuição dos serviços, segundo os níveis de atenção, foram utilizados dados do Datasus, assim como do IBGE e da Rais. Com esses procedimentos gerais e conjunto de dados e informações, tornou-se possível oferecer um panorama da distribuição dos serviços na RRAS-17, e, por meio de observações comparativas, estabelecer a situação relativa dos municípios em foco na RRAS-17 e na região de saúde a que pertencem, denominada Circuito da Fé e Vale Histórico.

Um aspecto diferencial do panorama proposto reside no fato de se prestar a análises complementares no campo do planejamento regional, sobretudo considerando discussões recentes sobre a institucionalização da Região Metropolitana do Vale do Paraíba (RMVPLN), em 2012, pelo então governador do Estado de São Paulo, Geraldo Alckmin; a sua organização para fins de planejamento e execução de diferentes funções públicas de interesse comum (regional-metropolitano), dentre elas a do atendimento social, incluindo a saúde; e, ainda, sobre o Estatuto da MetrÓpole, instituído com a Lei nº 13.089, de 12 de janeiro de 2015, que alterou a Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001 (BRASIL, 2015), e que estabelece:

[...] as diretrizes gerais para o planejamento, a gestão e a execução das funções públicas de interesse comum em regiões metropolitanas e em aglomerações urbanas instituídas pelos Estados, normas gerais sobre o plano de desenvolvimento urbano integrado e outros instrumentos de governança interfederativa, e critérios para o apoio da União a ações que envolvam governança interfederativa no campo do desenvolvimento urbano [...]

Estima-se que, em 2017, a RMVPLN totalizava 2.425.293 habitantes, e que seu Produto Interno Bruto (PIB), em 2016, correspondia à, aproximadamente, R\$ 98.115.179 (HENRIQUE, 2018; GEO BRASILIS, 2020). Vale destacar que o recorte territorial da RRAS-17 coincide com a delimitação da RMVPLN, constituída por 39 municípios, porém, como se expõe na Figura 1, a divisão em regiões de saúde e sub-regiões da RM, com os respectivos agrupamentos de municípios, é um pouco diferente. Enquanto a RMVPLN subdivide-se em cinco sub-regiões, a RRAS compõe-se das quatro regiões de saúde descritas a seguir:

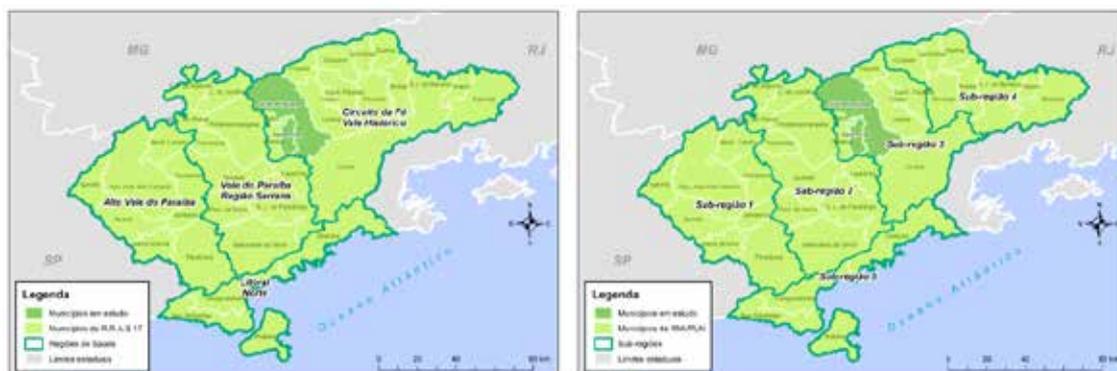
Alto Vale do Paraíba: Caçapava, Igaratá, Jacareí, Jambeiro, Monteiro Lobato, Parai-buna, Santa Branca e São José dos Campos;

Litoral Norte: Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba;

Vale do Paraíba e Região Serrana: Campos do Jordão, Lagoinha, Natividade da Serra, Pindamonhangaba, Redenção da Serra, Santo Antônio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, São Luiz do Paraitinga, Taubaté e Tremembé;

Circuito da Fé e Vale Histórico: Aparecida, Arapeí, Areias, Bananal, Cachoeira Paulista, Canas, Cruzeiro, Cunha, Guaratinguetá, Lavrinhas, Lorena, Piquete, Potim, Que-luz, Roseira, São José do Barreiro e Silveiras (RRAS-17, 2012, p. 5).

