

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

Cátia Cristina Modesto

**A PERSPECTIVA TERRITORIAL IDENTIFICADA NA POLÍTICA NACIONAL DE
SAÚDE**

**Juiz de Fora
2017**

Cátia Cristina Modesto

**A PERSPECTIVA TERRITORIAL IDENTIFICADA NA POLÍTICA NACIONAL DE
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social. Área de concentração: Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marina Barbosa Pinto.

**Juiz de Fora
2017**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Modesto, Cátia Cristina.

A PERSPECTIVA TERRITORIAL IDENTIFICADA NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE / Cátia Cristina Modesto. -- 2017.

129 p.

Orientadora: Marina Barbosa Pinto

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós Graduação em Serviço Social, 2017.

1. Descentralização. 2. Espaço. 3. Política Nacional de Saúde. 4. Regionalização. 5. Território. I. Pinto, Marina Barbosa, orient. II. Título.

Cátia Cristina Modesto

**A PERSPECTIVA TERRITORIAL IDENTIFICADA NA POLÍTICA NACIONAL DE
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social. Área de concentração: Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social.

Aprovada em (dia) de (mês) de (ano)

BANCA EXAMINADORA

Dra. Marina Barbosa Pinto - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dra. Maria Aparecida Tardin Cassab
Professora Aposentada da Universidade Federal de Juiz de Fora

Dra. Sabrina Pereira Paiva
Universidade Federal de Juiz de Fora

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por mais esta conquista em minha vida!

Agradeço aos meus pais pelo incentivo e por todo apoio. Com toda humildade me ensinaram o valor do conhecimento.

Agradeço ao meu amor, *Éverton*, pelo companheirismo, dedicação, compreensão e paciência.

Agradeço à Professora *Cida Cassab*, presente na banca de qualificação e de defesa, por suas contribuições e apontamentos, que foram fundamentais para a concretização deste trabalho.

Agradeço à Professora *Sabrina*, pelos ricos ensinamentos no estágio em docência e por aceitar participar da banca de defesa de minha dissertação.

Agradeço à Professora *Elizete Menegat*, que aceitou realizar o estudo individual comigo e, com toda paciência e sabedoria, debateu horas sobre “território”.

Agradeço à Professora *Lêda* pela contribuição na banca de qualificação.

Agradeço à minha turma de mestrado pelos ricos momentos de aprendizado. Em especial à *Dani*, *Pricilla* e *Érica* por me apoiarem e fornecerem uma palavra de conforto sempre que necessário.

Agradeço, em especial, à minha orientadora *Marina*, por compartilhar seus conhecimentos comigo. Sua dedicação, determinação, força e carinho foram fundamentais para a realização deste trabalho. Minha admiração por você é imensurável. Obrigada por ser este exemplo de mulher, mãe e mestra, obrigada por tudo!

“A luta de classe, hoje mais que nunca, se lê no espaço”.

(LEFEBVRE)

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo debater a apreensão territorial realizada pelo Estado na Política Nacional de Saúde. A defesa realizada neste trabalho é que o território físico e o espaço abstrato foram incorporados a Política Nacional de Saúde, e tem garantido a sobrevivência e dominação capitalista. O espaço social é entendido com base nos ensinamentos de Lefebvre, que ao assumir uma perspectiva crítica, defende o mesmo como elemento que constitui e é constituído pelas relações sociais de produção/dominação. Em contrapartida tem se o espaço abstrato, defendido e incorporado pelo capitalismo na Política Nacional de Saúde, sendo marcado pela tríade: fragmentação, homogeneização e hierarquização. O território é abordado a partir de autores críticos, que o entendem como vivido, que determina e é determinado pela ação humana. E como território físico/natural composto por um conjunto de elementos geofísicos. Esta abordagem do territorial de forma acrítica tem sido incorporada na Política Nacional de Saúde, por meio das diretrizes de descentralização e regionalização. O trabalho está dividido em três capítulos que debatem: o espaço abstrato e o território físico produzido pelo modo de produção capitalista; a incorporação das diretrizes de descentralização e regionalização ao longo da história dos serviços de saúde; e o recorte territorial e seus rebatimentos na Política Nacional de Saúde, a partir da análise das legislações dos três entes federativos.

Palavras-chave: Descentralização. Espaço. Política Nacional de Saúde. Regionalização. Território.

ABSTRACT

The objective of this paper is to discuss the territorial apprehension carried out by the State in the National Health Policy. The defense carried out in this work is that the physical territory and the abstract space have been incorporated into the National Health Policy and have guaranteed survival and domination capitalist. Social space is understood on the basis of the teachings of Lefebvre, who, taking a critical perspective, defend the same as an element that constitutes and is constituted by the social relations of production / domination. In contrast, the abstract space, defended and incorporated by capitalism in the National Health Policy, is marked by the triad: fragmentation, homogenization and hierarchy. The territory is approached from critical authors, who understand it as lived, that determines and is determined by human action. And as physical / natural territory composed of a set of geophysical elements. This uncritical territorial approach has been incorporated into the National Health Policy, through decentralization and regionalization guidelines. The work is divided into three chapters that debate: the abstract space and the physical territory produced by the capitalist mode of production; The incorporation of decentralization and regionalization guidelines throughout the history of health services; And the territorial cut and its refutations in the National Health Policy, based on the analysis of the legislations of the three federative entities.

Keywords: Decentralization. National Health Policy. Regionalization. Space. Territory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Abordagem Geográfica contida no PDR/MG.	87
Figura 2 - Abordagem Geográfica contida no Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora.....	87
Figura 3 - Exemplificação do recorte territorial em microrregiões no estado de Minas Gerais.....	96
Figura 4 - Nomenclaturas existentes no texto normativo para designar as várias formas de recorte territorial.	97
Figura 5 - A inserção de Juiz de Fora na microrregião.....	98
Figura 6 - O estado de Minas Gerais recortado em macrorregiões.....	98
Figura 7 - A inserção de Juiz de Fora em uma macrorregião.	99
Figura 8 - O município de Juiz de Fora recortado em regiões administrativas.....	100
Figura 9 - Base populacional para o recorte territorial da cidade de Juiz de Fora...	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Histórico de normatizações do SUS que consolidam a APS e a ESF, como elementos viabilizantes da descentralização e regionalização.....	75
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
ESF	Estratégia Saúde da Família
FGV	Fundação Getúlio Vargas
GPSE	Gestão Plena do Sistema Estadual
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MPC	Modo Capitalista de Produção
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PDAPS	Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde
PDR/MG	Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa Saúde da Família
SES	Secretaria Estadual de Saúde
Sesp	Serviço Especial de Saúde Pública
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SISPACTO	Sistema do Pacto pela Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	ESPAÇO E TERRITÓRIO: UM DEBATE NECESSÁRIO	14
2.1	O ESPAÇO NA SOCIEDADE CAPITALISTA	14
2.2	O TERRITÓRIO E SUAS DIVERSAS COMPREENSÕES	30
3	AS DIRETRIZES DE DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE	50
4	A ABORDAGEM TERRITORIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: O QUE DIZ AS NORMATIZAÇÕES	82
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
	REFERÊNCIAS	121

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo intitulado: “A perspectiva territorial identificada na Política Nacional de Saúde”, apresenta-se como um dos pré-requisitos necessários para a obtenção do título de mestre da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

O estudo encontra-se vinculado à linha de pesquisa “Política Social e Gestão Pública” e faz a seguinte defesa: O território estático e o espaço abstrato são incorporados à Política Nacional de Saúde, assegurando o poder do Estado e manutenção do modo de produção capitalista.

A inquietação e a necessidade de estudar o território na Política Nacional de Saúde teve origem durante a inserção da autora no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Hospital Universitário, vinculado à Universidade Federal de Juiz de Fora, entre os anos de 2013 a 2015.

Durante inserção no Programa, a equipe de saúde da qual fazia parte teve que territorializar a nova área de abrangência da Unidade de Saúde. No início, o processo foi designado como territorialização, porém, diante do que foi realizado, hoje se entende que essa ação realizou um “recorte da área de abrangência” e não a territorialização de fato.

A inquietação sobre o processo realizado se materializou no trabalho de conclusão da residência, denominado: “O Processo de Territorialização na Estratégia Saúde da Família: A experiência da UAPS de Parque Guarani”, orientado pela Prof.^a Dra. Lêda Maria Leal de Oliveira.

