

## **CAPITULO 2: OS (CON)TEXTOS POLÍTICOS DE USO DO TERRITÓRIO NO PERÍODO 1986-2006.**

O Estado por meio das políticas de saúde e dos modelos de atenção determinados por características sócio-históricas singulares e contextos econômico-político específicos exercita e põe em prática o poder que o legitima a propor diretrizes e estratégias de ordenamento para o sistema de saúde, o qual, de acordo com as regras e as estruturas sociais vigentes vai atender, com maior ou menor efetividade, as demandas da sociedade por saúde e qualidade de vida.

No que tange ao papel e a efetividade da ação estatal, mesmo com uma trajetória de intervenção traçada, na maior parte das vezes, distanciadas dos contextos reais (regional local), atribuídas à extensão territorial do país, a heterogeneidade estrutural e a centralização administrativa herdada do regime autoritário (1964-1984), devem ser reconhecidas suas racionalidades técnicas no campo das ações preventivas e assistenciais - campanhas, vigilância epidemiológica e sanitária, atenção hospitalar e medicamentos (LUZ, 1979, 1982; CORDEIRO, 1991; MENDES, 1993; ROCHA, 1997; PAIM, 2009).

O sistema de saúde brasileiro ao longo de todo o século XX se deslocou entre os modelos sanitarista-campanhista e o médico-assistencial privatista, chegando ao final dos anos 80, com uma proposta ampliada, ainda em consolidação: um sistema público e universal - o SUS. Essa trajetória pendular tem de um lado, uma determinação econômica e de outro, uma concepção de saúde adotada pela sociedade em num determinado momento. Nesse sentido, é fundamental se compreender o SUS como um processo social em permanente construção, que abrange diferentes dimensões:

“(…) Uma dimensão política, dado que vai sendo construído em ambiente democrático, onde se apresentam, na arena sanitária, diferentes atores sociais portadores de projetos diversificados (...) uma dimensão ideológica - uma concepção ampliada do processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural que, necessariamente, introduz, por sua natureza intrínseca, um elemento de temporalidade longa ao processo de implantação (...) e uma dimensão tecnológica que vai exigir a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas para sua implementação, coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto que o referencia (MENDES, 1996:56)”.

O movimento de concepções de saúde e de modelos de atenção, junto com a compreensão de suas dimensões ao longo do tempo, vem consolidando políticas, desenhos organizacionais, estruturas funcionais, ideológicas e operacionais, que convivem, contraditoriamente, até os dias atuais, na perspectiva de propor e oferecer práticas sanitárias que atendam às necessidades e as demandas de saúde de populações em seus espaços de vida.

## **2.1. Antecedentes da Reforma Sanitária Brasileira: o Espaço sem Território**

Durante os anos 60-70 o Estado para responder às demandas do modelo econômico agroexportador, baseado na monocultura do café, voltou-se, sobretudo para uma política de saneamento direcionada aos espaços de circulação de mercadorias a serem enviadas para o exterior, e para a erradicação ou o controle de doenças que de forma indireta poderiam comprometer os negócios do país. Para tanto, o modelo sanitário-campanhista adota uma concepção de saúde apoiada na teoria dos germes, cuja explicação se assenta no modelo monocausal, segundo o qual os problemas sanitários se explicam por uma relação linear entre agente e hospedeiro (MENDES, 1996; PAIM, 2008).

“(…) o sanitário campanhista pretendeu resolver os problemas de saúde – ou melhor, das doenças – mediante a interposição de barreiras que quebrassem a relação agente/hospedeiro, para a qual estrutura ações, de inspiração militarista, de combate a doenças de massa, por meio da criação de estruturas ad hoc, com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de intervenções nos corpos individual e social (MENDES, 1996, p.59)”.

Com a acelerada industrialização do país há uma mudança de foco da economia, com o deslocamento do seu pólo dinâmico da área rural para os centros urbanos. Essa nova configuração econômico-territorial traz consigo um grande contingente de trabalhadores para as cidades, o qual deve ser atendido pelo sistema de saúde de forma diferenciada, de modo a suprir as demandas do novo modo de produção, e do capital emergente. Agora, não se faz mais necessário sanear os territórios de circulação de mercadorias, mas centrar o olhar da saúde sobre os corpos dos operários da indústria, de modo a mantê-los sadios ou recuperar sua capacidade produtiva (COSTA, 1986).

Para KOVARICK (1985) na medida em que o ritmo da urbanização cresce em uma velocidade acelerada determinada pela intensificação dos deslocamentos campo-cidade, as populações migrantes passaram a viver na periferia ou nas áreas decadentes das

grandes metrópoles, originando ao que se denominou *bairros marginais* - criava-se o mito da marginalidade<sup>24</sup>.

Em um primeiro momento, a marginalidade social<sup>25</sup> foi abordada em termos da precariedade habitacional a que estavam submetidos grupos sociais, reduzindo a questão ao limiar da problemática físico-ecológica. “*Assim a marginalidade tornava-se sinônimo de ‘favela’ ou ‘mocambo’, ‘barriada’, ‘rancho’, ‘cantegrilles’ ou ‘vila miséria’, para citar algumas designações que esse tipo de conglomerado ganhou na América Latina (p.13)*”. Em um segundo momento, a questão se amplia não só no Brasil, mas em toda América Latina, sendo acrescentados novos enfoques relacionados às características das populações que viviam nestas localizações - condições sócio-econômica e cultural. “*Do habitat passa-se para a maneira de viver e para uma situação de vida (p.14)*”.

Este fenômeno influenciou fortemente as políticas de saúde na década que antecedeu a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, marco histórico do movimento sanitário e de formulação do SUS. Esse período foi marcado por sucessivas crises no setor saúde, com destaque para a crise do sistema previdenciário, a qual ficou conhecida no âmbito das políticas sociais como ‘crise da previdência social’. Caracterizou-se por grandes projetos de extensão de cobertura em todo país, focados para atender aos grandes bolsões de pobreza, decorrentes da industrialização/urbanização e da mobilidade campo-cidade (AROUCA, 1975; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1979, 1984; CORDEIRO, 1984, 1991; MENDES, 1993; ROCHA, 1997).

As políticas de saúde dessa época, mesmo que sem muita clareza, apresenta um claro sentido de recorte territorial – dominação-regulação, na oferta de ações e na localização espacial dos serviços para atender a grupos vulneráveis, sobretudo na especificidade da população trabalhadora urbana e rural. Enquanto se desenvolvem ações de saneamento e de controle sanitário nas áreas centrais das principais capitais do país, simultaneamente,

---

<sup>24</sup> Ver Perlman, J. O Mito da Marginalidade: favela e política no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1977.

<sup>25</sup> O conceito de “marginalidade social” é homólogo à noção de exército de reserva o qual pode auxiliar a concebê-la como produto do desenvolvimento econômico e compreender a sua função dentro deste processo. Marx no Capital (1975, cap. 23, v. 1) cunha o conceito de exército de reserva que se refere a uma população "sobrante" que é produzida, principalmente, pelos avanços técnicos introduzidas no processo produtivo. À medida que cresce a riqueza social há também um aumento na quantidade demandada de força de trabalho, porém em proporções decrescente proporcionalmente à rapidez do incremento tecnológico no processo de produção.

crece o vetor de busca por atenção médica curativa, determinada pela expansão desenvolvimentista da econômica urbana *versus* a deterioração das condições de vida da população trabalhadora.

Como consequência desse fenômeno ocorre um crescimento significativo da oferta de atenção médica pela Previdência Social e o esvaziamento progressivo das ações de campanha, as quais induziram e conformaram um novo modelo de atenção – o médico-assistencial privatista, que rapidamente se torna hegemônico no setor saúde (AROUCA, 1975; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1979, 1984; CORDEIRO, 1984, 1991; MENDES, 1993; NASCIMENTO, 2007).

Essa nova racionalidade assistencial traz como características centrais, a extensão de cobertura previdenciária para totalidade da população urbana e rural; ênfase na atenção médico curativa, individual e especializada, em detrimento da saúde pública. Criação de um complexo médico-industrial forte com a ajuda estatal, e organização das ações de saúde centrada na figura do médico, ofertada pela rede privada dos serviços tendo no lucro sua expansão. Esse modelo se fortalece no governo militar, pela forte relação que o Estado brasileiro estabelece com a denominada coalizão internacional modernizadora<sup>26</sup>, adotando políticas econômicas de caráter centralizador e setorial que potencializa o seu poder regulador (MENDES, 1993, 1996; FAVERET, F.P. & OLIVEIRA, P. J., 1990; SILVA JUNIOR, 2006)

Esse movimento se caracteriza pela oferta de um cardápio básico de ações sanitárias dirigidas a territórios específicos, tendo como pressuposto a possibilidade de oferecer a populações excluídas, acesso a serviços de saúde e ações de saneamento básico próximos de seu local de moradia. Essa demanda se constitui para o setor, como perspectiva diagnóstica, da frágil capacidade resolutiva e operacional da saúde pública, catalisando fortes evidências sobre a inoperância da previdência social e do processo de privatização da assistência, e também, como campo de práticas para formulação de

---

<sup>26</sup> Segundo Merhy, (1997) a nova ordenação entre o Estado (capitalista) e o conjunto das classes sociais se deu no sentido de consolidar um bloco dirigente orgânico ao desenvolvimento capitalista. As políticas econômicas da denominada coalizão internacional modernizadora pautaram-se pela associação entre o capital monopolista internacional, o grande capital nacional e o capital estatal, além da concentração de recursos no governo federal, do controle do déficit público e da criação de fundos específicos não tributários para dar suporte às políticas sociais.

proposta de modelos de atenção alternativos (PAIM, TEIXEIRA & VILASBOAS, 1999; SILVA JUNIOR, 2006; PAIM, 2008).

As evidências sobre a fragilidade do sistema de saúde permitem para sua sobrevivência, a constituição de inúmeros Planos, Projetos e Programas de recorte setorial, como sustentação ao modelo econômico vigente, marcado por acordos internacionais e forte crise fiscal, cujo caráter concentrador necessita articular um conjunto de políticas compensatórias<sup>27</sup> direcionadas a grupos não integrados ao processo de desenvolvimento econômico e social. *“Tratava-se, portanto de reconhecer e legitimar diferentes graus de cidadania e oferecer políticas sociais perpetuadoras das desigualdades seja no plano espacial, seja no plano dos conjuntos sociais”* (MENDES, 1993:26).

Com esse olhar, traçavam-se as linhas bases do processo de “universalização excludente<sup>28</sup>” das políticas de saúde, a ser consolidado na década seguinte, tendo na ação sobre o território o instrumento de segregação espacial e de marginalização social (COSTA, 1986).

## **2.2. O Movimento de Reforma Sanitário: O Espaço-Região**

No cenário internacional a proposta da Atenção Primária à Saúde (APS), nascida com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde em Alma-Ata, em 1978, coordenada pela Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF), torna-se modelo para vários países na ordenação de seus sistemas de saúde.

Define como elementos essenciais para melhoria das condições de vida e saúde à educação sanitária; o saneamento básico; a atenção materno-infantil, inclusive a imunização e o planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento adequado das doenças e dos danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a

---

<sup>27</sup> Para Mendes (1993:26), as políticas compensatórias são formas alternativas encontradas pelo Estado para resolver a contradição que existe entre as exigências político-ideológicas de expansão das políticas sociais e o incremento de seus custos num quadro de crise fiscal.

<sup>28</sup> A expressão “universalização excludente”, criada para designar a associação entre a “expansão por baixo”, pela inclusão de milhões de pobres e indigentes, e a exclusão por cima, mediante a qual parcelas de trabalhadores com maior qualificação e a classe média, aparentemente, abrem mão da atenção médica do SUS, para ter atendimento diferenciado nos planos de saúde (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

promoção de alimentação saudável e de micronutrientes, e a valorização da medicina tradicional (MENDES, 2002; CZERESNIA & FREITAS, 2003; CARVALHO, 2004; TEIXEIRA & SOLLA, 2006).

No Brasil, a proposta da APS foi inicialmente introduzida em programas específicos, executados com recursos marginais, destinados a populações excluídas de regiões pobres, para as quais se oferecia, exclusivamente, um conjunto de tecnologias de saúde simplificadas, de baixo custo, desenvolvida por pessoal com pouca qualificação profissional e sem mecanismos adequados, seguros e de qualidade para assegurar a referência em nível de atenção de maior densidade tecnológica (GIOVANELLA, 2006; NASCIMENTO, 2007; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2007; CUETO, 2004; PAIM, 2008).