Figura 1 – Localização dos municípios nas respectivas Regiões de Saúde e Sub-Regiões



Fonte: Elaborada pelos autores, adaptado de SÃO PAULO, 2020.

Dentre os municípios que fazem parte da RRAS-17 destacam-se (Figura 1), na região de saúde denominada Circuito da Fé e Vale Histórico, Aparecida e Guaratinguetá, ambos atravessados pela Rodovia Presidente Dutra no Vale do Paraíba, o que privilegia a acessibilidade aos mesmos e entre seus moradores (RRAS-17, 2012). Em relação ao perfil sociodemográfico dos municípios, o Quadro 1, a seguir, reflete a importância histórica secular de Guaratinguetá, como cidade de porte médio, na formação da região vale-paraibana, por seu desenvolvimento econômico, social e urbano mais consolidado, junto a São José dos Campos, Taubaté, Cruzeiro e Caraguatatuba. Quanto a Aparecida, destacam-se sua dinâmica de interdependências com Guaratinguetá e o intenso desenvolvimento do turismo religioso e infraestruturas correlatas, este que, aliás, também se estende a outros municípios do Circuito da Fé, como Guaratinguetá e Cachoeira Paulista, que constituem o centro de peregrinação religiosa mais conhecido da região (RRAS-17, 2012).

Quadro 1 – Perfil sociodemográfico dos municípios de Aparecida e Guaratinguetá

Perfil sociodemográfico	Aparecida	Guaratinguetá
População em 2016 (habitantes)	36.248	119.753
Densidade demográfica (Km ²)	300 hab./km ²	159 hab./km ²
Produto interno bruto (PIB) em 2011 (R\$)	13.843,89	19.714,96
Porcentagem da população em extrema pobreza, em 2010	1,74	2,30
Porcentagem da população com plano de saúde em 2019	15,9	21,49%

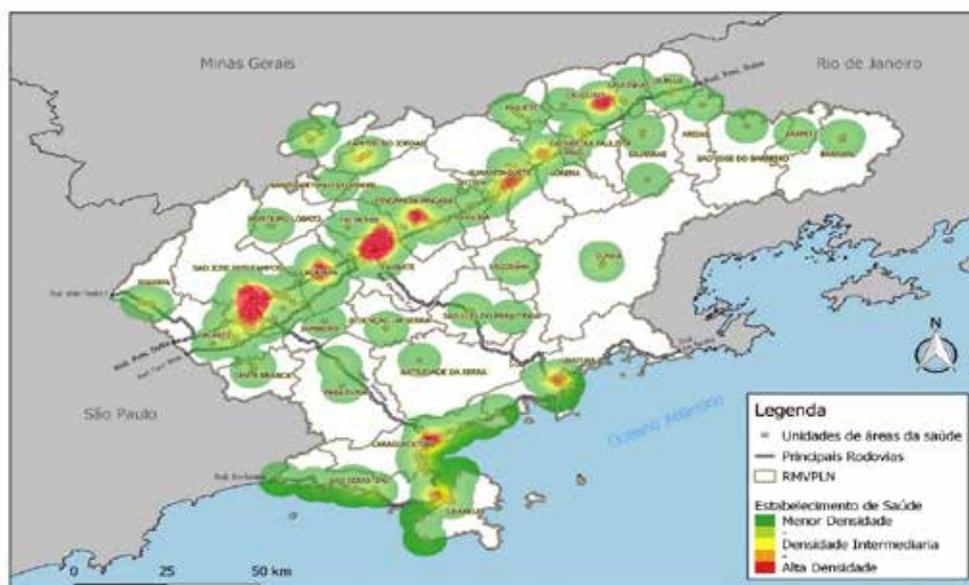
Fonte: SAPS (2019). Elaborado pelos autores.

No que se refere à organização dos serviços de saúde, segundo o IBGE, em 2010 aproximadamente 65% das pessoas de dez anos ou mais da região estavam ocupadas no setor terciário, ou seja, prestando serviços, e, deste total, 6,54% eram trabalhadores da área de saúde. Os dados para o mesmo ano, agora segundo a Rais, mostram que a maior parte dos profissionais da saúde estavam, na mesma data, concentrados nas áreas de atividades de atendimento hospitalar, atendimento em pronto-socorro e unidades para atendimento de urgência e serviços de assistência social.