Nesse trabalho foi demonstrado como o município de Juiz de Fora se encontra recortado, no que se refere à oferta dos serviços de saúde. Em um segundo momento foi descrito como se deu o processo de “recorte da área de abrangência”, centrado fundamentalmente em duas ações: cadastrar toda a população residente no bairro e dividir o mesmo em áreas de atendimento a partir do número de moradores, essas reflexões se fazem presentes nesta dissertação.

Percebendo que esse processo não conduzia para um atendimento de acordo com a demanda de saúde da localidade, que não eram analisadas as reais necessidades daquela população, que não se promoveu a criação de vínculo entre a unidade de saúde e os sujeitos residentes no bairro, surgiram uma série de percepções e inquietações, que deságuam também neste trabalho.

Enquanto profissional da saúde, a percepção que se tinha e que hoje consegue-se entender e descrever, era que a equipe de saúde, ao seguir as determinações da gestão, atuava como “bandeirantes, que tinham a missão de desbravar um território, realizando assim expedições”, que tinha por objetivo, além de fornecer atendimento de saúde, ensinar a população sobre o funcionamento da unidade de saúde, promover a doutrinação e controle da mesma naquele território por meio da oferta de serviços que não se adequavam a necessidade daquela população, ou mesmo por meio do recorte territorial que fixava a população à uma área específica.

O recorte territorial, além de homogeneizar, retirando daquele território qualquer diferença que o distinguisse dos demais territórios de execução da Política de Saúde, promovia, ainda, a atribuição/generalização de uma nova identidade territorial por meio da fragmentação territorial, como por exemplo, área do tráfico, área da prostituição, rua sem saneamento básico, etc.

Tinha-se, assim, o território pacífico no qual o Estado determina a atuação profissional da equipe de saúde e, emaranhado a esse o território que se apresentava como algo que possui diferenças, que possui conteúdo humano, que possui cultura, pertencimento.

Com isso, pode-se afirmar que foi o descompasso entre o que está posto pelo Estado na Política Nacional de Saúde e o que se observava diariamente que conduziu a elaboração deste trabalho. Entender o território de forma crítica tornou-se uma necessidade central.

Essa necessidade central levou a elaboração da segunda parte do trabalho, que busca entender de forma crítica as categorias: espaço e território. Para isto, é realizado um debate dessas categorias inscritas no modo de produção capitalista, considerando a tríade: espaço-tempo-ser (SOJA, 1993).

De acordo com Lefebvre (2006), cada sociedade produz o seu espaço, assim, entender como o capitalismo produz seu espaço é central para analisar os reflexos deste no território e sua apreensão pela Política Nacional de Saúde.

Esse caminho leva o estudo para a sua terceira parte, que busca entender, ao longo da história do desenvolvimento das ações de saúde, como e em que bases as categorias descentralização e regionalização foram defendidas pelo Movimento de Reforma Sanitária e como as mesmas estão postas hoje, diante do processo de

reestruturação econômica e do neoliberalismo, que determina outro perfil da Política de Saúde.

A implantação de preceitos neoliberais nas normatizações da Política Nacional de Saúde é um dos pontos abordados na quarta parte, o objetivo é demonstrar, a partir das legislações dos três entes federativos, que a descentralização e a regionalização têm promovido a fragmentação territorial e a desresponsabilização do Estado, não permitindo a democratização da saúde.

Todo esse caminho percorrido demonstra que o Estado, ao elaborar as normatizações da Política Nacional de Saúde, incorpora intencionalmente o território estático e age de forma que o mesmo seja fragmentado, homogeneizado e hierarquizado, assegurando, dessa forma, os interesses capitalistas.

2 ESPAÇO E TERRITÓRIO: UM DEBATE NECESSÁRIO

“Contradições novas, as do espaço, surgem e se manifestam. O caos espacial, engendrado pelo capitalismo, apesar da potência e da racionalidade do Estado, não torna seu setor frágil, seu corpo vulnerável?”

(LEFEBVRE, 2006, p. 58)

2.1 O ESPAÇO NA SOCIEDADE CAPITALISTA

Para elaboração deste trabalho é necessário apreender como ocorre a produção e a reprodução das relações sociais na sociedade regida pelo modo de produção capitalista, com ênfase no imbricamento entre o espaço, o território e a Política de Saúde no Brasil. No estudo da conformação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, a identificação e análise da incorporação da categoria território, por essa política, será o objeto central.

Para tanto, será necessário entender as categorias território e espaço, inseridas no modo de produção capitalista a partir da dinâmica do real, reconhecendo a historicidade determinada pela ação dos sujeitos. O esforço será recuperar o movimento desse real e refletir sobre o mesmo, com base em uma construção teórico crítica.

As relações sociais possuem uma determinação espacial e histórica, ou seja, o espaço e o tempo são indissociáveis da práxis humana. Dessa maneira, entender o ordenamento das relações sociais pelo capitalismo requer uma análise da categoria espaço.

Para análise sobre a categoria espaço, a referência central será a reflexão do filósofo francês Henri Lefebvre (1901-1991). De acordo com o autor, cada modelo econômico determina a ocupação e a produção do espaço. Portanto, o mesmo se caracteriza por ser o lugar de reprodução das relações de produção na sociedade, caracterizado, a partir da concepção lefebvriana, como espaço social (LEFEBVRE, 2006).

O espaço social se distingue do “[...] espaço mental (definido pelos filósofos e pelos matemáticos), e do espaço físico (definido pelo prático-sensível e pela percepção da “natureza”) [...]”. (LEFEBVRE, 2006, p. 31). A especificidade que o

autor se refere é o caráter social do espaço; assim, o espaço social é o produto social, é o espaço das relações sociais. Para Lefebvre (2006), o modo de produção capitalista organiza/produz certas relações sociais em certo espaço e tempo.

A instauração do modo de produção capitalista tem como fundamentos a crise do feudalismo e o surgimento do comércio de caráter econômico mercantil. Esses elementos conformam o contexto histórico da Revolução Burguesa¹ que conduz a queda do regime feudal e a instauração de um novo modo de produção: o capitalista (NETTO; BRAZ, 2008).

A produção capitalista ocorre no cotidiano da vida dos homens, sua forma material (ação do homem sobre a natureza) só é possível diante da relação que os homens estabelecem entre si, diante da existência das relações sociais. Desse modo, de acordo com Lamamoto e Carvalho (2008, p. 17, grifo do autor), o modo de produção capitalista produz e reproduz relações sociais:

[...] o modo de produzir os meios de vida refere-se não só à reprodução física dos indivíduos, mas à *reprodução de determinado modo de vida*. A produção da própria vida no trabalho e da alheia na procriação dá-se numa dupla relação natural e social; social no sentido de que compreende a cooperação de muitos indivíduos. Portanto, determinado modo de produzir supõe, também, determinado modo de cooperação entre os agentes envolvidos, determinadas relações sociais estabelecidas no ato de produzir, as quais envolvem o cotidiano da vida em sociedade.

Ora, os autores acima citados evidenciam que a reprodução das relações sociais, marcada pela cooperação entre os sujeitos, no capitalismo assume uma forma distinta, atribuída pelo mesmo. Dessarte, a reprodução das relações sociais, em certo espaço e tempo, é determinada pelo modo de produção vigente: o capitalista.

Sobre as relações sociais de produção, Netto e Braz (2008) afirmam que o seu caráter e a sua especificidade no modo de produção capitalista são determinados pela propriedade dos meios de produção, que encerra a reprodução de relações sociais antagônicas, marcada, exclusivamente, por duas classes sociais: trabalhadora e burguesa, ou melhor, despossuídos e proprietários.

¹ A Revolução Burguesa se caracteriza por ser uma revolução social conduzida por comerciantes mercantis, que se constituem como classe social (burguesia) nos marcos da sociedade feudal. Entre os séculos XV e XVIII essa nova classe obtém a hegemonia político-cultural e inicia um combate direto com a classe feudal na busca pelo poder político. Esse enfrentamento culmina na Revolução Burguesa em 1789 (França), com a vitória da burguesia (NETTO; BRAZ, 2008).

[...] se a *propriedade dos meios de produção fundamentais é coletiva* (como na comunidade primitiva), tais relações são de cooperação e ajuda mútua, porque os produtos do trabalho são desfrutados coletivamente e nenhum membro do grupo humano se apropria do fruto do trabalho alheio; se tal propriedade é *privada, particular* (de um membro do grupo, de um conjunto de membros), as relações decorrentes são de antagonismo, posto que os proprietários dos meios de produção fundamentais apropriam-se dos frutos do trabalho dos produtores diretos [...] (NETTO; BRAZ, 2008, p. 59, grifo do autor).