A despeito dos programas que se utilizavam da APS restrita, alguns projetos desenvolvidos na década de 1970 colocaram, diferentemente, em prática algumas das principais bandeiras do movimento sanitário na direção da universalização, da acessibilidade, da descentralização, da integralidade e da participação comunitária:, como foram o Plano de Localização de Unidade de Serviços (PLUS), o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde no Norte de Minas Gerais (o Projeto Montes Claros) e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (ESCOREL, 1999, p. 135).

O Projeto Montes Claros em 1971 se constituiu a primeira experiência a demonstrar na prática os princípios defendidos pelo movimento sanitário. Propunha integrar todas as ações de saúde, as curativas e as preventivas, com a participação comunitária em uma estrutura hierarquizada. A importância deste projeto decorre do fato de agregar profissionais do movimento sanitário, promover discussões e ser objeto de investigação acadêmica. O PLUS, criado em 1975 teve como objetivo a elaboração de planos de saúde para as regiões metropolitanas. (ESCOREL, 1999, MENDES, 1993).

O PIASS de 1976 exemplifica mudanças nas tendências setoriais na direção de uma abordagem da medicina social, evidenciando a crescente capacidade de inserção do movimento na política. Este programa é marco do encontro entre o movimento sanitário e a tecno-burocracia. Por parte das instituições, significava a simplificação do cuidado e dos serviços ofertados, baixando os custos (BODSTEIN & FONSECA, 1989); de parte

do movimento sanitário representava a possibilidade de realizar um *“expressivo incremento na oferta de serviços ambulatoriais básicos a populações completamente excluídas do acesso a equipamentos sociais, em especial no Nordeste”* (NORONHA E LEVCOVITZ, 1994:79),

O PIASS ficou emblemático por se destinar a cobrir com Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>29</sup> pequenos municípios do Nordeste, onde se buscava articular as ações de promoção e prevenção oferecida pelo Ministério da Saúde com aquelas mais curativas desenvolvidas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps).

Para dar suporte a esse tipo de programa foram criadas estruturas para qualificação de pessoal<sup>30</sup>, de modo que a experiência pudesse ser replicada para todo o país, assegurando um modelo territorial de base estadual, cujas ações se concentravam sob a responsabilidade das Secretarias de Estado. As estruturas estaduais adotavam um desenho administrativo regionalizado e desconcentrado em todas as regiões. Para atender a essa demanda política, cria-se em 1981 o Conselho Nacional de Saúde Previdenciária (CONASP) com a finalidade de reorganizar a atenção médica, realocar recursos e controlar custos.

O CONASP foi um marco na transição do modelo centralizado, embora sua implementação tenha sido periférica no interior da Previdência, por não ser assumida como proposta de Governo. Havia grande discordância ideológica e de interesses quanto a sua composição que aglutinava, de um lado, representantes de prestadores de serviços privados, sindicatos estaduais de hospitais, grupos de interesse da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares, e de outro, representantes do movimento sanitário - sindicatos médicos, Cebes, Abrasco, Departamentos de Medicina Preventiva e Institutos de Saúde Coletiva, sindicatos de trabalhadores, associações de moradores, e,

---

<sup>29</sup> Desde os anos 20, o Brasil realiza experiências em serviços de saúde que poderiam ser chamadas de APS seletiva: a saúde pública estatal com ações de prevenção de doenças e a atenção médica curativa individual ofertada pelas Caixas e IAP no campo do seguro social. Nos anos 40 os SNS verticais e focados em doenças específicas e o SESP com ações preventivas coletivas e assistência médica curativa. Seguem-se ações seletivas focadas em populações e agravos específicos - PIASS no Norte e Nordeste; Prev-saúde em centros urbanos de maior porte; PAIS em municípios-capital; PAISM voltado à saúde da mulher e PAISC a crianças (Giovanella & Mendonça, 2007).

<sup>30</sup> O governo federal criou o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) em uma ação conjunta do MS/MEC/OPS, a carreira de sanitarista e de agente de saúde pública (Mendes, 1993:28)

posteriormente, secretários municipais e estaduais de saúde e integrantes de partidos políticos (GRIGÓRIO, 2002)

O Plano CONASP em 1982 cumpre a determinação de desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo voltada para populações excluídas pelo modelo assistencial hegemônico, e organizar serviços básicos, com ações de saúde “pobres para pobres<sup>31</sup>”, ofertadas em unidades básicas, geograficamente distribuídas dentre essas populações. Seus pressupostos operacionais dão ênfase a APS e a rede ambulatorial como porta de entrada do sistema; a integração das instituições públicas de saúde das três esferas de gestão, organizadas em uma rede regionalizada e hierarquizada; a criação de sistemas de referência e contra-referência, com prioridade para a rede pública de saúde, complementada pela rede privada; o estabelecimento de níveis e limites orçamentários; a descentralização da administração dos recursos; a simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle; a racionalização do uso de procedimentos de custo elevado, e a definição de critérios racionais para a realização de quaisquer procedimentos orientados pela Portaria MPAS 3046/82 (GRIGÓRIO, 2002:28).

A portaria MPAS 3046/82, foi durante os anos 80, o instrumento que orientou o dimensionamento e a distribuição espacial da rede de serviços de saúde, utilizando parâmetros populacionais para definir o porte de unidades de saúde<sup>32</sup>, a localização territorial dos serviços (área rural e urbana) e a cobertura assistencial para oferta de atenção. Com essa direção, os territórios do sistema de saúde vão sendo definidos de acordo com a capacidade físico-operacional e a abrangência das unidades de saúde, tendo na compreensão de população adstrita a área de atuação e de responsabilidade das equipes de saúde.

---

<sup>31</sup> Essa expressão foi usada durante muito tempo no campo da saúde coletiva para expressar a APS seletiva e representante de um modelo de atenção excludente e autoritário (Mendes, 1993; Silva Junior, 2006a, 2006b).

<sup>32</sup> Postos de Saúde localizados em área rural, para desenvolver ações de imunização, curativo, atendimento a mulher e a criança, realizadas por pessoal auxiliar e por visitadoras sanitárias, com a retaguarda de uma unidade de maior porte; centros de saúde, com atendimento médico e odontológico de acordo com o porte populacional – tipo I entre 500 a 2.000 hab, tipo II de 2.000 a 5000 hab e tipo III até 20.000 hab.; unidades de mistas - de 20.000 e 50.000 hab; hospital local - 50.000 a 100.000 hab, e os hospitais regionais e de especializados para tender ao perfil epidemiológico regional e estadual (MPAS, 1982).



Após o longo período do regime burocrático-autoritário sustentado por uma modernização conservadora da sociedade, parte-se para uma nova estratégia de “descompressão” político-social, cunhada de *reformismo conservador*<sup>33</sup>, a qual teve como meta implementar um conjunto de reformas, capazes de imprimir novos rumos ao processo de crescimento econômico, e aglutinar, de forma gradual, parcelas da sociedade até então excluídas da arena política e da economia de mercado. Para tanto, alguns projetos no campo da saúde formam postos em prática, atendendo ao movimento redistributivo-reformista-conservador do governo, que visava por meio de políticas sociais diminuir gastos advindos do dito “milagre econômico” e racionalizar a máquina administrativa (NASCIMENTO, 2007; MELLO, 1990; TEIXEIRA, 1989; FIORI, 1991; TAVARES & FIORI, 1993).

A crescente crise nas estruturas de governo, associada à profunda insatisfação popular se expressa, na arena política, pela vitória da oposição nas eleições parlamentares. No bojo dessas lutas por políticas mais universalistas e da imponderável abertura do regime ditatorial em fins dos anos 1970, nasce um movimento dentre os profissionais e intelectuais da área de saúde coletiva, o qual exige mudanças radicais no modelo excludente de atenção à saúde. Este movimento fica conhecido como *Movimento pela Reforma Sanitária (MRS)*, que se amplia significativamente, com a incorporação de lideranças políticas sindicais e populares e também de parlamentares interessados na causa, dando novos contornos ideológicos para formulação da política de saúde futura (PAIM, 2008).

Um dos marcos desse movimento sanitário foi o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, conduzido em 1979 pela comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Neste momento já se discutia e se vislumbrava uma nova proposta de reorganização do sistema de saúde. A proposta, de caráter inovador, foi apresentada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), legítimo representante dos interesses do MRS, a qual sugere como horizonte um Sistema Único de Saúde, de caráter universal e descentralizado. (TEIXEIRA, 1989; PAIM, 2008).

---

<sup>33</sup>O reformismo conservador se caracterizou pelo lema “reformular para conservar”, nos moldes de uma ‘revolução passiva’ gramsciana à brasileira, que pressupõe fortalecer o Estado em favor das forças hegemônicas e o reformismo como modalidade de desenvolvimento que exclui as classes populares desse processo – reforma “por cima”.

Ainda em decorrência da forte pressão social e das inúmeras lutas pelas liberdades democráticas, em oposição ao longo termo do regime ditatorial e de suas drásticas conseqüências sobre a cidadania e a justiça social, emerge o movimento popular das “diretas já”, que clama por eleições para Presidente da República, explicitando o descontentamento de grande parcela da população, de movimentos sociais organizados e do próprio Estado, em inúmeras manifestações em todo o território nacional. Esses movimentos, de cunho reivindicatório e popular, criam as bases da luta pela apropriação do território, e nesse contexto, inscrevem os territórios da saúde (NUNES, 1998).

### **2.3. Marcos da Reforma Sanitária e do SUS: o Espaço-Território**

Como resposta ao quadro de insatisfação social e turbulência no setor saúde, o Estado em uma ação estratégica experimental implanta as Ações Integradas de Saúde (AIS), com cobertura para todo o país em 1984. Neste momento as AIS significaram um avanço para Sistema de Saúde vigente, pela incorporação da proposta de gestão colegiada de ações de saúde, articulando os Ministérios da Previdência e Assistência Social, da Educação e da Saúde, com desdobramentos nos níveis federal, estadual e municipal (PAIM,1986, 2008; CORDEIRO, 1991).

[...] de cunho eminentemente racionalizador, as AIS tiveram o mérito de abrir para estados e municípios a possibilidade de também se transformarem em atores da política nacional de saúde, seja como participantes dos fóruns de discussões oficiais (Comissão Interinstitucional/CIS, Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde/CIMS) ou não oficiais que então se abriam, ou como receptores de novas (mas na verdade antigas) responsabilidades no Sistema de Saúde" (GOULART,1996:20).

Entram em cena dois atores institucionais relevantes, os Estados e os Municípios, cujos territórios expressam em seus limites, as singularidades que especificam os problemas e às necessidades em saúde e sua estreita relação com as condições de vida dessas populações. A possibilidade de participação efetiva desses dois entes federados na formulação da política nacional de saúde abre a perspectiva de se constituir novas relações de poder na definição do arranjo espacial do sistema. Intensifica-se a idéia da descentralização das ações e o papel dos municípios como executores da política no âmbito local sob a coordenação dos estados.

Ainda em 1984, a Câmara dos Deputados realiza o V Simpósio de Política Nacional de Saúde no qual ratifica, em seu relatório final, a importância das Ações Integradas de Saúde como alternativa para se chegar a um Sistema de Saúde Unificado, abrindo frente para pactuação junto ao Programa de Governo da Transição e lastro para o próximo Governo Democrático no que tange à política de saúde. Mesmo com a morte do presidente eleito e sua consequente substituição, deu-se continuidade às formulações postas anteriormente, coradas com a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde para 1986 (PAIM, 1986; CORDEIRO, 1991; NASCIMENTO, 2007).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve ampla participação dos trabalhadores da saúde e de representações da sociedade civil organizada, fato que não ocorrera nas demais conferências que a antecedeu, onde a participação só era franqueada aos representantes de Governo. A Conferência se realizou na capital federal, convergindo na discussão ampliada temas centrais da Reforma Sanitária (RS) como saúde como direito inerente à cidadania e à pessoa; reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde (NASCIMENTO, 2007; PAIM, 1996; 2008).