Segundo os dados do Datasus para setembro de 2019, a região metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte possui 40.194 profissionais que trabalham na prestação de serviços de saúde. Destes, 41,04% eram profissionais de nível superior, 31,56% de nível técnico e 27,40% eram profissionais com qualificação elementar. Estes profissionais estavam distribuídos em 5.598 estabelecimentos, e dentre eles, os que apresentavam maior número de registros foram: consultórios (3.876), Clínicas/Ambulatórios Especializados (581) e Unidades Básicas de Saúde (359), atendendo uma população regional estimada, para 2019, de 2.552.610 habitantes.

Quantitativamente, é ainda difícil avaliar se a provisão dos serviços de saúde atende de modo satisfatório a todos os municípios da região. Como, todavia, observa-se na Figura 2, que retrata a distribuição geográfica dos estabelecimentos de saúde por meio de uma escala de densidades de estabelecimentos em distintas cidades, as maiores densidades localizam-se em cidades no importante eixo de desenvolvimento e urbanização regional nas imediações da Rodovia Presidente Dutra, tais como São José dos Campos, Taubaté, Cruzeiro, Pindamonhangaba, Guaratinguetá e Caçapava. Além disso, no eixo litorâneo nota-se a maior densidade de estabelecimentos em Caraguatatuba e em boa porção do espaço regional, com presença majoritária de pequenas cidades. Os serviços de saúde apresentam-se menos adensados, o que, em certa medida, justifica-se pelas defasagens socioeconômicas aí acumuladas historicamente.

Figura 2 – Densidade dos estabelecimentos de saúde na RRAS-17



Fonte: Elaborada pelos autores, adaptado de SÃO PAULO, 2013.

No que se refere à distribuição de estabelecimentos (Quadro 2) por nível de atenção, observa-se que os municípios de Aparecida e Guaratinguetá possuem estabelecimentos ambulatoriais nos três níveis de complexidade: básica, média e alta. Quando se analisam os serviços hospitalares, nota-se a melhor situação relativa em Guaratinguetá, com mais estabelecimentos de média e alta complexidade.

No contexto geral da região de saúde a que pertencem, Aparecida equipara-se a Cachoeira Paulista, sob o ponto de vista da população na ordem dos 30 mil habitantes, revelando situação similar quanto à distribuição dos estabelecimentos de saúde. Guaratinguetá, Cruzeiro e Lorena são os três municípios com instituições hospitalares de alta complexidade. Quanto aos 18 estabelecimentos hospitalares de média complexidade, estão distribuídos em 9 municípios, dentre eles Guaratinguetá e Aparecida.

No que se refere aos 34 estabelecimentos ambulatoriais de alta complexidade, são oito os municípios que os possuem, com destaque para Guaratinguetá, Cruzeiro e Lorena e ao único de Aparecida.

De modo geral, a região de saúde caracteriza-se pela predominância dos serviços ambulatoriais de baixa e média complexidade, com parte dos municípios atravessados pela rodovia Dutra (Circuito da Fé) apresentando-se mais bem providos do que os municípios do Vale Histórico.

Quadro 2 – Total de estabelecimentos de saúde, segundo o nível de atenção, nos municípios da região de saúde Circuito da Fé e Vale Histórico

Município	Ambulatorial			Hospitalar	
	Básica	Média	Alta	Média	Alta
Aparecida	18	27	1	1	0
Arapeí	3	3	0	0	0
Areias	3	4	1	0	0
Bananal	8	4	0	1	0
Cachoeira Paulista	27	49	1	0	0
Canas	2	3	0	0	0
Cruzeiro	99	189	8	2	3
Cunha	13	16	1	1	0
Guaratinguetá	257	116	13	6	3
Lavrinhas	4	5	0	0	0
Lorena	226	65	8	2	1
Piquete	12	7	1	0	0
Potim	10	5	0	0	0
Queluz	8	6	0	2	0
Roseira	5	6	0	2	0
São José do Barreiro	4	3	0	0	0
Silveiras	6	2	0	1	0
Total	705	510	34	18	7

Fonte: DATASUS, 2019. Elaborado pelos autores.

Complementando a análise da distribuição espacial dos profissionais e estabelecimentos dos dois municípios em foco no contexto da região de saúde Circuito da Fé, a Tabela a seguir revela que Guaratinguetá e Aparecida estão entre os quatro municípios com melhores percentuais de profissionais por mil habitantes. Além disso, respectiva-

mente, destaca-se que 44,28% dos estabelecimentos e 37,98% dos profissionais de saúde da região de saúde a que pertencem estão concentrados em Guaratinguetá, enquanto em Aparecida estavam localizados apenas 5,45% dos estabelecimentos e 10,11% dos profissionais dessa mesma região de saúde.