O modo de produção capitalista define, portanto, o feitiço historicamente determinado dos homens se relacionarem entre si, visto que a realização da produção e reprodução da base material necessária à sobrevivência humana ocorre por meio da concretização das relações sociais de produção.

As relações sociais de produção, ao extrapolarem o campo de realização do trabalho, passam a se ocupar de todas as demais esferas da vida do sujeito, abarcando todo o espaço social.

A reprodução das relações sociais significa, portanto, a reprodução de um determinado modo de vida², que abrange a totalidade dessa em seu cotidiano, manifestando-se nas diversas esferas da vida do sujeito (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008).

O modo de produção capitalista é formado por elementos materiais e também sociais. Ou seja, o capitalismo norteia todas as atividades da vida do sujeito, a partir da determinação da produção e reprodução das relações sociais.

O espaço social é compreendido como as relações sociais de produção e reprodução que se espraiam por todas as esferas da vida do sujeito, dessa maneira, a determinação de tais relações pelo modo de produção capitalista é também a determinação do espaço. O capitalismo, ao necessitar do espaço, não se ocupa somente da dominação do trabalhador na esfera laboral, e sim da determinação de um modo de vida. Com isso, o ponto central do presente trabalho é entender como a compreensão do espaço e do território se apresenta na Política de Saúde.

² Sobre modo de vida Marx e Engels (1998, p. 11, grifo do autor) afirmam: “Não se deve considerar esse modo de produção sob esse único ponto de vista, ou seja, enquanto reprodução da existência física dos indivíduos. Ao contrário, ele representa, já, um modo determinado da atividade desses indivíduos, uma maneira determinada de manifestar sua vida, um *modo de vida* determinado. A maneira como os indivíduos manifestam sua vida reflete exatamente o que eles são. O que eles são coincide, pois, com sua produção, isto é, tanto com *o que* eles produzem quanto com a maneira *como* produzem. O que os indivíduos são depende, portanto, das condições materiais da sua produção.”

Sobre a determinação do capitalismo para além do espaço do trabalho, compreendendo o espaço social por meio das relações, Lefebvre (2006, p. 35) afirma:

O espaço social contém, ao lhe assinalar os lugares apropriados (mais ou menos), as relações sociais de reprodução, a saber, as relações bio-fisiológicas entre os sexos, as idades, com a organização específica da família – e as relações de produção, a saber, a divisão do trabalho e sua organização, portanto, as funções sociais hierarquizadas. Esses dois encadeamentos, produção e reprodução, não podem se separar: a divisão do trabalho repercute na família e aí se sustenta; inversamente, a organização familiar interfere na divisão do trabalho [...].

Ainda sobre a relação capitalismo e espaço, Lefebvre (2008) corrobora com o pensamento de Marx sobre a propriedade privada como fundamento do capitalismo. De acordo com o pensador francês, a burguesia possui um “duplo poder sobre o espaço”, o primeiro se materializa por meio da propriedade privada do solo, que se espalha por todo o espaço e o segundo por meio da globalidade que o autor define como o conhecimento, a estratégia e a ação do Estado.

Nesse plano, percebe-se que a burguesia, classe dominante, dispõe de um duplo poder sobre o espaço; primeiro, pela propriedade privada do solo, que se generaliza por todo o espaço, com exceção dos direitos das coletividades e do Estado. Em segundo lugar, pela globalidade, a saber, o conhecimento, a estratégia, a ação do próprio Estado. Existem conflitos inevitáveis entre esses dois aspectos, e notadamente entre o espaço abstrato (concebido ou conceitual, global e estratégico) e o espaço imediato, percebido, vivido, despedaçado e vendido. No plano institucional, essas contradições aparecem entre os planos gerais de ordenamento e os projetos parciais dos mercadores de espaço (LEFEBVRE, 2008, p. 57).

O aspecto de duplo poder sobre o espaço, abordado pelo autor francês, demarca as dimensões de poder de uma classe sobre a outra e de conflito contidas no espaço. Ambas as dimensões expressam o conflito entre as classes sociais, tendo em vista que o poder sobre o espaço pertence a classe dominante, que no modo de produção capitalista é a burguesia.

O conflito existente no espaço se relaciona à determinação das relações sociais de produção pelo capitalismo, haja vista que, para garantir a sua sobrevivência, o mesmo necessita de um espaço abstrato/alienado onde as relações de dominação determinam o modo de vida do sujeito. Tal formatação do espaço é conflitante com o espaço social, que é produto da ação humana, constituído por meio da forma dos homens se relacionarem entre si de forma livre e consciente.

Tomando como referência a propriedade privada, como fundamento do sistema capitalista, cabe ressaltar que a espoliação sofrida pela classe trabalhadora tem início com expropriação da propriedade privada, que se caracteriza por ser da terra e também dos meios de produção. Ou seja, no modo de produção capitalista a propriedade privada tem como traço histórico “[...] a expropriação que despoja grande massa da população de sua própria terra e de seus próprios meios de subsistência e instrumentos de trabalho [...]” (MARX, 2013, p. 1011). O sistema capitalista cria uma massa de trabalhadores formalmente livres, despossuídos e alienados. Destarte, o poder sobre o espaço obtido pela burguesia se relaciona diretamente com a condição “miserável” atribuída ao trabalhador.

Com a extinção das formas de trabalho individual e a estruturação de um trabalho cada vez mais coletivo, diante da propriedade da terra e dos meios de produção cada vez mais privados, o modo de produção capitalista passa a ter poder sob os sujeitos despossuídos, que têm sua força de trabalho explorada (MARX, 2013). Assim, a classe burguesa passa a ter o controle da terra, dos meios de produção, da classe trabalhadora e do espaço, onde as relações sociais de produção, determinadas por este contexto, são criadas, recriadas e, ao mesmo tempo, fazedoras do espaço.

Diante da constatação do controle do espaço pelo capitalismo, pode-se entender que para possuir e manter o poder sobre o espaço é necessário que a alienação, produzida e espraiada pelo modo de produção capitalista, esteja presente também no espaço, ou seja, para garantir sua dominação por meio do espaço, o capitalismo necessita do espaço abstrato, alienado, conceitual e desprovido de ação humana.

A alienação³ no trabalho tem como um dos elementos a separação do trabalhador do produto de seu trabalho. Retira do ser a sua condição de sujeito que

³ Toma-se como referência a definição de alienação com base em quatro aspectos: *Alienação, enquanto perda do objeto: o produto do trabalho do homem (objeto) se torna algo estranho a ele. O objeto se torna autônomo e exerce poder sobre o trabalhador; *Perda da natureza do trabalho: nesse aspecto Marx (2010) afirma que o trabalho é uma força criadora física e espiritual, mas na sociedade capitalista o trabalho “mortifica”, degrada o ser humano, se torna obrigatório. Assim, o homem ao estranhar a natureza do trabalho estranha também a sua atividade; *Perda do gênero humano: o gênero deve ser entendido como produção histórica do homem, o homem criando a si mesmo, porém no capitalismo o homem estranha sua “essência humana”; *Alienação do homem entre si: o homem não reconhece a si mesmo. Assim “cada homem considera, portanto, o outro segundo o critério e a relação na qual ele mesmo se encontra como trabalhador” (MARX, 2010, p. 86). A categoria alienação encontra-se inserida no debate, pois está vinculada a concepção de espaço assumida. Porém, tal categoria não será aprofundada nesse estudo, por que é necessário sedimentar outras

pensa e age para realizar algo que resulta em um produto. O trabalho e o trabalhador tornam-se mercadorias na sociabilidade determinada pelo capitalismo. Sobre a alienação do homem e perda do sentido do trabalho, Antunes (2009, p. 03) afirma:

Mas, se por um lado, podemos considerar o trabalho como um momento fundante da vida humana, ponto de partida no processo de humanização, por outro lado, a sociedade capitalista o transformou em trabalho assalariado, alienado, fetichizado. O que era uma finalidade central do ser social converte-se em meio de subsistência. A força de trabalho torna-se uma mercadoria, ainda que especial, cuja finalidade é criar novas mercadorias e valorizar o capital. Converte-se em meio e não primeira necessidade de realização humana.