Como desdobramento da 8ª CNS, setores identificados e mobilizados em torno das idéias da Reforma Sanitária, organizam-se para superar a estratégia intermediária das AIS e propõem o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Implantado em 1984 em uma modalidade de convênio entre o Governo Federal e os estados, representou, naquele momento, uma mudança significativa nas regras do poder decisório vigente. Nessa perspectiva, estabeleceu-se que o gigantesco aparato técnico-assistencial do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) seria destituído do seu atual papel como prestador de serviços, passando a seguir as seguintes recomendações:

- Ao INAMPS cabe agora controlar e co-financiar o sistema de saúde;
- Devem ser implementadas alterações na estrutura do INAMPS de modo a oferecer maior eficácia ao sistema de saúde em curto prazo;
- Nesse novo desenho operacional cabe aos Estados e Municípios a incumbência de oferecer serviços de saúde de forma descentralizada;
- Para assegurar resolutividade, universalização, regionalização, hierarquização e integralidade das ações de saúde, o planejamento passa ser realizado também de forma descentralizada, evitando duplicação e paralelismo na oferta assistencial (MULLER, 1992:51).

Com o SUDS os convênios com os estados assumiram formas variadas “*contemplando diferentes níveis de transferência de funções bem como abarcando diferentes esferas descentralizadas de governo*”, indicando que “*a intenção dos dirigentes da Previdência Social em promover a descentralização acelerada, era testar, na prática, a alternativa que parecia mais viável de melhoria da prestação de serviços para o usuário*” (MULLER, 1992:51).

No entanto, a implantação do SUDS não se deu sem resistência, em que pese o reconhecimento da legitimidade das recomendações da 8ª Conferência e a condução política de alguns dirigentes do INAMPS, que intentavam dar coerência aos princípios descentralizadores subjacentes às diretrizes do SUDS. A perda, ou transferência de poder do INAMPS na gestão da saúde para os estados, criou situações de quase intervenção de uma esfera ‘subnacional’ sobre a federal, neste processo conhecido como ‘estadualização da saúde’ (CORDEIRO, 1991; PIMENTA, 1993).

A Assembléia Nacional Constituinte de 1987 ao elaborar a nova Carta Magna incorpora boa parte das propostas da Reforma Sanitária brasileira, e concretiza suas ações no plano jurídico-institucional. A *Constituição Cidadã* (embora acusada de tornar o país “ingovernável” por alguns setores) incluiu, no capítulo da seguridade social, a saúde como direito de todos e dever do Estado e molda as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Em seu Título VIII (*Da Ordem Social*), Capítulo II (*Da Seguridade Social*), Seção II (*Da Saúde*), artigo 196 afirma “*a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988)*”. Com relação à organização dos serviços, o artigo 198 especifica, que “*as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constitui um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*”

I.Descentralização, com direção única em cada esfera de Governo;  
II.Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;  
III.Participação da comunidade”.

“Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da

União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Brasil, 1990a)”.

Instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), inserido numa proposta de seguridade social e sintetizando uma política social universalista. Um dos seus méritos é ser resultante das propostas da Reforma Sanitária, a qual rompeu e transformou, para melhor, o padrão de intervenção estatal no campo social moldado desde a década de 30. Nesse sentido, há uma mudança radical de paradigma sanitário - do ponto de vista teórico-conceitual e técnico, onde a saúde se desloca da negatividade das práticas – focada na doença e em doentes, para se recolocar de forma positiva como produção social voltada para a qualidade de vida e a cidadania (MENDES, 1993; PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000).

Em 1990 é promulgada a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo os papéis das três esferas de Governo (MS, 1993).

Os anos 90 foram marcados por importantes mudanças na política nacional voltada para APS e por grande investimento na ampliação do acesso à saúde. Pode-se dizer que tais transformações se relacionam tanto às mudanças no arranjo federativo instaurado após a Constituição de 1988 e ao processo de descentralização, como ao destaque assumido pela APS na agenda setorial.

Como um novo espaço de materialização das práticas de saúde, surge a proposta do distrito sanitário, que se apresentou como uma tentativa de desburocratização do sistema, situando-se na confluência entre as instâncias gestoras e de assistência, mas se propondo a reinterpretar os mecanismos de intervenção no espaço sanitário público.

Nessa perspectiva, MENDES (1993:94) situou o “*distrito sanitário como um microespaço de luta política entre atores sociais portadores de diferentes projetos, no qual se deve procurar a acumulação de capital político, poder para construir viabilidade à situação objetivo que se deseja alcançar*”. O avanço dessa reflexão fortalece a institucionalização da proposta da descentralização, dessa feita, pela superação da idéia de desconcentração administrativa característica de períodos anteriores.

A municipalização ganha visibilidade, não apenas nas dimensões tecnológica e cultural, mas, sobretudo pela entrada de novos atores na gestão, onde a definição da política de saúde pressupõe a distribuição de recursos e considera o município em suas dimensões espacial, mas também social e cultural. Esse novo arranjo federativo na saúde significa avanços na descentralização político administrativa, com o estabelecimento de novos mecanismos de financiamento na saúde e a progressiva transferência de responsabilidades pela execução direta de ações e serviços de saúde a estados e principalmente a municípios. (MENDES, 1993; NUNES, 1998).

É importante destacar, que nesse momento da municipalização, o incremento do poder decisório do município na gestão do sistema e dos serviços de saúde nos territórios de sua responsabilidade, revela um paradoxo: a grande maioria em todo o país é de pequeno porte e com baixa sustentação econômica, tornando-se dependente das transferências intergovernamentais. Em muito desses municípios não havia sequer uma base técnica local para formular e implementar políticas de saúde no âmbito municipal, ou mesmo assumir a gestão da rede de serviços de saúde do município, nos casos onde havia serviços de saúde instalados. O fato positivo é que na redistribuição de poder e de competências entre os três entes federativos ocorreram mudanças na forma do gestor federal exercer suas funções (NORONHA & LEVCOVITZ, 1994; NORONHA, 2001; MATTOS, 2008; NORONHA & MACHADO, 2008).

LEVCOVITZ et al (2001:270) ressaltam que a proposta da “*descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colidiu com as idéias neoliberais fortalecidas nos anos 90*”. Isso significa que embora essa estratégia operacional tenha sido fundada em bases de inspiração político-ideológica diferentes, o consenso sobre sua implementação ainda hoje, contribui de um lado para o fortalecimento das instâncias de gestão local, de outro não incomoda o projeto neoliberal de diminuição do papel do Estado. Segundo o autor, fica claro que esse mecanismo, por si só, não assegura “*o caráter democrático do processo decisório (p.271)*”, nem tão pouco garante o cumprimento dos demais princípios do SUS.

#### **2.4. O SUS e os Modelos de Atenção: o Território-Processo**

Segundo PAIM (1993 1998, 1999) os modelos assistenciais podem ser caracterizados como uma combinação de conhecimentos (saberes) e técnicas (métodos e instrumentos)

utilizadas para intervir sobre problemas e suprir necessidades de saúde nas esferas individual e coletiva. Nesse sentido, não podem se restringir a um simples arranjo organizativo de serviços de saúde, nem tão pouco se limitar a administração (gestão e gerência) de um sistema de saúde. Modelos de atenção aludem aos diferentes modos de como os agentes da saúde se organizam e se relacionam (trabalhadores e usuários), intermediados pelas técnicas/tecnologias (materiais e imateriais), com a quais desenvolvem seu processo de trabalho, de forma (cri)ativa e comprometida, para agir sobre problemas (causa, riscos e danos) e atender às necessidades socialmente determinadas e circunscritas em um espaço-tempo.

Nesse sentido, ao tempo da formulação SUS e em face de constatações de cunho político-institucional e operacional sobre o seu processo de implementação, alguns grupos do movimento sanitários brasileiro propuseram modelos de atenção alternativos, de modo a viabilizar as novas possibilidades de gestão descentralizada, tendo por inspiração algumas idéias que se constituíram ao longo do período 60-80 na América Latina. Duas dessas propostas foram fundamentais para incorporação da categoria território no campo da saúde.

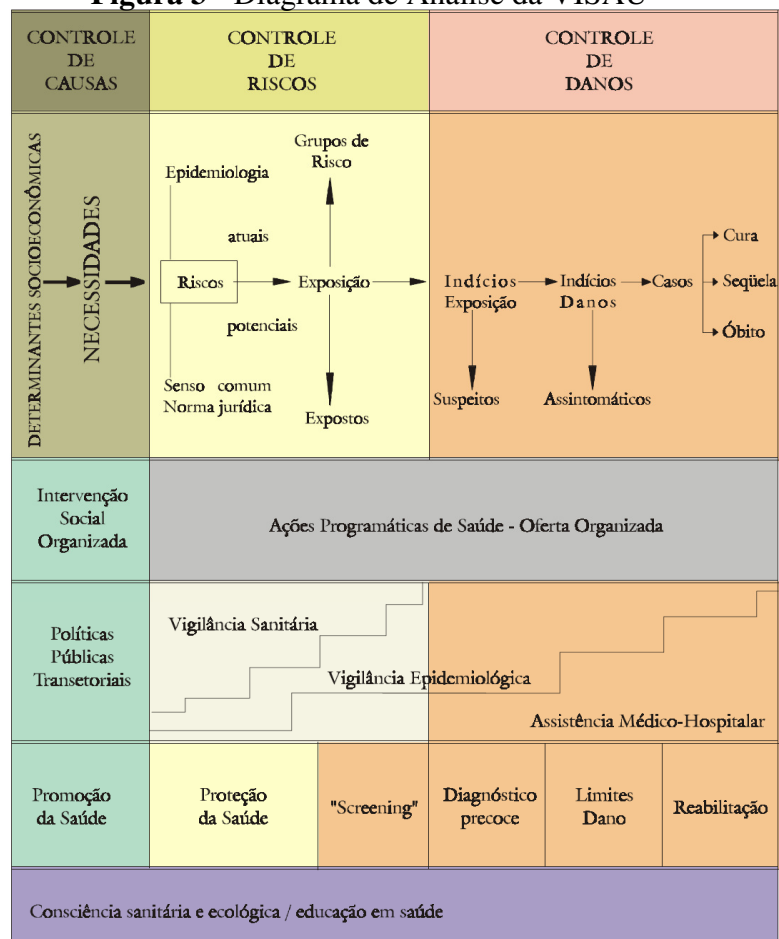
Os Distritos Sanitários implementados nos anos 80-90, no âmbito das Secretarias estaduais (SES) e municipais (SMS) de saúde, apoiadas pela Organização Panamericana de Saúde (OPS) e a Cooperação Italiana em Saúde, influenciou fortemente o uso do território como elemento essencial para produção de saúde e a organização do processo de trabalho em saúde. Esse desenho organizacional dos serviços de saúde foi inspirado nos SILOS (sistemas locais de saúde) bastante difundido na América Latina, para suprir as necessidades de atenção de países pobres, em áreas de alta vulnerabilidade social (TEIXEIRA & SOLLA, 2006).

Os SILOS tiveram como base teórica uma abordagem sistêmica sobre o processo saúde-doença, apoiada em reflexões de epidemiologistas latino-americanos sobre a teoria da produção social e sua contextualização na definição da situação de saúde de populações, utilizando de forma inovadora os aportes do pensamento estratégico e do enfoque situacional para pensar e agir sobre a realidade observada. Influenciaram fortemente as proposições de modelos inovadores de atenção à saúde no Brasil e se consolidaram por meio de experiências exitosas nos anos 90 (TEIXEIRA, 2001; SILVA JUNIOR, 2006).

Os DS absorvem as contribuições dos SILOS e acrescem elementos da geografia crítica, em especial as reflexões de Milton Santos, para delimitação de territórios, entendidos como recortes espaciais de caráter administrativo, epidemiológico, sanitário, social e cultura, no qual as práticas de saúde se desenvolvem (TEIXEIRA & SOLLA, 2006).

É nesse contexto que surge a noção de Vigilância da Saúde (VISAU), cunhada para identificar a forma específica de integração das práticas de saúde no território do DS, tendo como suporte teórico uma leitura crítica da História Natural das Doenças (HDN) de LEAVEL & CLARCK (1987) e sua atualização embasada por reflexões e estudos de AROUCA (1975); PAIM (1994); TEIXEIRA (2000), configurando um novo diagrama interpretativo das causas, danos e riscos que incidem sobre pessoas e coletivos, resultando em adoecimento, seqüelas e mortes, e das formas de intervir sobre eles.

**Figura 3 - Diagrama de Análise da VISAU**



Fonte: Paim, 1994

O modelo da vigilância da saúde apóia-se no conceito positivo de saúde, como qualidade de vida, trazendo em seu arcabouço teórico e operacional elementos importantes para a organização do SUS. Coloca-se para o campo da saúde coletiva com



dupla dimensão: uma técnica - novo modelo de atenção, voltado para a produção social da saúde, e, uma gerencial - nova organização do processo de trabalho, das práticas sanitárias no nível local.