Quadro 3 – Estabelecimentos e profissionais por municípios da Sub-Região 3

MUNICÍPIOS	Estabelecimentos		Profissionais		População		Profissionais por mil habitantes
	nº	%	nº	%	nº	%	
Lorena	255	33,91	1594	30,58	88706	24,94	17,97
Guaratinguetá	333	44,28	1980	37,98	121798	34,24	16,26
Cachoeira Paulista	58	7,71	506	9,71	33327	9,37	15,18
Aparecida	41	5,45	527	10,11	36157	10,17	14,58
Roseira	13	1,73	121	2,32	10712	3,01	11,3
Canas	3	0,40	48	0,92	5138	1,44	9,34
Cunha	23	3,06	193	3,70	21547	6,06	8,96
Piquete	14	1,86	110	2,11	13657	3,84	8,05
Potim	12	1,60	134	2,57	24643	6,93	5,44
Total	752	100	5213	100	355685	100	14,66

Fonte: DATASUS (2019); IBGE (2019). Elaborado pelos autores.

As constatações de Guerra (2015, p. 154-171), em sua tese de Doutorado, no que respeita ao Índice de dependência das RRAS do estado de São Paulo e das regiões de saúde da RRAS-17, permitem conjecturar sobre o necessário foco de um possível planejamento pactuado pelas instâncias, órgãos e arranjos da gestão compartilhada. No caso da região do Circuito da Fé e Vale Histórico, constata-se, conforme o nível de assistência hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade, os seguintes índices de dependência para o ano de 2013: na assistência hospitalar de média complexidade, a dependência dessa região de saúde fica entre 10% a 20%, e na Clínica Cirúrgica esse índice aumenta para a faixa de 20% a 30%. Na Assistência Hospitalar de Alta Complexidade a dependência foi estimada pelo índice na faixa entre 60% a 80%, e a Clínica Pediátrica alcançava o máximo de dependência na faixa acima de 80%.

A questão da distribuição dos profissionais e estabelecimentos, ligada à organização da rede urbana regional e, particularmente, no que se refere aos serviços de saúde, torna-se, assim, de grande importância para a superação de defasagens e condições desiguais dos municípios da região em foco, e não apenas dela. Para que as populações tenham aquele mínimo de condições sem as quais a vida não é digna, há um caminho a ser trilhado de correção urgente de nossa estrutura social e do próprio Estado como provedor dos serviços sociais, como a saúde.

Em relação à cobertura dos serviços de saúde nas modalidades da ESF e AB nos municípios que compõem a região de saúde Circuito da Fé e Vale Histórico, evidenciou-se que os municípios que possuem menor número de ESF foram os que apresentaram maior índice de cobertura, a exemplo de Arapéi, Bananal, Lavrinhas, Roseira, São José do Barreiro e Silveiras, com percentual de 100%. Em relação aos municípios do estudo, constata-se que Aparecida apresentou índice de cobertura maior quando comparado a Guaratinguetá. Ressalta-se, ainda, que, dentre os municípios do Circuito da Fé e Vale Histórico, Guaratinguetá teve o menor índice de cobertura.

Em termos de desempenho das equipes de ESF, os resultados mostram que Aparecida sobressaiu-se em relação aos demais municípios da região de saúde Circuito da Fé e Vale Histórico, pois três equipes apresentaram resultados muito acima da média, dois acima da média e um com desempenho mediano ou pouco abaixo da média. Nota-se que os municípios de Areias, Bananal, Cunha, Lorena e Queluz apresentaram unidade de ESF com avaliação muito acima da média, enquanto Guaratinguetá, dentre as oito unidades de ESF cadastradas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), apresentou avaliação acima da média, sendo tal avaliação realizada pelo PMAQ.