O modo de produção capitalista, ao promover a alienação, retira do homem o conhecimento sobre o processo de produção dos bens materiais e meios necessários para produção. Dessa forma, no capitalismo o trabalhador torna-se uma mercadoria, regulada pela compra e venda da força de trabalho. Antunes (2009) afirma que, ao trabalhador se tornar uma mercadoria, ocorre o estranhamento do mesmo em relação a outros trabalhadores, a mercadoria produzida, o processo de trabalho e ao gênero humano.

[...] o trabalhador decai a uma mercadoria, torna-se um ser estranho, um meio da sua existência individual. O que deveria ser fonte de humanidade se converte desrealização do ser social, alienação e estranhamento dos homens e mulheres que trabalham. E esse processo de alienação do trabalho não se efetiva apenas no resultado na perda do objeto, do produto do trabalho, mas também o próprio ato de produção, resultado da atividade produtiva já alienada (ANTUNES, 2009, p. 03).

As relações sociais são impactadas pelo processo de alienação promovido pelo modo de produção capitalista, dado que as mesmas perdem seus traços históricos, livres, conscientes, criadores, afetivos, integradores, tornando-se, assim, elementos de poder, conformando as relações sociais de dominação (CARVALHO; NETTO, 2000).

Dessa maneira, o espaço abstrato é composto e compõe, ao mesmo tempo, as relações sociais de dominação produzidas pelo trabalho alienado. Com um

análises como, por exemplo: espaço; território; capitalismo; e Política Nacional de Saúde. Como no percurso deste estudo a alienação surge enquanto categoria que compõem a totalidade social, entender a relação entre capitalismo, espaço e alienação já se apresenta como desafio para estudos futuros.

processo de trabalho alienado, as relações sociais de produção tornam-se alienadas, que conforma também um espaço alienado. Ora, o que deve ser destacado com a frase aparentemente reduzida a uma compreensão mecanicista é que a alienação é detentora de poder e marcada pela luta de classes, visto que a alienação é um dos elementos que assegura o controle da classe burguesa sobre a classe trabalhadora:

[...] a alienação, entendida como expressão contraditória no capitalismo, como processo, é também expressão de luta e resistência. Como a "alienação é a produção do capital realizada pelo trabalho" ela deve ser entendida "como atividade, estando sempre em disputa. Em outras palavras, a alienação é a luta do capital para sobreviver, a luta do capital para subordinar o trabalho [...], é a luta incessante do capital pelo poder. A alienação não é um aspecto da luta de classes: ela é a luta do capital para existir". O processo de alienação é, portanto, vivenciado cotidianamente pelo trabalho e a desalienação é parte imprescindível deste processo [...] (HOLLOWAY, 1997 apud ANTUNES, 2006, p. 18).

Na sociedade capitalista, o espaço tem se mostrado como “instrumento político intencionalmente manipulado” (LEFEBVRE, 2008, p. 44), com isso, o espaço representa um poder que é atribuído de forma individual ou coletiva. Esse espaço instrumental/abstrato/alienado permite “tanto impor uma certa coesão (pela violência), quanto dissimular as contradições da realidade (sob uma aparente coerência racional e objetiva)” (LEFEBVRE, 2008, p. 45).

A afirmação acima revela que o espaço é fruto da prática social, ou seja, ele é um produto histórico de caráter material, político e ideológico. O espaço, na sociedade atual, se torna instrumental ao capitalismo, evidenciando que o mesmo não é neutro e pode ser ordenado pelo projeto burguês ou pelo projeto da classe trabalhadora. Logo, o espaço é elemento de disputa, de busca da hegemonia, ou seja, o espaço é político. De acordo com Lefebvre (2008, p. 61):

[...] ora, é evidente, agora, que o espaço é político. O espaço não é um objeto científico descartado pela ideologia ou pela política; ele sempre foi político e estratégico. Se esse espaço tem um aspecto neutro, indiferente em relação ao conteúdo, portanto “puramente” formal, abstrato de uma abstração racional, é precisamente porque ele já está ocupado, ordenado, já foi objeto de estratégias antigas [...]. O espaço é político e ideológico. É uma representação literalmente povoada de ideologia.

Abordar a categoria espaço sob a ótica do poder, de relações de poder, significa reconhecer que o espaço é constitutivo do capitalismo, sendo uma parte

que contém o todo. De acordo com Soja (1993), o espaço não é uma estrutura separada, descolada da realidade, que possui leis autônomas, “[...] nem tampouco é simplesmente uma expressão da estrutura de classes que emerge das relações sociais [...] de produção [...] representa, ao contrário, um componente dialeticamente definido das relações de produção gerais [...]” (SOJA, 1993, p. 99).

O que se pretende ressaltar é que o espaço no modelo capitalista é produzido e reproduz as relações sociais de produção. Com isso, o espaço no modo de produção capitalista se inscreve em uma totalidade e se torna parte da mesma, sendo mais um elemento que constitui e é, ao mesmo tempo, constituído pelo sistema.

No espaço social a produção e reprodução de tais relações se fazem e refazem. Para isso, Lefebvre afirma:

[...] o modo de produção capitalista deve defender num *front* muito mais amplo, mais diversificado e mais complexo, a saber: a re-produção das relações de produção não coincide mais com a reprodução dos meios de produção; ela se efetua através da cotidianidade, através dos lazeres e da cultura, através da escola e da universidade, através das extensões e proliferações da cidade antiga, ou seja, através do espaço inteiro (LEFEBVRE, 2008, p. 47-48, grifo do autor).

O espaço social promove a produção e a reprodução das relações sociais que são efetivadas através de um modo de vida estabelecido que se concretiza no cotidiano do sujeito.

Conforme Carvalho e Netto (2000), o cotidiano se apresenta em diversos formatos, como: elemento que expressa a rotina; espaço de alienação; espaço privado; elemento social que requer controle político e econômico; elemento da existência social que reúne categorias opostas (fictício/real, heterogêneo/homogêneo); e espaço de resistência e que detém o potencial para transformação. Diante de tantas formas de expressar o cotidiano, que abarca diversos elementos, o que sobressalta como um aspecto comum dessas definições é o fato das mesmas se referirem à vida do sujeito, à existência humana.

Analisar a categoria cotidiano significa reconhecer o banal e o elementar, “o miúdo da vida”, já que, de acordo com Lefebvre, pode-se afirmar que “o cotidiano está presente em todas as esferas de vida do indivíduo, seja no trabalho, na vida familiar, nas suas relações sociais, lazer, etc.” (LEFEBVRE, 1981 apud CARVALHO; NETTO, 2000, p. 24).

O cotidiano pode ser definido então como “[...] a vida de todos os dias e de todos os homens em qualquer época histórica que possamos analisar” (CARVALHO; NETTO, 2000, p. 24). O entendimento do cotidiano, enquanto ação dos homens todos os dias, expressa a reprodução dos homens de forma singular e revela a possibilidade da reprodução social (CARVALHO; NETTO, 2000).

O homem é um ser singular e também genérico, sendo que através do cotidiano ele “[...] se reproduz diretamente enquanto indivíduo e reproduz indiretamente a totalidade social” (CARVALHO; NETTO, 2000, p. 26). Entretanto, na vida cotidiana só é possível observar a forma singular do homem, isso se deve ao fato de o homem captar as relações sociais e reproduzi-las para garantir a sua sobrevivência. Sobre o ser genérico na vida cotidiana, esse é compreendido como “[...] co-participante do coletivo, da humanidade, se encontra em potência, nem sempre realizável” (CARVALHO; NETTO, 2000, p. 26).

O ser genérico, embora esteja presente na vida cotidiana, nem sempre pode se realizar, ou seja, se reconhecer como ser/raça humana inscrito em uma totalidade. Assumir que a vida cotidiana é o espaço onde ocorre a produção e reprodução das relações sociais, exige admitir também que a direção de tais relações dependerá da tomada ou não de consciência do ser humano sobre sua essência. Para além disso, significa reconhecer que para assumir a condição consciente de sua forma, enquanto ser genérico, o homem precisa romper com a alienação promovida pelo modo de produção capitalista (CARVALHO; NETTO, 2000).

As relações sociais de produção sofrem um processo de expropriação, dado que a cotidianidade (no modo de produção capitalista) retira as dimensões histórica, afetiva, criadora, para se tornar instrumento de dominação (CARVALHO; NETTO, 2000). A cotidianidade serve, então, como um instrumento para o capitalismo promover relações sociais alienadas que conformam um espaço alienado/abstrato, dominado pela estratégia ideológica burguesa.