Para tanto, articula conhecimentos das ciências sociais e humanas e das ciências da saúde, por entender que essa nova racionalidade deve ter por base o conceito de território advindo da geografia crítica (SANTOS, 1985, 1988, 1992, 1994, 1996, 1998); de problemas do Planejamento Estratégico Situacional (MATUS, 1993, 1996, 1997, 2005; TESTA, 1991, 1995); de necessidades (HELLER, 1985, 1986; ARENDT, 2007; STOTZ, E.N., 1991); da epidemiologia social (BREILH, 2001, 2006 ; CASTELLANO, 1991, 1996, 1998; SABROSA, 1992; DONANGELO, 1975, 1976 ; LAUREL, 1977, 1981, 1983)

Entendido como modelo de atenção a VISAU tem no território-processo (território em movimento, vivo) um dos seus pilares de sustentação, junto com os problemas de saúde e a intersectorialidade. A operacionalização desta proposta pressupõe:

“a valorização dos princípios de regionalização e hierarquização dos serviços, aplicados simultaneamente à delimitação de diversas ‘áreas’ (de abrangência/influência dos serviços, de acordo com sua capacidade operacional) e, além disso, a incorporação da idéia de ‘mapa de risco’, que fundamenta a delimitação de ‘microáreas’ (definidas em função do mosaico epidemiológico e das condições e modos de vida da população). A incorporação da noção de ‘problemas de saúde’ no processo de planejamento e programação das ações (...) permite a valorização de uma visão policêntrica e democrática na definição dos objetos de intervenção (...)” (TEIXEIRA & SOLLA, 2006:28).

Para consolidar o SUS e as propostas colocadas para mudança do modelo assistencial vigente, alguns instrumentos normativos foram sendo introduzidos com a finalidade de iniciar o processo de organização da atenção, atendendo aos princípios e diretrizes do SUS contidos na constituição e nas Leis Orgânicas (LOS) 8.080 e 8.142 de 1990, principalmente no que se refere à descentralização da gestão (municipalização) e dos serviços (regionalização e hierarquização).

Editadas nos anos 90 as Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS se constituíram em instrumentos de regulação do processo de descentralização, voltados para aspectos relacionados com a divisão de responsabilidades, a relações entre as esferas de gestão e

aos critérios de repasse de recursos federais para estados e municípios. Esses elementos são estratégicos para a implementação de políticas de abrangência nacional em um país, com desdobramentos singulares nos territórios dos Estados e dos Municípios, em função do desenho federativo em construção e do sistema tributário ainda relativamente centralizado (LEVCOVITZ et al, 2001; LUCCHESI, 1996).

As NOBs 01/91 e 01/92, embora voltadas para apoiar a descentralização e a fortalecer os mecanismos de transferência de recursos via pactuação, pouco contribuíram para definição da organização da rede de serviços e integração das ações nos diferentes níveis de complexidade do sistema alocados em diferentes territórios. Paradoxalmente, foram feitas muitas críticas ao caráter centralizador dessas normativas, que modificaram o mecanismo de transferência de recurso tradicional, para outro baseado na produção de procedimentos, colidindo com as diretrizes das LOS (LEVCOVITZ, 1997).

A NOB 01/93, ancorada nas resoluções da IX Conferência Nacional de Saúde de 1992, cujo tema central foi “Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho”, ampliou a participação dos governos municipais nas políticas de saúde, e deu início a articulação entre serviços e ações nos diferentes níveis do sistema, indicando novas estratégias para a descentralização:

“(...) o respeito à diversidade de realidades estaduais e municipais, com capacidades e vontades distintas de absorver as novas responsabilidades gerenciais e políticas; o cuidado de não desestruturar as práticas existentes antes que se instaurassem as novas, de modo a evitar rupturas bruscas no atendimento à população; o reconhecimento das relações de parceria como base para estruturação do sistema (LUCCHESI, 1996:116)”.

Em 1994, com a radicalização do processo de municipalização implanta-se o Programa Saúde da Família (PSF) em todo o país, que demarca, de forma incisiva, na política de saúde brasileira a incorporação da estratégia de atenção primária. O arcabouço doutrinário dos cuidados primários de saúde da conferência de Alma-Ata já havia influenciado, anteriormente, a formulação das políticas de saúde no Brasil nos anos 70, e seus princípios foram traduzidos no novo modelo de proteção social em saúde instituído com o SUS (ESCOREL et al, 2007:165).

Destaque-se que em nenhum momento no Brasil, foi colocada em prática uma política específica, em dimensão nacional, voltada para APS, embora tenha havido diferentes

experiência localizadas e implementadas de forma isolada em algumas regiões e estados brasileiros. Dessa forma o PSF se inicia com a perspectiva de cobrir e atender populações de áreas de maior risco social e ao poucos, dentro dos contextos locais em que se fortalece, adquire centralidade nacional.

A singularidade deste modelo está na definição de uma equipe mínima formada por diferentes profissionais com qualificações técnicas diversas (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) cujo processo de trabalho deve ser desenvolvido em territórios bem definidos – área de abrangência da equipe de saúde, micro-área do agente comunitário, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Com isso, deve se constituir como porta de entrada do sistema de saúde local e o primeiro nível de atenção articulado com outros de maior complexidade (BRASIL, 1994).

Os manuais e diretrizes do MS recomendam que cada equipe do PSF seja responsável por cerca de 600 a 1.000 famílias (2.400 a 4 500 habitantes). Deve estar apta a conhecer e construir vínculos com as famílias do seu território de abrangência, identificar potencialidades, situações de risco e vulnerabilidades existentes na comunidade, de modo a elaborar diagnósticos de situação de saúde e condições e vida. A compreensão dos problemas e das necessidades de saúde deve subsidiar à elaboração de um plano de intervenção com atividades voltadas para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença. Deve ainda desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (SCOREL et al, 2007:165).

É com a NOB-SUS/96 que se instituem de forma ampla as bases iniciais para uma política de atenção básica, firmadas a partir de algumas considerações fundamentais: consolidação do poder público municipal; definição de responsabilidade sanitária; reorganização do modelo assistencial; aumento na transferência direta de recursos; estabelecimento de vínculos entre o cidadão e o SUS, e fortalecimento a gestão compartilhada do SUS. Essa norma foi discutida e negociada por 12 meses junto ao Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), permitindo a participação de vários segmentos da sociedade, na perspectiva de se encontrar um consenso que atendesse a todos os níveis de gestão do SUS.

Uma de suas finalidades foi aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, entendendo que o município é de fato o “*responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenção saneadoras em seu território*” (BRASIL, 1996). Como estratégia principal para a reorganização do modelo de atenção propõe a ampliação de cobertura do Programa Saúde da Família<sup>34</sup> (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde<sup>35</sup> (PACS) por meio de incentivo financeiro pautado em critério populacional.

O principal avanço com a implementação da NOB 96 foi à adesão maciça do conjunto dos municípios brasileiros (99% dos 5.506), a uma das condições de gestão apresentada pela norma. A maioria aderiu à gestão Plena da Atenção Básica e cerca de 10% à Gestão Plena do Sistema Municipal (LEVCOVITZ et al, 2001). Isso significou uma mudança radical na gestão da saúde, pela inversão de poderes no planejamento e na definição de ações no âmbito local.

Esse fato e a própria Norma, embora criticados por alguns, que alegam a criação de milhares de ‘sistemas locais isolados’, possibilitou, por isso mesmo, organizar os serviços de saúde municipal levando em conta os usos do território pela população, favorecendo a um novo desenho territorial na gestão dos sistemas locais de saúde (MENDES, 1998; SILVA, 2001; GADELHA et al, 2009).

Com os avanços obtidos pelo intenso processo de descentralização, induzido pelas Normas Operacionais Básicas do SUS 01/93 e 01/96 milhares de gestores municipais emergiram como atores políticos afirmando sua responsabilidade sanitária e novos elementos foram agregados para o amadurecimento da reflexão sobre as especificidades do papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde.

Nesse cenário, sob a avaliação da dispersão dos sistemas municipais de saúde, a NOAS-SUS 01/01 é editada, como reconhecimento do papel fundamental da regionalização em

---

<sup>34</sup> O Programa Saúde da Família foi implantado em 1994 em alguns Estados e Municípios específicos. A partir de 1996 decidiu-se sua implementação em território nacional, com a finalidade de imprimir nova dinâmica aos serviços e ações de saúde, com integração e racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial, e impacto nos indicadores de saúde da população assistida (BRASIL, 1996).

<sup>35</sup> O programa de Agentes Comunitários de Saúde surge em 1991, caracterizado como APS seletiva, voltado para expansão de cobertura a populações localizadas em áreas de risco, endêmicas, do nordeste. Expande-se em seguida para norte e depois para todo o país, por ter sido uma experiência exitosa, principalmente por seu foco na família.

saúde para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção e a incorporação de outros atores institucionais nesse momento específico da implementação do SUS. A regionalização é ratificada na NOAS 01/02 em consequência do amadurecimento da discussão sobre o modelo de gestão do SUS e de pactuação entre o MS, as SES via CONASS e as SMS através do CONASSEMS.

Alega-se que a necessidade dessa Norma se deu após a identificação de entraves operacionais, relacionados ao comando único sobre os prestadores de serviços para assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais, bem como da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais. Para tanto, a NOAS 01/02 estabelece e descreve um conjunto condições para sua implementação:

“(...) 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 (...) instituir o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal”. (BRASIL,2001:9)

O PDR se coloca como possibilidade de conformar os “*sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde (p.9)*”; organizando os territórios estaduais em regiões, microregiões e módulos assistenciais, que compõem redes hierarquizadas de serviços; estabelecer mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais para assegurar a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. Assegura “*acesso dos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência; serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção para atender à referência intermunicipal (p.10)*”.

Para tanto define alguns conceitos-chaves para a organização da assistência no âmbito estadual, que se traduzem em recortes territoriais para organização da assistência:

- a) **região de saúde** - base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente corresponde à divisão administrativa do estado, a ser definida pela SES, considerando as características demográficas, socioeconômicas,

geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

b) **módulo Assistencial** – módulo territorial com resolubilidade correspondente a um conjunto mínimo de procedimento de média complexidade, constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação - conjunto de municípios, entre os quais um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou - município em Gestão Plena do Sistema Municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

c) **município-sede do módulo assistencial** (GPSM ou GPAB-A) – município de um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de média complexidade, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

d) **município-pólo** (GPSM ou GPAB-A) – município que, dentro da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

e) **unidade territorial de qualificação na assistência à saúde** – base territorial mínima a ser submetida à aprovação do MS e CIT para qualificação na assistência à saúde. Caracteriza-se como a menor base territorial de planejamento regionalizado com complexidade assistencial acima do módulo assistencial, conforme definido no PDR. Poderá ser uma microrregião ou uma região de saúde, de acordo com o desenho adotado pelo estado.

As divisões territoriais proposta no PDR, embora de caráter político-administrativo, evidenciam não só a possibilidade de ordenamento dos territórios do SUS, mas também cria estratégias de fortalecimento da gestão do SUS, no que tange à sua capacidade de

resolver problemas e atender às necessidades das populações que a eles estão adscritas. Permite, no discurso, a articulação de uma rede de atenção solidária e compartilhada, na qual os entes federados se fortalecem e caminham, especificamente os municípios, na direção da auto-suficiência e da autonomia naquilo que lhe é de responsabilidade.

Se as NOAS 01/01 e 01/02 deram foco ao Estado na coordenação da regionalização da assistência, também agregaram elementos importantes àqueles editados na NOB/96, no que tange a pactuação intermunicipal, resgatando a antiga idéia contida na proposta dos distritos sanitários de consórcios municipais. Reforçaram a ABS como porta de entrada do sistema e o papel dos municípios e a responsabilidade neste nível de gestão, dada a sua capilaridade político-administrativa nas regiões e micro-regiões.

Como desdobramento desse movimento ampliado de regionalização/descentralização, com a Portaria MS/GM nº399 de 22/02/2006 são instituídas as Diretrizes do Pacto pela Saúde, um grande acordo entre os gestores do SUS, o qual agrega três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Esse instrumento gerencial se coloca como possibilidade de efetuar mudanças significativas para execução do SUS dentre as quais ressalta a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais, e a unificação dos vários pactos hoje existentes (BRASIL, 2006, p.4). Fica explícito no discurso oficial:

“(...) o compromisso com um conjunto de princípios que guardam coerência com a capacidade operativa dos entes federados implicados; respeita as diferenças loco-regionais<sup>36</sup>; agrega os pactos anteriormente existentes; reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional; fortalece os espaços e mecanismos de controle social; qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde; redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (BRASIL, 2006:5)”.