O estudo demonstrou o índice de cobertura das unidades de ESF e AB, com destaque para alguns municípios. Sugere-se a necessidade de ampliação dos índices de cobertura, uma vez que a AB constitui importante porta de entrada do SUS e é o contato inicial da população com os profissionais e serviços de saúde, importante ferramenta que responde pela maioria dos problemas ou necessidades nesse setor e da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado chegou a uma compreensão das relações gerais entre política pública de saúde no Brasil, suas estratégias de descentralização e regionalização e a questão do território centrada na organização das redes regionais de distribuição dos serviços e regiões de saúde que as integram. Com esse delineamento compreensivo e conceitual, partiu-se a uma análise contextual dos municípios de Guaratinguetá e Aparecida na RRAS-17 (SP) e, particularmente, no quadro da região de saúde do Circuito da Fé e Vale Histórico.

Historicamente, procurou-se ressaltar o processo de construção social que levou à concepção e consolidação do SUS. As estratégias organizacionais de descentralização e regionalização do sistema são de grande importância no quadro da federação brasileira e, de fato, as conquistas trazidas pela Constituição Federal assinalam, antes de tudo, a reorganização do Estado e a questão do direito à saúde, dentre muitos outros direitos de cidadania.

Os rearranjos institucionais concebidos para a organização do sistema e, sobretudo, das relações entre as instâncias federativas, órgãos gestores, comissões e conselhos, visaram à prática de uma cogestão articuladora da participação e cooperação de atores diversos para o exercício das funções diagnósticas, de planejamento, efetivação e avaliação das ações de saúde a serem realizadas em dado território.

Considera-se que foram significativos os passos e conquistas na experiência da descentralização desde a criação do SUS para fortalecimento de sua gestão no âmbito dos municípios, pois permite a ampliação e a transferência de recursos para os municípios, com a finalidade de reorganizar os serviços de saúde nos diferentes contextos territoriais. Cabe aqui inferir que a prática de territorializar também deve ser concebida sob a lógica organizacional dos serviços de saúde e a instituição das políticas e programas, na medida em que, com ela, os executores das políticas de saúde conseguem aproximar-se dos territórios e estabelecer vínculos com as populações e a realidade de seu lugar de vida.

Não menos importante, a regionalização da rede de serviços de saúde possui caráter igualmente relevante no processo de conformação do SUS, ao produzir novas institucionalidades e papéis para os gestores dos sistemas regionais e municipais, facilitando a construção de modelos diferenciados de estabelecimento das políticas públicas de base territorial, elemento essencial para o princípio da equidade.

A história regional, correspondente ao quadro da RRAS, desenvolveu-se de modo a privilegiar o eixo da Rodovia Presidente Dutra, resultando em grande concentração populacional, de recursos, serviços e riquezas na intensa área urbanizada atravessada pela rodovia, o que tornou as demais localidades regionais, sobretudo a região de saúde do Circuito da Fé e Vale Histórico, defasadas em seu ritmo de desenvolvimento (pela desatenção e/ou incapacidade do Estado) e, por isso, em suas condições de vida relativamente mais deficitárias.

Na RRAS essa reorganização necessária da rede de serviços de saúde supõe, portanto, atribuir um novo equilíbrio à rede urbana por meio de uma redistribuição mais equitativa na oferta dos serviços segundo os diferentes graus de atenção. Nesse sentido, é preciso indagar: Como estimar o que é socialmente necessário, em termos de serviços de saúde, às distintas regiões e a cada um dos municípios? Como avaliar se o que se tem é suficiente ou não?

Sabe-se da necessidade de aproximações a recomendações e métodos, tais como da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Office of National Statistics do Reino Unido e outros, acerca da densidade de profissionais por mil habitantes, também levando-se em conta os tipos de serviços e planos de complexidade.

O equacionamento da problemática de reorganização da rede de serviços de saúde da região é complexo, não apenas considerando a distribuição de estabelecimentos, a alocação adequada de profissionais e, mesmo, a logística do transporte de pacientes para centros de referência fora do município de residência, mas, sobretudo, os tensionamentos, impasses e desafios que se interpõem no âmbito das formulações da política e na estrutura da gestão.

No processo geral de reorganização do Estado e tensões correlatas na esfera das relações interfederativas e, ainda, de democratização da sociedade e da gestão, o maior desafio para a qualificação e consolidação do SUS reside na crise social, política e sanitária atual e nos conflitos estruturais existentes com o próprio modelo de hegemonia do mercado.

Além disso, a complexidade da proposta de instalação de um sistema único de saúde ante o elevado grau de heterogeneidade e desigualdades de um país como o Brasil, perceptível em qualquer escala de organização do território e de análise, desdobra-se nos impasses gerados pelo difícil aprendizado da cogestão e cooperação diante de políticas e territórios fragmentados e, por conseguinte, pelas necessárias pactuações para a definição de direcionamentos, busca de condições e realização efetiva das ações.