O cotidiano promove, ainda, comportamentos, ações, sentimentos, desejos e necessidades que, na sociedade capitalista, tornam-se homogêneos, uniformes, padronizados e controlados. Os agentes mandantes são os que possuem o poder de decidir sobre “[...] grandes decisões políticas, econômicas, culturais, existenciais e mesmo espirituais [...]” (CARVALHO; NETTO, 2000, p. 42). A não aceitação dessa

estrutura, a busca por autenticidade, pela essência humana, pode levar a ruptura da dominação exercida pelo modo de produção vigente.

Diante da constatação da importância do cotidiano para assegurar a sobrevivência e o poder do modo de produção capitalista, cabe retomar que o cotidiano se desenvolve, se manifesta, na vida do sujeito por meio do espaço social.

Lefebvre (2008) inscreve a reprodução das relações sociais de produção na totalidade do capitalismo. Totalidade que se caracteriza por ser aberta, ou seja, a mesma é um processo contínuo e permanente, que ao produzir as relações sociais de produção se reproduz. Afirmar que o capitalismo, em sua composição, está inscrito em uma totalidade, significa reconhecer a necessidade de desvendar a aparência estruturada pelo mesmo e relevar a sua essência.

De acordo com Lefebvre (2006), o capitalismo se constitui em uma totalidade que incorporou as categorias postas na realidade e garantiu certa dominação sobre as suas contradições, contudo, não conseguiu garantir-se como um sistema homogêneo e acabado, por isso o mesmo encontra-se permeado de conflitos, de contradições. O espaço é, com isso, uma das categorias inscritas na totalidade que assegura a construção deste “todo” pelo capitalismo. Revelar a essência dessa relação significa que:

Os que acreditam no sistema incorrem em erro, pois não há totalidade completa, consumada. E, contudo, há, sem dúvida, um “todo” que absorveu as suas condições históricas, assimilou os seus elementos, dominou algumas contradições, sem aceder por isso à coesão e homogeneidade que buscava. É isso que dá ao modo de produção, tal como ele se reproduz, o seu bem curioso aspecto: partes distintas e, contudo, formação de conjuntos, sub-sistemas acompanhados de choques no todo, níveis conjuntos e disjuntos, conexões, conflitos, coerências e contradições, táticas e estratégias, fracassos e vitórias (LEFEBVRE, 1973, p. 09).

Avançando nos estudos sobre espaço, cabe destacar as reflexões de Santos (2004), que também defende a tese de que o espaço se encontra inscrito na totalidade social. Segundo o autor, o espaço encontra-se imbricado aos processos sociais, sendo resultado e condição desses. Tal afirmação pode ser verificada quando o autor relata que “a estrutura espacial, isto é, o espaço organizado pelo homem é, como as demais estruturas sociais, uma estrutura subordinada-subordinante. E como as outras instâncias, o espaço, embora submetido à lei da totalidade, dispõe de uma certa autonomia [...]” (SANTOS, 2004, p. 181).

Para Santos (2004), o espaço, em relação à totalidade, deve ser entendido como as formas e funções que as relações assumem no processo histórico, compreendendo tanto o passado como o presente:

O espaço deve ser considerado como um conjunto de relações realizadas através de funções e de formas que se apresentam como testemunho de uma história escrita por processos do passado e do presente. Isto é, o espaço define como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por uma estrutura representada por relações sociais que estão acontecendo diante dos nossos olhos e que se manifestam através de processos e funções. O espaço é, então, um verdadeiro campo de forças cuja aceleração é desigual. Daí por que a evolução espacial não se faz idêntica em todos os lugares (SANTOS, 2004, p. 153).

Esse caráter histórico contido na relação espaço e totalidade justifica para o autor a “certa autonomia” que o espaço possui em relação a totalidade, visto que a evolução do espaço lhe confere leis próprias, não ocorrendo de forma igual nos diferentes lugares.

Entender as relações sociais como categoria que é reproduzida e ao mesmo tempo produz o espaço, requer a sua inserção na totalidade aberta posta pelo capitalismo.

Lefebvre (2006) afirma que o capitalismo não está consumado, ao contrário, se encontra aberto e, justamente por isso, precisa se transformar para se realizar. Afirmar que o capitalismo é uma totalidade aberta significa reconhecer que esse é um projeto histórico inacabado, não concretizado. Para Lefebvre (1973) o capitalismo, enquanto totalidade aberta, encontra-se permeado por inúmeras contradições, sendo assim uma totalidade “[...] nunca sistematizada, nunca acabada; nunca perfeita, mas que, contudo, se vai consumando, se vai realizando” (LEFEBVRE, 1973, p. 05).

Cabe ressaltar ainda, que a categoria totalidade referida nesse trabalho, de acordo com a teoria crítica, deve ser entendida como uma forma de apreender e analisar a realidade em suas formas profundas, desvendando suas formas aparentes, bem como suas causalidades e vinculações internas. De acordo com Kosík (1976, p. 35, grifo do autor) a totalidade significa: “realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato *qualquer* (classes de fatos, conjuntos de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido”.

Então, como elemento constitutivo da reprodução das relações de produção no capitalismo, o espaço social configura-se como essencial das relações sociais, compondo a totalidade social.

A ação dos sujeitos contida no espaço social é um elemento fundamental na conquista da hegemonia/poder. Entendendo que o capitalismo é uma totalidade aberta permeada por contradições, a ação humana pode tanto tornar-se homogeneizada/alienada, estruturada a partir de relações de produção de dominação, que se relacionam com um espaço abstrato transformado em mercadoria que gera valor; quanto voltar-se para uma atividade livre, consciente, histórica, que rompa com a alienação e o modo de vida determinado pelo capitalismo.

O espaço, ao ser apropriado pelo capitalismo, tem o seu valor de uso subordinado ao valor de troca, ou seja, o espaço se torna uma mercadoria, transformado em força produtiva que produz valor. Essa lógica implantada pelo capitalismo é reforçada pelo movimento da vida cotidiana, no qual o espaço social se torna um espaço abstrato. Dessa forma, de acordo com Cardoso (2011, p. 57):

O espaço transformado em força produtiva, subordinado à lógica da mercadoria, transformado ele mesmo em uma mercadoria, onde o valor de troca e as relações de consumo subordinam as formas e os conteúdos do valor de uso que são gerados pela dinâmica da vida cotidiana, um espaço passível de ser fragmentado, homogeneizado, hierarquizado, um espaço alienado e fonte de alienação.

Marx (2011), ao analisar o modo de produção capitalista, parte da categoria mercadoria. A escolha dessa categoria se justifica pelo fato da mesma ser a “[...] forma social mais simples em que se corporifica o produto do trabalho na sociedade atual [...]” (MARX, 2011, p. 174). Portanto, no modo de produção capitalista, o trabalho do homem ao mesmo tempo é mercadoria e gera mercadoria, logo, produz valor.

O valor de uma mercadoria é “[...] determinado pela quantidade de trabalho abstrato⁴ necessária à sua produção [...]” (IAMAMOTO, 2014, p. 62). Dessa maneira,

⁴ Trabalho abstrato é “uma partícula da massa global de trabalho social homogêneo e impessoal. O trabalho abstrato representa uma ‘determinação social do trabalho’, uma igualação social de diferentes tipos de trabalho, que supõe determinadas relações de produção entre pessoas e somente ele cria valor” (IAMAMOTO, 2014, p. 61).

a mercadoria só possui valor por que é fruto do trabalho humano, ou seja, o trabalho gera valor.

Para Marx (2013), a mercadoria deve ser compreendida diante de dois aspectos: a qualidade e a quantidade. A qualidade demarca a existência do valor de uso, esse é determinado pela utilidade da coisa e somente se efetiva no seu consumo. O valor de uso consubstancia o valor de troca.

O valor de troca em sua aparência é entendido como uma relação quantitativa que possibilita a troca de uma coisa por outra coisa. Desse modo, o valor de troca em sua aparência se manifesta como algo natural, onde valores de uso são trocados entre os homens, porém, em sua essência, o valor de troca, na sociedade capitalista, se revela desconectado do valor de uso, ou seja, não é considerada a qualidade da mercadoria (quem fez, como foi feito). No modo de produção capitalista a mercadoria assinala apenas que foi despendida força de trabalho para a sua elaboração, sinalizando, assim, o valor da mercadoria (MARX, 2013).