---

<sup>36</sup> A partir deste documento foi cunhado o termo “loco-regional”, para o qual se supõe referir as dimensões locais e regionais. Do ponto de vista da compreensão do território como produção social, cria-se uma dificuldade teórica e operacional, dado que o regional não é a soma de vários locais, existem singularidades em ambas escalas relacionadas às relações de poder, aos limites, às necessidades e aos problemas de saúde, as quais, em alguns aspectos, não podem ser lidas como iguais. Portanto, neste estudo entende-se a expressão como significante da relação política-institucional que consolida o regional e o local para fins administrativos e gerenciais.

A Política Nacional de Atenção Básica é instituída pela Portaria MS/GM nº648 de 28/04 junto com as Diretrizes do Pacto, dirigida a estabelecer a revisão das diretrizes e normas para a organização da AB para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Caracteriza a AB como um *“conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (p.10)”*.

Devem ser desenvolvidas por meio de práticas sanitárias e gerenciais democráticas e participativas, por meio do trabalho equipe junto à população *“de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território (p.10)”*, de modo a resolver problemas de maior frequência e relevância em seu território.

O movimento e a formulação das políticas de saúde ao longo do período 1986-2006 evidenciam diferentes concepções de território e variadas apropriações em sua operacionalização. Percebe-se desde o início dos anos 80, com a abertura política e a luta por liberdade e a cidadania, uma preocupação com o “nível local” das práticas de saúde. Esse enfoque denota uma “vontade” de setores organizados da saúde e da população junto ao gestor federal, na direção da gestão descentralizada do sistema, até então centralizada e pouco efetiva, para dar respostas aos problemas e às necessidades de saúde das populações dos estados, dos municípios e dos múltiplos territórios que materializam a realidade de saúde do país.

## **2.5. Os sentidos do Território nas Políticas de Saúde e no SUS**

Ao se destacar os sentidos da categoria território no discurso do gestor federal, explicitam-se também o trajeto realizado na análise dos documentos, seguindo a descrição do que foi posto na metodologia, tanto no que tange a pesquisa documental quanto à análise de discurso.

Na pesquisa documental, foi possível realizar no corpus do material pesquisado, a forma como se deu a identificação dos documentos, suas finalidades, o contexto de sua formulação, os atores envolvidos e o lugar que ocupam, a autenticidade e a



representatividade no campo da saúde, seguindo rigorosamente as indicações desse tipo de delineamento.

Em relação à análise do discurso a pesquisadora usou de sua liberdade e de sua implicação, tanto na análise quanto na interpretação dos textos examinados, para desconstruir o método formal da análise lingüística do discurso, para recorrer, quando necessário, às categorias analíticas indicadas na AD – formação discursiva (FD), contexto de produção do discurso (CP), enunciados (E) e discurso (D), de modo a destacar nas formulações políticas analisadas as tensões entre os usos e os sentidos da categoria território.

Nesse sentido, optou-se por realizar nesta parte da tese - um novo texto com um novo discurso utilizando uma análise mais descritivo-interpretativa, situando os elementos de análise no interior de uma linguagem textual, ao invés de realizar uma partitura discursiva orientada por seqüências de (FD), (CP), (E) e (D). Isso porque, tanto nos autores estudados na metodologia quanto no corpus e no tema investigado, foi possível abrir a prerrogativa enunciativa de organizar o próprio discurso do investigador.

Vimos até o momento, na saúde coletiva e nas políticas de saúde, uma variedade de termos e usos da categoria ‘território’, inclusive seus heterônimos – espaço, lugar, região. Se por um lado a polissemia afere ao termo território, um sentido de ambigüidade e multiplicidade, por outro, propicia identificar nos discursos sobre os modelos de atenção, organização dos serviços e do cuidado em saúde, significados múltiplos que orientam as diferentes estratégias relacionadas a processos e práticas em saúde, resgatando-lhe o sentido de movimento, e imprimindo o sentido de multiteritorialidade<sup>37</sup>.

Identifica-se junto aos múltiplos sentidos do território, uma diversidade de conformações territoriais e populacionais que buscam qualificar os municípios brasileiros quanto ao seu porte e a sua capacidade gerencial, oferecendo outros elementos importantes para análise, possibilitando um confronto profícuo dos discursos e as tensões que eles enunciam na apropriação do termo.

---

<sup>37</sup> “(...) multiteritorialidade, no sentido de experimentar vários territórios ao mesmo tempo e de, a partir daí, formular uma territorialização efetivamente múltipla (Haesbaert, 2004:344).

Segundo NASCIMENTO (2007) é oportuno se conhecer os princípios que nortearam a organização das relações territoriais de poder no Brasil, apoiadas no desenho federativo, o qual influenciou de forma direta a definição das diretrizes e dos princípios que orientaram a organização do sistema de saúde na Constituição de 1988.

Portanto, frente ao quadro político e institucional configurado àquela época, democracia e descentralização política e territorial foram colocadas como princípios fundamentais da Carta Magna brasileira.

“Concentra-se aí o interesse em analisar a correlação entre os significados da descentralização em cada um dos sistemas – o da saúde e o das relações de poder, considerada fundamental para a compreensão das possibilidades e dos limites de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Haja vista que poucos estudos foram realizados abordando tal aspecto (Nascimento, 2007:87)”.

Nessa perspectiva, constata-se que o movimento de consolidação do SUS ocorre pela conjugação de diferentes modelos assistenciais e desenhos territoriais que expressam, em períodos diversos, a correlação de forças políticas nas formulações técnicas-políticas do campo da saúde, de modo a responder em cada contexto histórico, às necessidades e aos problemas de saúde; aos perfis de mortalidade e morbidade; a composição demográfica regional; ao crescimento populacional e a organização espacial dos lugares, e, ao mesmo tempo assegurar às populações de territórios específicos acesso universal e equânime aos serviços de saúde, humanizado e o mais próximo de cada cidadão, atendendo aos preceitos da descentralização e da integralidade da atenção.

No cenário das políticas de saúde verifica-se no discurso do gestor federal a ênfase e a importância referidas à definição de recortes territoriais como base para organização do sistema e das práticas de saúde. Identifica-se uma profusão de termos e expressões que aludem a diferentes usos do território, nos textos oficiais (NOB 91/93/96; NOAS/01/02; Diretrizes do Pacto pela Saúde, Política de Atenção Básica), corroborados por sua inserção nos discursos de artigos científicos, que se debruçam sobre os modelos de atenção, as políticas de saúde, a organização da gestão e das redes de serviços e cuidados à saúde.

Na maior parte dos textos oficiais analisados, o território é uma designação operacional, de cunho jurídico-político e administrativo, definido exclusivamente por critérios

populacionais, configurado para atender ao projeto do gestor federal em pactuações com instâncias representativas do setor saúde dos estados e municípios (CIT e CIB), para as quais delega sua operacionalização às esferas de gestão estadual e municipal.

Os sentidos que lhes são atribuídos revelam relações conflituosas entre as instâncias que efetuem no espaço a dominação-regulação-coerção *pari passu* aquelas que devem realizar a apropriação-resistência, definidas na lei n 8.142/1990 como participação e controle social da sociedade – espaços fundamentais para estruturação de formas de intervenção social (*habitus*) voltadas para a luta pelo direito a saúde, que é também a luta para transformar as condições injustas da existência humana.

Encontram-se sistematizados em um quadro resumo (Quadro 2), elementos importantes da análise realizada neste estudo sobre a categoria ‘território’, de modo a facilitar a compreensão sobre os recortes territoriais do sistema de saúde, aparentemente muito recentes, mas que ocupam há mais de 30 anos, não só o imaginário discursivo de gestores e pesquisadores dos campos da saúde e da geografia, mas sobretudo vem sendo operacionalizados em contextos particulares por quase 20 anos.

Nos contextos de produção dos discursos sobre o território, se explicitam seu(s) sentido(s) traduzindo-o(s) em escalas geográficas e arranjos assistenciais, compatíveis com as relações de poder estabelecidas entre as três instâncias de gestão do sistema de saúde. Destacam-se as formações discursivas de constituição do discurso sobre o território (e correlatos) nas quais se agregam e são correspondentes: uma concepção de saúde; um modelo de atenção ou assistencial; uma organização da rede serviços e os usos do território - sentidos e escalas. Foram demarcadas quatro formações discursivas:

- **No período 1960-1978**, o discurso é compatível com o contexto social, econômico e político brasileiro, com forte traço centralizador e autoritário, centrado no crescimento econômico do país, com uma concepção de saúde calcada no controle de doenças e espaços específicos para controle sanitário sobre os corpos em áreas urbana e rural. Sistema de saúde é marcado pela atenção individual curativa – medicina privada e previdenciária. O sentido do território é de espaço intervenção política do Estado - dominação-coerção. Serviços organizados em institutos, hospitais e postos de saúde rurais.
- **No período 1979-1987**, algumas características permanecem inalteradas em relação à concepção de saúde-doença, amplia-se o foco sobre a doença e doentes, com forte

medicalização da sociedade. No entanto o contexto sofre alterações importantes, com os movimentos contra-hegemônicos contra o regime autoritário militar, a configuração de uma forte crise econômica e fiscal, introdução e consolidação de outros modelos de atenção primária seletiva, estruturação das áreas de vigilância epidemiológica e sanitária. Embora com pouca mudança no quadro político-econômico, o espaço inicia a ter o sentido de território pela ação do Estado (dominação-coerção), mas também pela ação da sociedade civil no sentido de resistência-apropriação, com seu conteúdo social e cultural. Organização dos serviços de saúde centrada na estrutura dos Estados e algumas ações nos municípios.

- **No período 1988-2001**, há uma mudança radical na vida política brasileira – nova constituição federal, regime democrático, SUS. Também em relação à concepção do processo saúde-doença há uma ruptura epistemológica fundamental – mudança da visão de saúde de negativa para positiva, sinônimo de qualidade de vida; o modelo é o de produção social da saúde; introduzem-se os programas PACS e PSF, e ABS como um modelo de APS ampliada. O movimento dos Distritos Sanitários traz explicitado o papel e a força do território, agora mencionado no discurso do gestor federal, englobando tanto os conteúdos políticos do poder do Estado (dominação-regulação) como aqueles exercidos pela sociedade (resistência-apropriação), contemplando aspecto social, cultural e subjetivo no uso do território. Municipalização dos serviços, rede de atenção à saúde organizada seguindo a proposta da hierarquização, repasse de unidades do Estado para o Município.
- **No período 2002-2006**, ampliam-se os espaços democráticos na sociedade, quando em 2002 e 2006 o país elege um governo dos trabalhadores voltado para diminuir as desigualdades sociais e a aumentar os espaços do cidadão e da cidadania. Na saúde, seguem-se as orientações do período anterior, porém com a consolidação de algumas características centrais: concepção ampliada de saúde, voltada para os determinantes sociais da saúde (causas, riscos e danos); modelo de vigilância da saúde e outros modelos alternativos; ABS estruturante do modelo de atenção e o PSF como estratégia central; serviços organizados em territórios bem delimitados articulado à responsabilidade sanitária. Os sentidos e as escalas dos territórios na saúde são múltiplos, prevalece o papel político do Estado na função de dominação-regulação. A organização dos serviços de saúde se faz em redes de atenção e cuidados progressivos, sob a gestão do município, complementada por ações de coordenação dos Estados e União.