REFERÊNCIAS

- AITH, F. *et al.* Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. *R. Dir. Sanit.*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 10-39, mar./jun. 2014.
- ALMEIDA, P. F. *Mapeamento e análise dos modelos de atenção primária à saúde nos países da América do Sul: atenção primeira à saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Unasur, 2014. Disponível em: <http://www.redepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/08/Mapeamento-APS-Brasil-Portugu%C3%AAs.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2019.
- BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES A. L. M. *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; Fiocruz, 2007.
- BELTRAMMI, D. G. M. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e municípios. *Revista RAS*, v. 10, n. 41, p. 159-160, out./dez. 2008.
- BELTRAMMI, D. G. M. *Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 20 jan. 2020.
- BELTRAMMI, D. G. M. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab)*. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica; Secretaria de Políticas de Saúde; Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988*. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 20 jan. 2020.
- BRASIL. *Política Nacional de Promoção da Saúde (Documento para discussão)*. 2002a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf. Acesso em: 14 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. *Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002*. 2002b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 5 nov. 2020.
- BRASIL. *Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf. Acesso em: 18 dez. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *O SUS no seu município: garantindo saúde para todos*. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 46 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.
- BRASIL. *Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011*. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. 2011a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/02/CIT1-2011.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2019.
- BRASIL. *Decreto 7.508/11*. 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. 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 11 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2020.
- BRASIL. *Lei 13089, de 12 de janeiro de 2015*. Institui o Estatuto da Metrôpole, altera a Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001, e dá outras providências. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1698449. Acesso em: 10 jan. 2020.
- BRASIL. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 11 nov. 2020.
- CECCIM R. B. Réplica. *Comunic, Saúde, Educ.*, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.
- CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- CNM. Confederação Nacional de Municípios. *Descentralização das ações do SUS e a responsabilização da esfera municipal*. 2011. Disponível em: https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Informativo_2011_Sa%FAde_2.pdf. Acesso em: 4 jan. 2019.

- CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Regionalização da Saúde – posicionamento e orientações*. Brasília. 2019. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2019/02/DocumentoT%C3%A9cnico-regionaliza%C3%A7%C3%A3o-DIAGRAMADO-FINAL-2.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2019.
- CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 595-613, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n3/2947.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2020.
- DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. TABNET. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 20 dez. 2019.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Regiões Metropolitanas, Aglomerações urbanas e regiões Integradas de Desenvolvimento*. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/analises-do-territorio/18354-regioes-metropolitanas-aglomeracoes-urbanas-e-regioes-integradas-de-desenvolvimento.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 6 maio 2019.
- FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 9, n. 16, p. 121-130, 19 jun. 2013. Disponível em: <http://saudedafamiliaufc.com.br/wpcontent/uploads/2016/04/ATERITORIALIZA%C3%87%C3%83O-DAaaaaaaaaaaaaaa-ATEN%C3%87%-C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE-NO-SUS.pdf>. Acesso em: dez. 2019.
- FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Território e saúde na geografia de Milton Santos: teoria e método para o planejamento territorial do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Rev. Ra'e Ga.*, Curitiba, v. 38, p. 291-320, dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrpr.br/raega/article/view/43912/30290>. Acesso em: 29 dez. 2019.
- FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia da regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- GADELHA, C. A. G. *et al.* Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(6), p. 3.003-3.016, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/38.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- GALLO, G. O.; CARVALHO, G. A. *Redes de saúde: configuração urbana e distribuição espacial dos núcleos de atendimento público*. 40 f. Trabalho (Conclusão de Curso) – Geografia Licenciatura e Bacharelado da Universidade Federal de Alfenas, 2011. Disponível em: https://www.unifalmg.edu.br/geografia/sites/default/files/TCC_REDEdeSA%C3%9ADE_GG&GC.pdf. Acesso em: 28 dez. 2019.
- GEO BRASILIS. *Inteligência Territorial Planejamento Estratégico Gestão Ambiental*. Disponível em: <https://www.pindamonhangaba.sp.gov.br/site/wp-content/uploads/2019/05/2.-Aspectos-Regionais.pdf>. Acesso em: 22 maio 2020.
- GUERRA, M. D. *Descentralização e Regionalização da Assistência à Saúde no Estado de São Paulo: Uma Análise do Índice de Dependência*. 209 f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2015.
- GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1.017-1.025, 2005.
- HAESBAERT, R. *Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade*. 2004. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf>. Acesso em: 15 set. 2019.
- HEIDMANN, I. T. S. B. *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto & Enferm.*, 15(2), p. 352-358, 2006.
- HENRIQUE, M. A. *O Estado e o Planejamento dos setores estratégicos como elemento determinante Territorial Urbano-Regional em Municípios do Litoral Norte – SP*. 2018. 183 f. Tese [Doutorado] – Universidade do Vale do Paraíba de São José dos Campos, São Paulo, 2018.
- JUNQUEIRA, R. D. Geografia médica e geografia da saúde. *HYGEIA – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 5(8), p. 57-91, jun. 2009.
- KRINGOS, D.; BOERMA, W. Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending. *Health Aff.*, 32(4), p. 686-694, 2013.
- KYLE, A. D.; WOODRUFF, T. J.; AXELRAD, D. A. Integrated assessment of environment and health: america's children and the environment. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(2), p. 439-451, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v11n2/30431.pdf>. Acesso em: 14 maio 2020.
- LAVRAS, C. C. *Descentralização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS*. 2011. Disponível em: https://www.nesc.ufg.br/up/19/o/Microsoft_WordDESCENTReRRAS_final_2.pdf. Acesso em: 12 dez. 2019.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Configuração institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES A. L. M. *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; Fiocruz, 2007.