Ao retirar o valor de uso e considerar apenas o valor de troca, significa considerar apenas o valor (a quantidade), dado que o valor de troca nada mais é do que a manifestação do valor em sua aparência. Sobre a divisão da mercadoria em valores, Marx (2011, p. 174, grifo do autor) afirma:

[...] a mercadoria é valor de uso, objeto útil, e 'valor'. A partir do momento em que seu valor reveste uma *forma própria de manifestar-se, distinta de sua forma natural*, a mercadoria revela este duplo aspecto seu", etc. Como se vê, eu não divido o valor de uso e valor de troca, como termos antitéticos em que se decompõe o abstrato, o "valor", apenas afirmo que, *a forma social concreta* do produto do trabalho, da *mercadoria*, é por uma parte valor de uso e por outra parte "valor", não valor de troca, posto que este é uma simples *forma* de manifestar-se e não seu próprio *conteúdo*.

Tem-se que o valor, enquanto um dos elementos que difere a sociedade capitalista de outras sociedades, é gerado pelo trabalho (MARX, 1991). O que se pretende ressaltar é que o modo produção capitalista tem como fim a geração de valor, que é obtido através da produção de mercadorias.

A ponderação sobre valor torna-se importante para refletir sobre espaço na sociedade capitalista, já que o ordenamento deste promovido pelo capitalismo tem como um dos objetivos a produção de valor.

Para realizar a submissão do espaço com o objetivo de gerar valor, o capitalismo utiliza da fórmula acumulação por espoliação. Conforme Harvey (2012,

p. 120), acumulação por espoliação deve ser entendida como uma “acumulação baseada na atividade predatória e fraudulenta e na violência [...]”.

Tal forma de acumulação foi utilizada na transição do feudalismo para o capitalismo e, posteriormente, tornou-se uma forma dominante de acumulação, pois a mesma rompia com elementos do passado, assim, de acordo com Harvey (2012, p. 127), “[...] toda formação social, ou território, que é inserida ou se insere na lógica do desenvolvimento capitalista tem de passar por amplas mudanças legais, institucionais e estruturais [...]”.

A propriedade privada da terra e dos meios de produção, bem como a mercadificação e privatização, são elementos que marcam a utilização do espaço para geração de valor.

Entendendo que o espaço, em sua forma abstrata, gera valor no capitalismo, vale mais uma vez retomar o conceito de espaço social, para que seja realizada a sua diferenciação em relação ao espaço abstrato. O caráter social atribuído ao mesmo evidencia a sua constituição. Segundo Lefebvre (2006, p. 87) “como espaço social ele é obra e produto: realização do ‘ser social’”.

Espaço social é causa e consequência de uma prática espacial. É o espaço vivido, praticado. É onde os homens estabelecem as relações entre si e justamente por isso não é neutro (LEFEBVRE, 2008). Sobre prática espacial e a relação com espaço, Lefebvre (2006, p. 39, grifo do autor) afirma:

[...] *a prática espacial* de uma sociedade secreta seu espaço; ela o põe e supõe, numa interação dialética: ela o produz lenta e seguramente, dominando-o e dele se apropriando. Para a análise, a prática espacial de uma sociedade se descobre decifrando seu espaço.

Para Santos (2004) o espaço social é o espaço humano (“nosso espaço”), lugar de reprodução do homem. O espaço social deve ser entendido como:

[...] um conjunto de relações realizadas através de funções e de formas que se apresentam como testemunho de uma história escrita por processos do passado e do presente. Isto é, o espaço se define como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por uma estrutura representada por relações sociais que estão acontecendo diante dos nossos olhos e que se manifestam através de processos e funções. O espaço é, então, um verdadeiro campo de forças cuja aceleração é desigual (SANTOS, 2004, p. 153).

O espaço social possui um caráter relacional e é produzido diante da ação do homem com o mesmo (SAQUET, 2015).

O espaço alienado se caracteriza nas palavras de Lefebvre (2006, p. 27) por ser um espaço abstrato criado pelo capitalismo. Enquanto forma abstrata, em que a ocupação e produção é determinada pelo capital, o espaço possibilita ao capitalismo atenuar as suas contradições e garantir a reprodução desse modo de produção, isso é possível com a subordinação do espaço social ao abstrato. Lefebvre (2006, p. 49) caracteriza o espaço abstrato da seguinte forma:

A partir de agora, o estatuto desse espaço abstrato aparece como altamente complexo. Se ele dissolve, englobando-os, os “sujeitos” antigos, a aldeia, a cidade, ele substitui esses “sujeitos”. Ele se constitui em espaço do poder, o que provoca eventualmente (possivelmente) sua própria dissolução em razão de conflitos (contradições) que nele nascem. Haveria, portanto, o pseudo-sujeito aparente, impessoal, o Se abstrato, o espaço social moderno – e, escondido nele, velado por sua transparência ilusória, o verdadeiro “sujeito”, o poder estatista (político). Nesse espaço, e sobre ele, tudo se declara: se diz e se escreve. Enquanto há pouco a dizer, ainda menos a viver. O vivido se esmaga. O concebido o assalta. O histórico se vive como nostalgia, e a natureza como nostalgia, o horizonte perdido. O afetivo, com o sensorial-sensual, permanecendo aquém desse espaço, não impregnando nenhum simbolismo, teria, portanto, encontrado esse nome que designa um sujeito e sua refutação pela absurda racionalidade do espaço: o inconsciente.

O espaço abstrato não contém o vivido, a prática humana, o mesmo é marcado por fragmentação, sendo através desse que o capitalismo garante a mercantilização da vida (LEFEBVRE, 2006).

Essa concepção de espaço abstrato é corroborada por Haesbaert (2009), diante da afirmação que o espaço abstrato é a forma dominante de espaço na sociedade capitalista, sendo um elemento que assegura o domínio diante do seu caráter funcional e/ou instrumental. Cabe destacar que, embora o autor não possua o marxismo como base teórica para as suas produções textuais, ao longo desse texto serão utilizadas algumas reflexões do mesmo que interagem com debate promovido nesse trabalho.

Contudo, por ser o espaço um dos elementos que compõem a totalidade social na sociedade capitalista, o mesmo contém as contradições desse modo de produção. São justamente as contradições existentes no espaço abstrato que podem levar a sua negação e abrir a possibilidade para uma nova prática espacial. Como revela Cardoso (2011), é diante da transformação, imposta pelos dominantes,

do espaço social em espaço abstrato, que surgem as formas de contestação à forma abstrata que possibilita uma práxis de luta por direitos. Já que, é diante dos conflitos sociais que buscam o uso e ocupação do espaço diferente da determinada pelo capital, ou seja, de forma não alienada, que ocorre o embate com as contradições da sociedade capitalista, consubstanciando, assim, o surgimento de uma nova práxis espacial.

Historicamente, é justamente a ameaça de surgimento de uma nova práxis que obriga o capitalismo a se alterar para manter a sua dominação. O capitalismo controlou algumas contradições, contudo, sem garantir a coesão que visava. É isso que o torna contraditório, pois tem-se um sistema formado por partes opostas que entram em conflito/lutam a todo momento (LEFEBVRE, 2006).

Cassab, Ribeiro e Schettino (2005, p. 03) afirmam que é no espaço social que estão postas as formas de negação do modo de produção capitalista, para isso a adoção da:

[...] noção de espaço socialmente produzido e a de território pode ser uma fértil via de conhecimento da particularidade das práticas sociais, pois ele inclui as relações de produção, as formas de reprodução, as de circulação e o exercício efetivo do poder na vida cotidiana e suas negações [...] (CASSAB; RIBEIRO; SCHETTINO, 2005, p. 03).

O capitalismo conseguiu fazer do espaço um instrumento que relativiza suas contradições, através da homogeneização, e também um instrumento que possibilita a sua reprodução, a partir do controle do ordenamento do mesmo. Isso é possível por meio da transformação do mesmo em espaço abstrato. Essa é a fórmula que o capitalismo utiliza para fazer assentir suas contradições: subordinar o espaço social ao espaço abstrato.

Com base nas breves considerações sobre o modo de produção capitalista, pode-se afirmar que tal modelo possui elementos próprios de sua configuração e que determinam a vida humana. O capitalismo, para garantir a sua sobrevivência e a extração do valor, passa a realizar a sua defesa e assegurar a sua existência para além do espaço de trabalho, se ocupando do espaço social.

A ocupação do espaço se torna condição de sobrevivência para o capitalismo, uma vez que geração e apropriação privada do valor é questionada pela classe trabalhadora. Assim, a luta de classes é inerente à sociedade capitalista.