**QUADRO 2 – SÍNTESE DOS SENTIDOS E ESCALAS DO TERRITÓRIO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE - 1960-2006**

CARACTERÍSTICAS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	CONCEPÇÃO DE SAÚDE	MODELO DE ATENÇÃO	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	USOS DO TERRITÓRIO		
				SENTIDOS	ESCALA	
Sistema Previdenciário; Controle de doenças transmissíveis, Intervenções focais sobre doenças e ambientes específicos; Atenção individual curativa; Fortalecimento da medicina privada de grupo;	1960-1974	Biologicista, ausência na doença, teoria dos germes, modelo monocausal. Visão negativa.	Flexneriano, Sanitarista-campanhista; Atenção Primária Seletiva; Medicina comunitária; Atendimento de emergência.	Campanhas sanitárias; Ações de saneamento; Hospitais e Unidades Básicas de Saúde (centros e postos de saúde); Sanitaristas e agentes de saúde.	Jurídico-político de inspiração militar; Econômica; Dominação-regulação-repressão; Espaço de intervenção. População de risco.	País, Região, Estado, Área urbana e rural; Foco.
Sistema Nacional de Saúde + Assistência Previdenciária; Atenção individual curativa; Medicina simplificada, Programas e projeto de extensão de cobertura; Controle de endemias; Regionalização; Descentralização.	1975-1987	Biologicista, ausência de doença, foco na doença e no doente, medicalização, controle dos corpos, teoria dos germes, modelo multicausal. Visão negativa.	Flexneriano, Médico-assistencialista privatista + sanitarista-campanhista Atenção Primária Restrita, destinada a populações específicas; Vigilância epidemiológica e vigilância sanitária; Predomínio de tecnologias duras.	Assistência Médica Previdenciária + Medicina privada + Ações simplificadas de saúde pública; Definição de porta de entrada,; Racionalização técnica; Regionalização.	Jurídico-político Dominação-regulação-apropriação-resistência; Área de atuação; População adstrita; Área de abrangência; Proximidade com a população.	Estado, município, Área rural e urbana; Área adscrita; Distrito Sanitário; Moradia; Micro-área de risco; Quarteirão; Domicílio Sanitário; Área endêmica;
Sistema Único de Saúde: Universalização, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, municipalização; Distritalização	1988-2001	Concepção ampliada – moradia, alimentação, trabalho, atenção a saúde, lazer, etc. = qualidade de vida; Visão Positiva.	Produção Social; Atenção Primária Ampliada; Atenção Básica à Saúde; PSF e PACS; Vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental; Média e Alta complexidade; regulação; monitoramento e avaliação. Predomínio das tecnologias duras, leves.	Controle de riscos, causas e danos; Unidades Básicas de saúde; Hierarquização, Integralidade das ações;	Juídico-político; Cultural; Social; Subjetivo; Produção de saúde e doença; Apropriação-dominação-regulação; Local; Participação e controle social.	Estado; Município, Regionais de Saúde; Bairro; Residência da família; Área; Micro-área; Região.
Descentralização, Regionalização; Cuidado Integral; Vigilância em saúde; Coordenação; Acolhimento; Longitudinalidade; Vínculo; Promoção de Saúde; Cooperação e pactuação da gestão.	2002-2006	Concepção Ampliada: moradia, alimentação, trabalho, atenção a saúde, lazer, etc. Qualidade de vida; Determinantes sociais da saúde. Visão positiva.	Atenção Primária Ampliada =Atenção Básica e ESF estruturantes e porta de entrada; Vigilância em saúde = análise de situação de saúde + integração vigilâncias + identificação de riscos, vulnerabilidades e necessidades de saúde + intervenção sobre problemas	Base territorial; PDR- rede de atenção à saúde; Integralidade; Referência alta e médica complexidade; Cuidados progressivos à saúde; Programação, pactuação e solidária; Monitoramento e avaliação. Pacto loco-regional.	Social, cultural e histórico e subjetivo; Jurídico-político,; Produção social; Redes; Área de risco; Área vulnerabilidade; Espaço de troca; Espaço de conflito; Local-regional.	Município, Estado; Região de saúde; Módulo assistencial; Região, micro região de Saúde; Município pólo, Unidade territorial; Município-sede; Área da USF; Micro-área do ACS; Área de atuação do ACE. Residência da Família; Domicílio.

Percebem-se nos sentidos atribuídos ao território na periodização realizada (Quadro 2), um processo de aproximações sucessivas, entre os usos da categoria no discurso do gestor federal e as formas de sua operacionalização no campo da saúde, correspondendo a mudanças significativas tanto na política quanto nos contextos onde são formuladas.

Os sentidos se configuram como signos de um determinado tempo histórico e denotam as acumulações que os atores sociais - Estado e Sociedade -, constroem no processo de produção social: na esfera das regras básicas; no domínio de recursos cognitivos, científicos e tecnológicos; na correlação de forças (poder) no jogo social; nas formas de organização da sociedade, e na esfera da vida cotidiana – dos fatos, produzindo os lugares onde se materializam ‘intencionalidade’ na política e nas práticas sanitárias.

Para melhor entender a polifonia de sentidos que assume o território no processo de constituição do SUS, buscou-se na produção recente no campo geografia, abordagens e reflexões epistemológicas, que trazem com especificidade, contribuições sobre os conteúdos do território, demonstrando que estes, também sofreram inflexões importantes durante a constituição deste campo como disciplina. São interpretações sobre o conceito, realizadas por autores reconhecidos em seus campos de conhecimento, e que também trazem: uma visão de mundo, um significado, uma ideologia e uma disputa de hegemonia.

Tomou-se a sistematização que HAESBAERT (2007: 42-98) efetua sobre os conteúdos do território, a qual contribui sobremaneira para a análise dos períodos delimitados. Recorrendo a polissemia do termo, este autor assevera que dependendo da concepção de território, os significados atribuídos a outros processos territoriais também mudam. Para melhor compreensão os discursos que situam o território em cada concepção, o autor oferece uma interpretação sobre as diferentes posições teóricas que transversalizam o sentido do termo, interligando-as mediante similaridades e afastando-as quando apresentam diferenças marcantes.

1. As perspectivas materialistas: entendem o território como uma realidade concreta, de caráter ontológico, e não apenas como mero instrumento de análise epistemológica - recurso conceitual formulado e utilizado por pesquisadores para significar, na maioria das vezes, a realidade físico-material, ou realidade ideal no sentido simbólico. Nesta perspectiva têm-se dois extremos:

- a) A naturalista - vê o território a partir da dinâmica, homem-natureza, como territorialidade instruída pelas correntes etológica e ecológica. Ou seja, conceitualmente o situa como um híbrido, sociedade-natureza;
  - b) A social - de inspiração marxista, considera a base material da sociedade como central para compreensão da produção e reprodução da vida humana, e o território como o locus onde se realizam as relações sociais de produção.
2. As perspectivas de base econômica: optam pela radicalização da análise da base material da sociedade:
- a) A naturalista - amplia o foco das ciências sociais para outras esferas das ciências políticas à antropologia, o território como fonte de recurso;
  - b) A marxista – identifica que o uso ‘econômico’ é o definidor por excelência do território. Essa corrente é defendida pelo geógrafo brasileiro Milton Santos, o território como totalidade – espaço geográfico.
  - c) A jurídica-política - de tradição geográfica, utiliza nas análises sobre questões econômico-políticas o conceito de região e nas representações culturais o conceito de paisagem. No primeiro, a base é a geografia política e os fundamentos materiais do Estado – o espaço como domínio de um grupo humano e o controle político de certo âmbito espacial, jurídico, político, administrativo. Na segunda, é a geografia cultural, privilegiando a dimensão simbólica do espaço e o lugar como expressão da construção de identidades, relações espaciais afetivas – do movimento (enraizamento, fixação, estabilidade e os seus contrários).
3. A perspectiva idealista: toma o território em seus ‘poderes invisíveis’, de apropriação simbólica, como signo a partir dos códigos culturais nos quais se inscreve. Ou seja, o território culturalizado, sistematizado. Essa perspectiva se assemelha à geografia cultural, mas difere em seus conceitos e operacionalização. Aqui a territorialidade é vista como dimensão simbólica do território, e não apenas como designação de qualidade.
4. A perspectiva relacional: entende o território a partir de uma abordagem relacional do espaço, um conjunto de relações sócio-históricas ou constituídas por relações de poder. Um campo de forças, e não somente um substrato. Uma complexa relação entre processos sociais e os espaços materiais, que inclui também movimento e fluidez.

5. A perspectiva Integradora: parte da razão de que o território não pode ser visto exclusivamente, por uma dimensão política, ou cultural, ou natural, ou econômica. Propõe uma abordagem que articule as diferentes dimensões sociais, incluída a própria natureza. Entendo o território se não como ‘totalidade’ pelo menos de forma articulada no nível individual e coletivo. Para dar conta da amplitude dessa acepção existem três desdobramentos:

- a) A mais tradicional situa o território como uma área onde se manifestam relações de poder, relativamente homogêneas, cujas formas de territorialização são fundamentais tanto para usufruto dos recursos que ele encerra, quanto para controle dos fluxos (pessoas, bens, serviços);
- b) A mais flexível toma o território como rede (territórios-redes<sup>38</sup>), estruturado por diferentes movimentos e interconexões (inclusive em escalas diferentes), um conjunto de lugares descontínuos, hierarquizados e conectados em uma rede de itinerários, expressão de experiência de tempo-espaço;
- c) A mais integradora, histórico-social, inclui a duas anteriores, onde o território é multiescalar e múltiplos territórios, mas também como um híbrido – entre o mundo material e o sensível, entre a natureza e a sociedade, em suas múltiplas determinações – social, cultural, econômica, política e subjetiva.

Essa sistematização ajuda a situar os sentidos do território no discurso do gestor federal da saúde nos períodos indicados e traz para este cenário, questões relacionadas ao exercício e uso do poder, como elemento central para se pensar as proposições de mudança de modelo de atenção, das práticas sanitárias e na reorganização da rede de atenção e de cuidados à saúde, a partir da delimitação de territórios-população.

Para FOUCAULT (1971, 1979) o poder não é uma realidade com natureza própria ou uma essência definida por características universais. Afirma não haver algo que seja universal e unitário que se possa chamar de poder, este se caracteriza de diferentes formas, é heterogêneo e em constante transformação. Portanto, não é um objeto natural ou uma coisa palpável, constitui-se como prática social, e como tal é historicamente determinado.

Este autor ao descentrar do Estado a condição única de poder, admite sua dispersão na sociedade, por meio de micro-poderes, assumindo formas mais localizadas e concretas, nas

---

<sup>38</sup> São muitas as concepções de rede e território-rede na geografia, sociologia e antropologia. Todas situam a modernidade e a pós-modernidade como marcos da velocidade e mobilidade como fatores que alteram a relação espaço-tempo, por conseguinte e as noções de território e rede. Mais detalhe ver: Haesbaert, 2007.



instituições e nas técnicas de dominação. Materializa-se na vida cotidiana das pessoas, nos corpos, e no corpo social. Suas análises indicam também a existência de poderes periféricos e moleculares que não foram absorvidos ou cooptados pelo aparelho de Estado. Portanto, são exercidos em níveis variados e em pontos diferentes da rede social e é neste complexo espaço-temporal que podem se situar integrados ou não ao Estado.

MACHADO (1979) acrescenta que o poder não se localiza em nenhum ponto específico da estrutura social,

“Funciona como uma rede de dispositivos ou mecanismos a que nada ou ninguém escapa, a que não existe exterior possível, limites ou fronteiras. (...) não existe de um lado os que têm o poder e de outro aqueles que se encontram dele alijados. Rigorosamente falando, ‘o poder’ não existe, mas sim práticas ou relações de poder. (...) É algo que se exerce, que se efetua, que funciona (...) como uma maquinaria, como uma máquina social. (...) A esse caráter do poder implica que, as próprias lutas contra seu exercício, não possam ser feitas de fora, de outro lugar, do exterior, pois nada está isento de poder” (p.XIV).