MÔRA, L. B. et al. *O uso da territorialização para apoio ao planejamento das ações de uma unidade de saúde da família*. 2013. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/198.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2019.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. (org.). *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. p. 455-466.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, Rio de Janeiro, n. 1, v. 21, p. 15-35, jan.-mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

PEREIRA, M. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

POLIGNANO, M. V. *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. Disponível em: <http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf>. Acesso em: 1º jun. 2020.

RRAS-17. Rede Regional de Atenção à Saúde. *Mapa de Saúde*, Taubaté, SP, 2012.

SALVADOR. D. S. C. O território usado e o uso atual do território do agreste Potiguar. *Holos*, ano 25, v. 2, 2009. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/219/196>. Acesso em: 22 dez. 2019.

SALVADOR. D. S. C. O dinheiro e o território. In: SANTOS, Milton et al. *Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial*. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006. Cap. 1.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, nov. 2010/fev. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v8n3/03.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2020.

SÃO PAULO. *Localidades Emplasa 2013 – Pontos de Interesse da Saúde*. Sistema de Informações Metropolitanas (SIM) – IGC – SP. GeoPortal de dados cartográficos. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://geo.emplasa.sp.gov.br/Mapa?contexto=emplasageo>. Acesso em: 22 maio 2020.

SÃO PAULO. *Limites Administrativos em Sub-Regiões Metropolitanas*. Sistema de Informações Metropolitanas (SIM) – IGC – SP. GeoPortal de dados cartográficos. São Paulo. Disponível em: <https://geo.emplasa.sp.gov.br/Mapa?contexto=emplasageo>. Acesso em: 22 maio 2020.

SAPS. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Sistema de Nota Técnica do Departamento de Saúde da Família (DESF)*. 2019. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/notatecnica/frmListaMunic.php>. Acesso em: 13 jan. 2020.

SAQUET, M. A. *Abordagens e concepções sobre o território*. São Paulo: Expresso Popular, 2007.

SESMEG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)*. 2011. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20PDR-SUS-MG.pdf. Acesso em: 12 fev. 2019.

SILVA, S. P. A abordagem territorial no planejamento de políticas públicas e os desafios para uma nova relação entre Estado e sociedade no Brasil. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo, v. 17, n. 60, jan./jun. 2012.

SILVA, S. P. *Avanços e limites na implementação de políticas públicas nacionais sob a abordagem territorial no Brasil*. Rio de Janeiro, nov. 2013. p. 102.

SOPHIA, D. C. Notas de participação do Cebes na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da Revista Saúde em Debate. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 554-561, out./dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a07v36n95.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2020.

SOUSA, A. M. C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. *R. Katál.*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0227.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.

WADGE, H. et al. Brazil's Family Health Strategy: using community health workers to provide primary care. *The Commonwealth Fund.*, 40, p. 1-15, 2016. Dec. Disponível em: <https://www.issueelab.org/resources/26180/26180.pdf>. Acesso em: 12 out. 2019.