Nesse ordenamento posto pelo capitalismo, as relações sociais de produção tornam-se relações de dominação constituindo e sendo constituídas pelo espaço abstrato, tendo em vista que o mesmo tem por base o poder (LEFEBVRE, 2006).

Diante de todo o exposto sobre o espaço, o próximo elemento a ser abordado será o território. Realizar a distinção entre ambas as categorias se torna importante para clarificar o uso das mesmas pelo capitalismo e entender como o Estado está utilizando o espaço/território na elaboração das legislações que regem o Sistema Único de Saúde.

2.2 O TERRITÓRIO E SUAS DIVERSAS COMPREENSÕES

As categorias espaço e território têm sido alvo de estudos por diversas áreas de conhecimento, esse pode ser um dos fatos que expressa a diversidade de significados e de entendimentos. Ou mesmo, justifique o entendimento de ambos como sinônimos, o que de fato não são.

De acordo com Claude Raffestin (1993), espaço e território não são termos sinônimos, para o autor a falta de critério e definição de ambos tem gerado confusão nas análises: “Espaço e território não são termos equivalentes. Por tê-los usado sem critério, os geógrafos criaram grandes confusões em suas análises, ao mesmo tempo que, justamente por isso, se privavam de distinções úteis e necessárias” (RAFFESTIN, 1993, p. 02).

Espaço e território são termos distintos, com definições e aspectos diferentes, que demarcam o papel de cada um, bem como sua utilidade ao modo de produção capitalista. Raffestin (1993) afirma a necessidade de fazer a passagem do espaço para território, sendo o trabalho o elemento que os difere: “O território, nessa perspectiva, um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por conseqüência, revela relações marcadas pelo poder. O espaço é a ‘prisão original’, o território é a prisão que os homens constroem para si” (RAFFESTIN, 1993, p. 02).

Tomando como referência teórica que o espaço social é um produto social, um produto da prática social é obra e produto do ser social. Bem como que o espaço social é constituído e constitui a produção e reprodução das relações sociais. Pode-se afirmar que o espaço social possui certa amplitude, sendo o território manifestação deste em uma escala reduzida.

Moreira (2007) também defende a diferenciação entre os termos ao afirmar que o território é um recorte do espaço, no qual os indivíduos organizam sua vida e assim é carregado de sentido social. Sendo assim o território é:

[...] o recorte espacial a partir do qual os sujeitos/categorias dos fenômenos se posicionam diante dos termos da hegemonia ou coabitação determinados pela dialética da localização-distribuição. [...] o território é sempre uma dimensão do espaço político [...] (MOREIRA, 2007, p. 90-91).

Estabelecido que há diferença entre território e espaço, cabe destacar como a categoria território foi abordada ao longo da história, sinalizando algumas dessas abordagens e delimitando elementos centrais para pensar de forma crítica esta categoria.

A categoria território possui diversas compreensões que foram sendo reelaboradas/reatualizadas ao longo, principalmente, do século XX, marcando a junção entre novo e velho, em um processo contínuo e descontínuo de reflexão sobre esta categoria.

Em meados do século XX, é possível observar diversas abordagens sobre território, demarcando a compreensão do mesmo de acordo com as diversas vertentes interpretativas, que se formam de acordo com as diferentes funções atribuídas ao território. Dentre as diversas vertentes, no estudo sobre território, duas se destacam: a italiana, que busca entender território a partir de conflitos, e a anglo-saxônica, que entende território como região (SAQUET, 2015).

Diante da diversificação da compreensão de território, Saquet (2015) destaca que, a partir dos anos 1950-1970, em diferentes países, é possível apontar quatro abordagens sobre a categoria território, que vão se sucedendo durante a passagem do tempo ou mesmo em alguns momentos chegam a coexistir. As abordagens foram influenciadas por diferentes correntes de pensamento, sendo elas; o materialismo histórico e dialético, a geopolítica, a fenomenologia e a sustentabilidade e desenvolvimento local:

a) uma, eminentemente econômica, sob o materialismo histórico e dialético, na qual se entende o território a partir das relações de produção e das forças produtivas; b) outra, pautada na dimensão geopolítica do território; c) a terceira, dando ênfase às dinâmicas política e cultural, simbólico-identitária, tratando de representações sociais, centrada na fenomenologia e, d) a última, que ganha força a partir dos anos 1990, voltada às discussões sobre a sustentabilidade ambiental e desenvolvimento local,

tentando articular, ao mesmo tempo, conhecimentos e experiências de maneira interdisciplinar (SAQUET, 2015, p. 15).

No Brasil, junto com o processo de reelaboração da geografia⁵, o território deixa de ser visto apenas como matriz biológica ou Estado-Nação (suporte ou conjunto de recursos naturais), e passa a ser entendido a partir de abordagens relacionais-processuais com base no movimento histórico (SAQUET, 2015).

A mudança de visão no Brasil ocorre a partir de 1980 e tem como marco temporal decisivo os anos de 1992-1993, “quando se passa a enfatizar, em estudos territoriais, a compreensão das relações econômicas, políticas e identitárias no nível da vida cotidiana” (SAQUET, 2015, p. 19).

Definidos os marcos temporais e as concepções territoriais mais comumente debatidas no Brasil, torna-se necessário explicitá-las, a fim de compreender seu embasamento teórico-metodológico, bem como os objetivos a que se dirigem.

A compreensão do território de forma acrítica, conservadora e desprovida de ação humana, remete a duas noções de território: o território estático e o território nação. O estático é a concepção que predomina na referência de território e se relaciona com elementos naturais (relevos, bacias, hidrografia). Ao reconhecer o território como nação, esta concepção comumente atribuída ao território é o entendimento deste como a área delimitada de país, estado, município (Estado-Nação).

A concepção de território natural, estático, não considera a interferência/ação do homem sobre o mesmo, assim esse se caracteriza por ser um mero palco da vida humana (IOZZI; ALBUQUERQUE, 2009). Nessa definição, a ação dos sujeitos, a sua vivência, as suas relações não são consideradas. O território é a reunião de elementos geofísicos e/ou uma fonte de dados estatísticos.

Nesta perspectiva, o território é concebido como um conjunto de ecossistemas, que obedece às leis naturais sem considerar a ação humana, possui uma compreensão mais abstrata, descolada da realidade, é entendido como local de interação entre sujeitos. Tem-se, desta forma, a “coisificação” do território. Sobre

⁵ O referido processo de reelaboração da geografia humana ocorreu no Brasil nas décadas de 1970-80, influenciado pelo movimento de reforma da geografia que ocorreu em diversos países, com ênfase na França, Inglaterra, Itália e EUA. A reelaboração da geografia humana ocorre com a apreensão do marxismo, estabelecendo a formação da geografia marxista, que “constituiu uma parte vital de uma geografia humana crítica nascente, surgida em resposta ao positivismo cada vez mais presunçoso e teoricamente reducionista da principal corrente de análise geográfica” (SOJA, 1993, p. 57).

essa denominação, Souza (2009, p. 57) afirma: “[...] confundir o território com o substrato espacial material (as formas espaciais, os objetos geográficos tangíveis-edificações, campo de cultivo, feições ‘naturais’ etc.) equivale a ‘coisificar’ o território [...]”.

Desta forma, ainda entendendo o território a partir de substratos materiais, porém, inserindo um conteúdo político por meio da esfera do poder, tem-se o Estado-Nação. Nas palavras de Souza (2009, p. 58), é entendido como:

Exercendo sua soberania sobre geralmente vastas extensões da superfície da Terra, um Estado-Nação se manifesta, político-geograficamente, como um país (o qual, conflituosamente, pode abrigar, na realidade, vários povos e múltiplas “nações” em seu interior), com seus recursos e suas riquezas.

De acordo com Souza (2009), o Estado-Nação é legitimado por um discurso de exaltação das riquezas materiais, das características próprias e da indivisibilidade territorial:

Exaltar esses recursos e essas riquezas, das jazidas de minérios às belezas naturais, sempre fez parte do discurso legitimatório de qualquer Estado-nação, ao lado da insistência naturalizante sobre a “personalidade própria e indivisível” daquele espaço (discurso-argumento contra a cobiça externa e discurso-vacina contra projetos separatistas internos) (SOUZA, 2009, p. 58).

Assim, durante muito tempo, território foi compreendido como “aquele ‘sobre o qual’ o aparelho de Estado exerce a sua soberania” (SOUZA, 2009, p. 58).