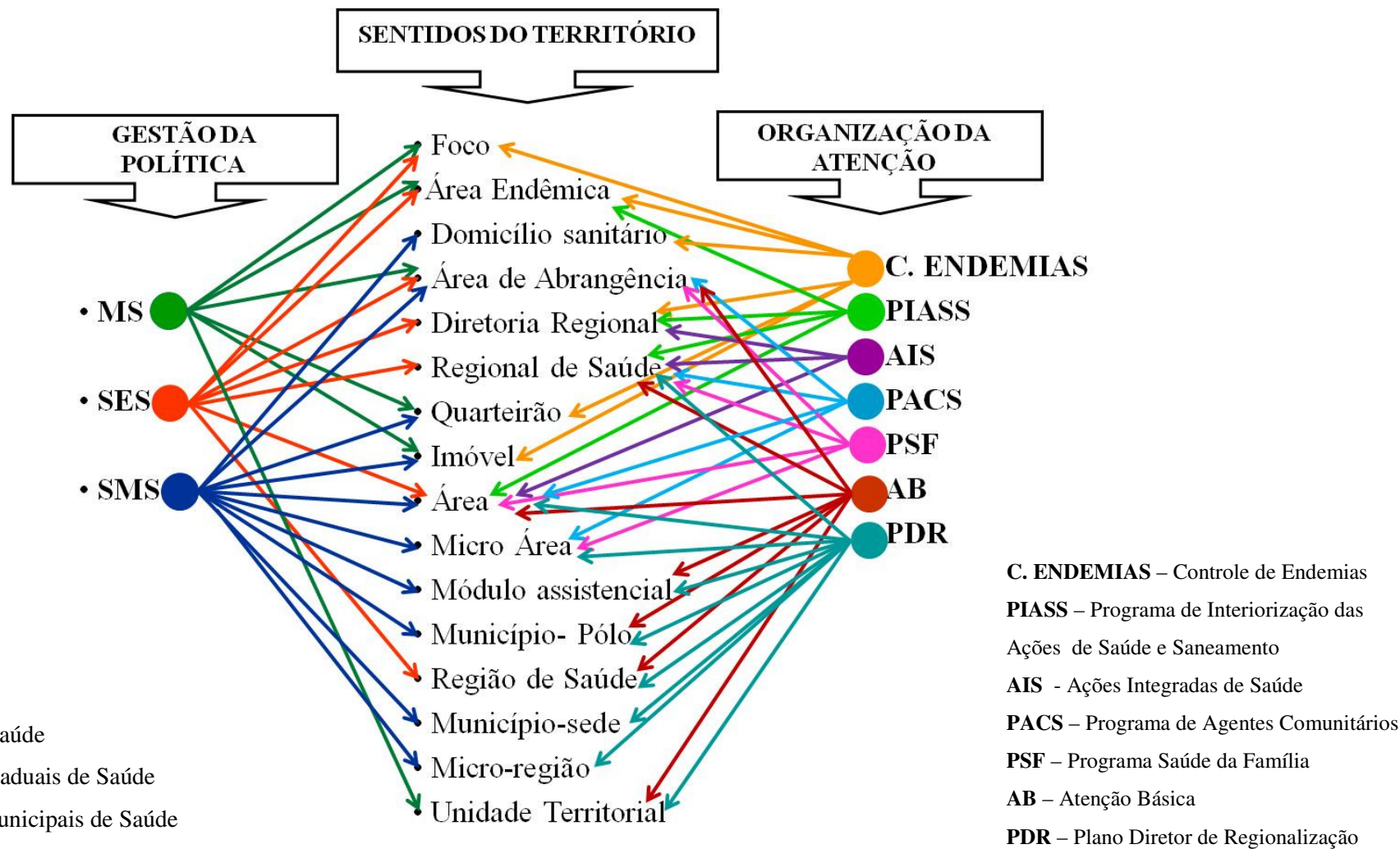
Nessa perspectiva, ao se analisar os discursos sobre o território, localiza-se também as diferentes formas do exercício do poder, por diferentes estruturas do Estado, mas também as possibilidades dos micro-poderes, de todo o corpo social, se manifestarem em oposição ou adesão àquele exercido pelas estruturas formais de regulação e controle.

Na Figura 6, estão representadas as três instâncias de poder do Estado (União, Estados e Municípios) que efetua a gestão da política de saúde, designadas pelo Ministério da Saúde (MS), as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), correlacionando-as aos sentidos que são atribuídos ao território, consoante aos usos que são determinados pela organização dos serviços de saúde nos períodos sistematizados.

Observa-se que nas propostas de organização da atenção - controle de endemias, Piass, Ais-, referidas a primeira periodização (1960-1975), o município tem pouco poder na gestão da política, exceto quando o sentido é a ‘área’, o ‘imóvel’ e o ‘quarteirão’ por serem recortes inespecíficos ou próprios do espaço local. Mesmo assim há, simultaneamente, a ação/gestão do Estado e da União sobre estes modelos de oferta de atenção.

Nos demais períodos, o município vai assumindo a centralidade da gestão, ampliando seu poder sobre o território da saúde nas propostas de organização da atenção que surgem após o ano de 1975, em especial, em relação ao PACS, PSF e ABS. Por outro lado, diminui a ação/gestão do Estado e da União sobre esses recortes de atenção, exceto no PDR.

**FIGURA 6 - Relações Territoriais de Poder na Organização da Atenção e os Sentidos do Território (1986-2006)**



Os múltiplos sentidos e usos do território são significados nas três esferas de poder do sistema de saúde, embora o sentido hegemônico seja, quase sempre, emitido pelo discurso do gestor federal (MS), ficando a fala dos demais agentes do espaço subsumidas ao poder central, embora o uso do território se dê nessas esferas subnacionais. Esse fato expõe a fragilidade das políticas de saúde, em operacionalizar o conceito de território em seus espaços de uso. Por outro lado, os textos oficiais trazem contradições entre o discurso e a prática ampliando os desentendimentos e as dificuldades.

“Qualquer que seja o acordo entre as direções nacionais, estadual e municipal do SUS (...), constatam-se constrangimentos para a viabilização de proposições políticas coerentes com o projeto da RSB. Embora esses obstáculos sejam de várias ordens, inclusive paradigmáticos e culturais, caberia registrar, (...) especialmente três: o financiamento do SUS, a capitalização da saúde e a ambigüidade dos textos legais” (PAIM, 1992:38).

Fica claro que a gestão municipal é aquela que se relaciona com a maior frequência nas propostas de organização da atenção. Mesmo nas formulados em períodos onde o poder do Estado, centrado na esfera federal, controla as práticas de saúde, cujos sentidos são domicílio sanitário, quarteirão e imóvel, relacionados ao controle de endemias. Depreende-se que a força do território e suas manifestações de poder se constroem nas relações sociais, e no caso da saúde, o município é essa expressão, podendo potencializar os demais micro-poderes que se distribuem no território, por meio de mecanismos que fortaleça a gestão local do SUS.

Com isso não se quer afirmar, que o poder local – municipal, é mais democrático do que o do Estado ou da União. PAIM (1991, 1992) nos alerta para não confundir descentralização e municipalização com mais democracia na saúde, fato que pode levar ‘a conseqüências não desejáveis’. O poder local pode ser tão despótico, como qualquer outro, e o poder dos Estados e da União não estão condenados, inexoravelmente, ao autoritarismo e a ditadura (1992:41). O que assegura a continuidade da política nas três esferas de gestão (poder) do SUS é a ampliação dos espaços de interlocução democrática, permitindo a inclusão de diferentes atores sociais.

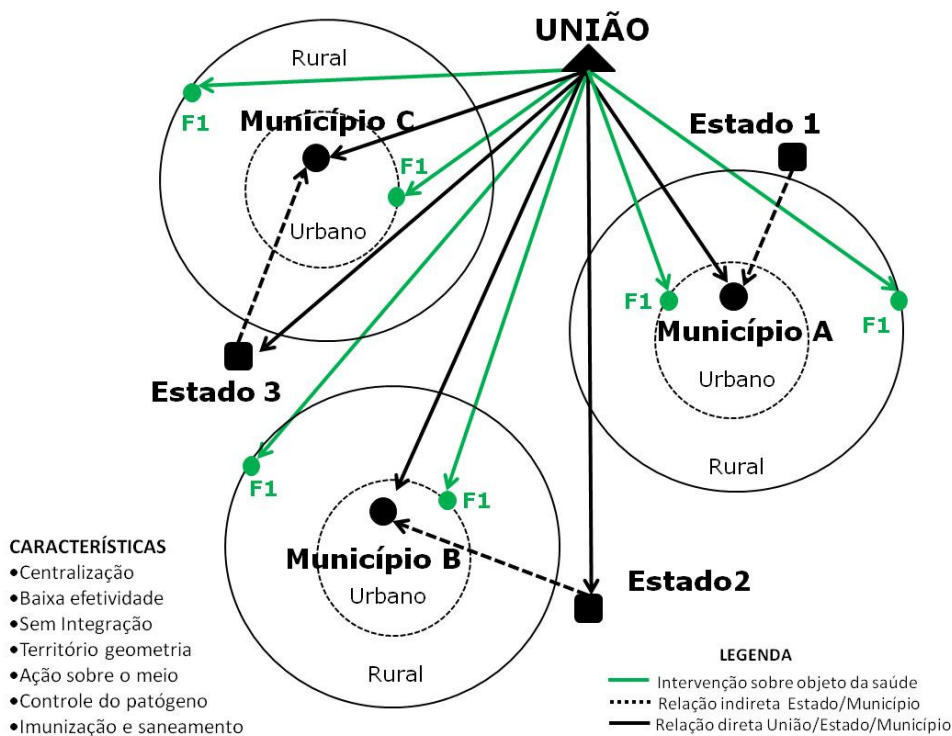
“É o desenvolvimento de uma cultura democrática e das suas instituições, bem como a conformação de canais eficazes de participação social e de instrumentos idôneos de ação política, plenamente utilizados no exercício da cidadania e da representação

dos distintos projetos sociais, que podem facilitar uma correlação de forças favorável à democracia e ao direito à saúde, seja no âmbito municipal, estadual ou federal “(PAIM, 1992:41-42).

Verifica-se nos discursos que as dificuldades encontradas no início dos anos 90 acerca da descentralização, na direção da municipalização dos serviços e das ações de saúde, diminuem em função da luta permanente das forças democráticas da saúde – gestores, profissionais, pesquisadores e usuários, no sentido de associar às formulações políticas mecanismos operacionais (financiamento, regulação, pactuação) que viabilizem a gestão da saúde em territórios, de modo a incorporar as diferentes dimensões que lhes são atribuídas, para fortalecer o poder local.

As figuras (3, 4, e 5) representam graficamente a evolução e o deslocamento das relações de poder no território, dado por mudanças de foco na gestão da saúde, na concepção do processo saúde-doença e no modelo de atenção. Verifica-se nitidamente a crescente descentralização em direção ao município, indicando também, maior apropriação do território e das práticas de saúde pelo poder local – o município.

**Figura 3 - Modelo Campanhista – Gestão Federal – Foco**



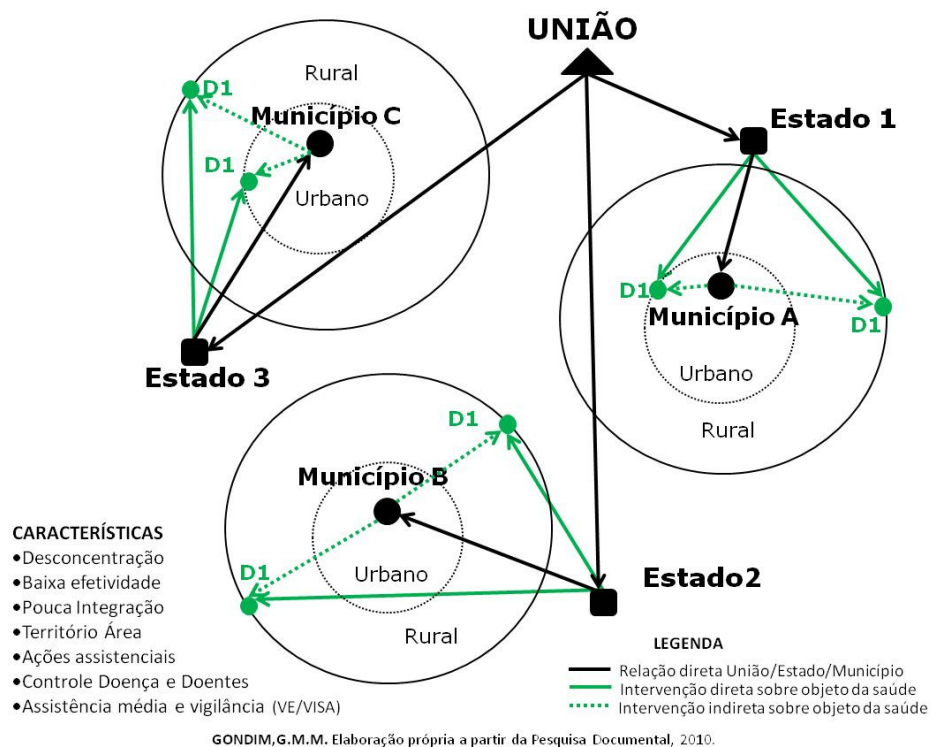
GONDIM, G.M.M. Elaboração própria a partir da Pesquisa Documental, 2010.

A Figura 3 representa o modelo campanhista, com ações centralizadas (imunização e saneamento), de baixa efetividade, desenvolvidas pela instância Federal (União), que

detém o poder de intervir sobre o objeto da saúde (o foco – F1) no ‘espaço geometria’ (urbano e rural). Essa racionalidade utiliza o modelo da HND para pensar a saúde e a doença. A intervenção é direta do nível federal sobre o estado e o município, não há interação. O Estado se comunica indiretamente com o município, sem nenhuma coordenação entre eles. A União é quem determina a ação – são as verticalidades que predominam no território.

Na Figura 4, está representado o modelo médico hegemônico, ainda com poder das decisões centralizado no nível Federal, mas com desconcentração para a esfera estadual. O Estado assume a execução de algumas ações sobre o objeto da saúde – a doença e doentes (D1) e intervém sobre um conjunto de municípios – ‘o espaço região’. Estes têm pouca autonomia de gestão em relação ao desenvolvimento de ações, realizando ações indiretas e pouco efetivas. Predominam as verticalidades, embora na organização da rede de atenção nas esferas do Estado (maior complexidade) e do Município (menor complexidade) se inicie um tênue movimento de relações horizontais no interior de cada um isoladamente.

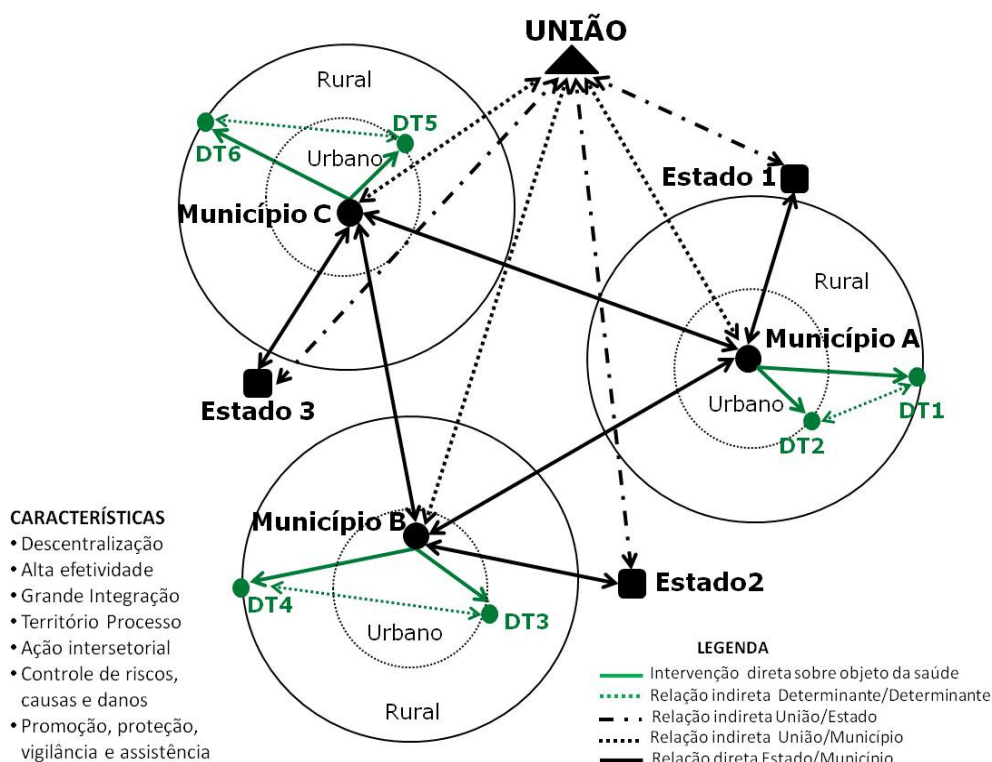
**Figura 4 - Modelo Médico-Curativo – Gestão Estadual – Doença**



A Figura 5 mostra o modelo de vigilância da saúde, apoiado na determinação social do processo saúde-doença-cuidado; as ações são descentralizadas para intervir sobre

causas, riscos e danos (DT1, DT...n) em um ‘espaço-lugar’, possibilitando maior resolutividade dos problemas e mais efetividade das intervenções. A gestão é pactuada e cooperativa, no entanto é o município quem protagoniza a produção do espaço da saúde articulando o poder local distribuído no território-processo. Há maior interação entre os três entes federados, na compreensão dos determinantes da saúde-doença-cuidado e dos agentes que usam o território. Há uma combinação lógica entre verticalidades e horizontalidades, compatíveis com o movimento dialético entre descentralização/centralização, no campo da formulação e da operacionalização de políticas públicas.

**Figura 5 - Modelo Vigilância – Gestão Município - Determinantes**



GONDIM, G.M.M. Elaboração própria a partir da Pesquisa Documental, 2010.

Nas figuras (3, 4 e 5) está representada a trajetória do processo de descentralização, a correlação de forças entre os três entes federados e a relação entre verticalidades e horizontalidades no território. Não foi possível representar nesses esquemas gráficos a ação (o poder) da população no interior desse processo, pela pouca informação e clareza que se tem, no campo da saúde, sobre a importância das relações territorializadas na formulação das políticas públicas de modo a assegurar legitimidade para sua implementação e efetividade em sua execução.

Quando se menciona políticas públicas ‘territorializadas’ significa incluir na formulação e gestão atores locais, também ‘agentes do espaço’ (CASTELLS, 1983). Não só aqueles representativos das instâncias municipais por meio de mecanismos legais de controle social (lei nº 8.142/90), mas lideranças locais, movimentos sociais e população, para discutir as propostas e pautá-las no conhecimento e dinâmica dos territórios, em um jogo ascendente de negociação e pactuação.

## **CAPÍTULO 3: OS TERRITÓRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA - A FRAGILIDADE DA POLÍTICA E A FORÇA DO TERRITÓRIO**

### **3.1. Primeiros Recortes Territoriais**

Há controvérsias sobre a autoria das primeiras propostas de recortes territoriais definidas pelo Estado no campo da saúde para organizar a rede de atenção e cuidado. Alguns atribuem a Bertrand Dawson, médico inglês que em 1920 emite o Informe ‘*El futuro de los servicios médicos y afines*’<sup>39</sup>, denominado de Relatório Dawson, onde expõe uma série de elementos relacionados tanto a prática médica quanto ao acesso aos serviços de saúde, que vão orientar na Inglaterra a organização das ações e das unidades de ‘tratamento’ a partir de algumas considerações:

“(…) A disponibilidade geral dos serviços de médicos só pode ser assegurada por intermédio de uma organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade. Tal organização é indispensável por razões de eficiência e custo, como também para o benefício do público e da profissão médica. Com a ampliação do saber, as medidas necessárias para resolver os problemas de saúde e doença ficam mais complexas, reduzindo assim o âmbito da ação individual e exigindo em troca esforços combinados. À medida que aumentam a complexidade e o custo do tratamento, diminui o número de pessoas que podem pagar toda a gama de serviços (...)” (DAWSON, 1920 Apud SILVA JUNIOR, 2006:54).

No discurso inglês de 1920, atribui-se ao Estado o papel de prover e regular a atenção médica desenvolvida por médicos generalistas, sem separação das ações preventivas das curativas, deslocando o foco dos indivíduos para o coletivo. Por outro lado, verifica-se também a preocupação com os custos e a complexidade dos procedimentos para atender as necessidades cada vez maiores da população, exigindo do Estado uma nova racionalidade gerencial e organizativa: uma estratégia de regionalização por níveis de complexidade da atenção médica, e a localização de unidades por porte de população.

“Os serviços para as famílias de uma região específica devem possuir como base um centro primário de saúde, ou seja, um estabelecimento que ofereça os serviços de medicina curativa e preventiva e que esteja a cargo de médicos generalistas, junto com um serviço de enfermagem eficiente, e que tenha a colaboração de consultores e especialistas

---

<sup>39</sup> DAWSON, B. Informe sobre El futuro de los servicios médicos y afines 1920. Publ. Cien., Nº 93, Washington D.C.: Pan-American Health Organization, 1964.



visitantes. Os centros de saúde serão de diferentes tamanhos e níveis de complexidade de acordo com as condições locais ou quanto à sua localização na cidade ou áreas rurais”.

O arranjo espacial proposto pelo Relatório Dawson pode ser comparado com o primeiro momento do desenho regionalizado do sistema de saúde brasileiro, por suas semelhanças e pontos comuns – na organização e gestão da rede de saúde, e, na composição das equipes e na integração das ações, inclusive com desdobramentos em experiências assistenciais voltadas para atenção às famílias<sup>40</sup>.

A ‘regionalização incipiente’<sup>41</sup> pautava-se nas diretivas do Plano CONASP, em parâmetros de cobertura assistenciais indicados na Portaria MPAS 3046/82 e para a organização da rede de serviços de saúde na Portaria MS nº 400/77, ambas implementadas com ênfase pelo SUDS e no processo de distritalização na saúde (MENDES, 1993).

No nordeste, esse movimento ocorre *pari passu* com as propostas de APS seletiva - ampliação do PIASS e implantação do PAIS, com a chancela financeira do Programa de Desenvolvimento da Região Nordeste – Projeto Nordeste, criado por decreto federal<sup>42</sup>, com o objetivo de promover o desenvolvimento econômico e social da região, nas áreas da Saúde, Educação, Agricultura e Meio Ambiente (MS, 1996)

“(…) o Projeto Nordeste foi instituído por Portaria Ministerial<sup>43</sup>, e desenvolvido através dos Acordos de Empréstimo 2699-BR e 3135-BR. (...) Projeto Nordeste I (PNE I) e o Projeto Nordeste II (PNE II). Os Acordos, firmados entre (...) a Brasil e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento - BIRD, tinham como objetivo o reordenamento das ações básicas de saúde na região Nordeste, a partir da identificação das necessidades locais e, como estratégia, o redirecionamento do processo de desenvolvimento da região, onde se observava um quadro de pobreza absoluta e nítida desigualdade em relação às outras regiões brasileiras” (IGNARRA et al, 1998).

---

<sup>40</sup> A pesquisadora participou em 1983 da implantação em Natal/RN, do Projeto Piloto Médico de Família (MF) baseado na experiência Cubana. As equipes e o processo de trabalho eram diferenciados daqueles dos demais serviços de saúde da rede. O MF era alocado em bairros de alta vulnerabilidade social, com adscrição de clientela, infra-estrutura adequada e remuneração diferenciada da equipe para cumprir metas do Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher e da Criança – PAISMC. Experiências semelhantes foram feitas em outros Estados do país.

<sup>41</sup> Grifo nosso – refere-se aos primeiros movimentos de regionalização sem que houvesse definição normativa sobre como fazê-la, por parte do gestor federal.

<sup>42</sup> Diário Oficial da União de 02.04.85, decreto nº 91.178, de 01 de abril de 1985.

<sup>43</sup> Diário Oficial da União de 18.04.88, portaria nº. 09 de 14 de abril de 1988.

Cabe recordar, que se vivia no Brasil a agudização da crise fiscal e financeira que atravessava o país decorrente do desenvolvimentismo dos anos 70, associada ao processo ascendente de inflação, a qual impedia qualquer geração de poupança interna que permitisse a realização de investimentos capazes de atender quantitativa e qualitativamente as demandas da população quanto à provisão dos serviços essenciais.

Nesse momento, era preciso seguir as orientações do BIRD, propor uma racionalidade gerencial e operativa para superar a crise e imprimir aos Estados, maior autonomia para articular os municípios e chegar mais perto dos problemas e necessidades dos cidadãos, por meio de um arranjo territorial, descentralizado, regionalizado e hierarquizado (ROCHA, 1997; BRASIL, 1996; LEAL, 1999).

Nessa perspectiva, a organização da rede de serviços deveria obedecer a um desenho também racionalizador sob a coordenação do gestor Estadual orientado por normas federais do MPAS e do MS e fortemente influenciado por orientações do BIRD. O discurso que sustenta essa proposta tem como objetivos: possibilitar o acesso a um ‘pacote de serviços básicos’, expandir a rede de unidades de saúde em áreas selecionadas e, fortalecer as SES e o MS para desempenharem função de planejamento estratégico, administração e apoio logístico (LEAL, 1999).

Mesmo com a centralização normativa pelas SES e o MS, a hierarquização cria uma interdependência entre os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), para cumprir o objetivo de melhoria do acesso aos serviços básicos de saúde e a eficiência dos mesmos em cada uma das áreas de acordo com o porte populacional. No entanto, os recortes territoriais são meras funcionalidades, para atender com oferta de serviços, ao perfil epidemiológico das populações, restringindo às intervenções em saúde a racionalidade médica e epidemiológica.

Cada Estado organiza sua rede de acordo com a distribuição e dispersão da população (urbana e rural) no território. Em cada subconjunto (populacional e espacial) se alocam unidades de saúde, de portes diferentes, verificando a acessibilidade da população aos serviços ofertados. Na Tabela 1 vê-se a descrição e parametrização para os EAS: tamanho da população; porte de unidade; ações desenvolvidas; articulação com outras unidades da rede de serviços básicos e localização geográfica – o território de responsabilidade.