A vinculação território e poder tem por base os estudos do autor alemão Friedrich Ratzel, que, ao estudar o Estado alemão e sua dominação, aborda o território a partir de uma concepção naturalista, entendido como área e recursos naturais.

Na reflexão do termo território de forma crítica não é possível se eximir da responsabilidade de identificar a reflexão sobre o mesmo no campo conservador, tendo em vista que na conformação das políticas sociais, alguma das vertentes pode prevalecer.

Ratzel e Machiavelli influenciam a perspectiva dominante na compreensão da relação território e poder, por isso torna-se necessário apresentar suas ideias, juntamente com o diálogo entre autores críticos.

O pensador alemão tinha por objetivo demonstrar como a natureza contribuiu para a consolidação do Estado como forma de poder. Em sua análise o autor

“coisifica” o território ao afirmar que o mesmo fornece a coerência material ao Estado sendo que a manifestação do poder ocorre com: “[...] o desejo ou a necessidade de defender ou conquistar territórios, com a captura de posições estratégicas e/ou com a manutenção de modos de vida e do controle sobre símbolos materiais de uma identidade [...]” (SOUZA, 2009, p. 60).

De acordo com Saquet (2015, p. 31) a natureza e o Estado são elementos fundamentais para a compreensão de território em Ratzel; “O território, portanto é entendido como substrato/palco para a efetivação da vida humana, sinônimo de solo/terra e outras condições naturais, fundamentais a todos os povos, selvagens e civilizados (sob domínio do Estado)”.

Saquet (2015) afirma que o caráter institucional e burguês dos estudos de Ratzel contribui para que o mesmo não rompa com a visão naturalista de território.

Tal relação de dominação diante da conquista do poder no território tem sua explicitação em raízes históricas profundas, pois foi Niccolò Machiavelli um dos primeiros estudiosos a apontar a relação território e poder em seu livro “O Príncipe”. Com isso, a apropriação do território e das suas relações para obter o poder não é uma ideia própria do capitalismo, o que é próprio desse é o modo como utiliza o território para garantia do poder.

Ora, o que se pretende demonstrar com os estudos de Machiavelli (2009) é o rompimento da tradição Renascentista, na qual a obtenção do poder é fruto da vontade divina. Uma vez que, o território, inscrito nas relações de dominação social, se mostra uma fonte de poder.

Machiavelli (2009), ao estudar o governo de principados, evidencia a importância do território na conquista do poder. Ainda que compreenda o território em sua forma naturalista, o pensador já observava no século XIV, que o poder era exercido também por meio da expansão e dominação territorial, garantindo assim um Estado na forma de principado. Sobre a constituição do Estado, Machiavelli (2009, p. 11) afirma:

Todos os Estados, todos os governos que tiveram e têm autoridade sobre os homens, foram e são ou repúblicas ou principados. Os principados são: ou hereditários, quando seu sangue senhorial é nobre há já longo tempo, ou novos.

Machiavelli (2009), ao refletir sobre a constituição de Estados governados por príncipes, determina o papel do território e poder que este confere ao Estado. Assim, o território é entendido como um forte que deve ser defendido - para manter o poder- e ao mesmo tempo é algo que deve ser conquistado – para expansão do poder;

[...] não se pode aduzir algo mais do que exortar tais príncipes a fortificarem e a proverem sua cidade, não se preocupando com o território que a contorna. E quem tiver bem fortificada sua cidade (...) será sempre assaltado com grande temor, porque os homens são sempre inimigos dos empreendimentos onde vejam dificuldades, e não se pode encontrar facilidade para atacar quem tenha sua cidade forte [...] (MACHIAVELLI, 2009, p. 11).

Nas palavras de Saquet (2015, p. 28): “A autoridade (o príncipe) deve se fazer chefe dos fracos e enfraquecer os poderosos num determinado território (área com montes, vales, planícies, rios, pântanos, habitantes...), com ou sem o uso da força (guerra)”.

Ratzel e Machiavelli, a partir de uma visão conservadora, entendem o território em sua forma natural/física, desprovido de interação humana, sendo o poder conquistado pela autoridade que dominar/possuir o território. Os estudos desses autores influenciaram por décadas a compreensão de território em sua vertente conservadora.

Como já dito anteriormente, a década de 1980 é marco para a mudança de visão sobre o território no Brasil, e um dos pensadores responsáveis por essa virada foi o geógrafo Milton Santos. O autor se destaca por inserir um conteúdo humano no território, que deixa de ser visto apenas por sua materialidade física e passa a ser analisado também por sua imaterialidade, ou seja, as relações sociais, a cultura, o pertencimento, etc.

Milton Santos dedica-se ao estudo da categoria território usado, para evidenciar o rompimento com o território físico. Torna-se importante destacar esse autor para demonstrar a inserção de um conteúdo social no debate, esse fato ocorre devido a sua aproximação com diversas correntes de pensamento como: o althusserianismo, o existencialismo e o marxismo.

Santos propõe que os componentes naturais e sociais do território são interdependentes e constituem uma configuração territorial que seja:

[...] formada pela constelação de recursos naturais, lagos, rios, planícies, montanhas, florestas e também de recursos criados: estradas de ferro e de rodagem, condutos de toda ordem, barragens, açudes, cidades, o que for. É esse conjunto de todas as coisas arranjadas em sistema que forma a configuração territorial [...] (SANTOS, 1988 apud SAQUET, 2009, p. 73).

Santos (1988 apud SAQUET, 2009) entende que a configuração territorial rompe com a dicotomia existente entre território constituído por aspectos físicos e território constituído por aspectos humanos, estruturando os elementos de cada vertente em um sistema.

Nas palavras de Koga (2002) o território entendido somente por seus aspectos físicos é caracterizado por ser um território objeto, já o território que compreende a ação humana e suas relações é caracterizado como território sujeito.

De acordo com Santos (1999, p. 07) o território é: “o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações da sua existência”.

O território não é apenas a reunião de elementos naturais. Santos (1999) ressalta a categoria território usado como o elemento que expressa a identidade dos sujeitos. Em sua forma usada, o território marca o local onde os sujeitos exercem suas atividades e constroem suas relações. Sobre a identidade que compõem o território, Santos (1999, p. 08) afirma: “O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida”.

A categoria território usado engloba os elementos da vida dos sujeitos, como elemento que determina e sofre suas ações. Esse envolve o pertencimento do homem a um local, uma cultura, definindo sua identidade, logo, é o substrato da vida humana (IOZZI; ALBUQUERQUE, 2009).

Desta forma, o território se constrói/se forma diante da ocupação, ou seja, “a sua definição se faz pela apropriação/dominação de uma área por um determinado grupo social” (FARIA; BORTOLOZZI, 2009, p. 36).

Enquanto categoria, o território usado é uma condição para entender a dinâmica de ação dos sujeitos. Já que é o uso do território, as formas nele expressas, suas relações, instituições, que faz do mesmo uma categoria de análise social (SANTOS, 2005).

De acordo com Santos (1999), os diversos braços da ciência e políticas sociais tem negado o conteúdo social do território, sendo esse utilizado apenas para elaboração de dados estatísticos.

A crítica que se faz a categoria território usado é que a mesma estabelece uma relação de oposição e complementaridade com a visão de território como algo estático ou corpo político, tem-se a noção de território usado, que nas palavras de Silveira (2009, p. 129) é definido como:

[...] um quadro de vida, híbrido de materialidade e de vida social. Sinônimo de espaço geográfico, pode ser definido como um conjunto indissociável, solidário e contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações [...]. É o território propriamente dito mais as sucessivas obras humanas e os próprios homens hoje. É o território feito e o território se fazendo, com técnicas, normas e ações [...].

Diante da inserção de um conteúdo social na discussão sobre território, na qual a ação humana determina e é determinada pelo mesmo, cabe abordar a relação território e poder, a partir da sua inserção na totalidade social e mostrar como o modo produção capitalista tem atuado no mesmo para garantir a sobrevivência da ideologia dominante.

A mudança da percepção de território ocorre com a contribuição da crítica marxista ao modo de produção capitalista, atualmente incorporada por diversas disciplinas que estudam a temática. A partir do entendimento de Marx sobre o modo de produção capitalista e as relações sociais determinadas pelo mesmo, pode-se afirmar que dois pontos se destacam para mudança de compreensão do território:

No primeiro, podemos considerar uma espécie de extensão, ao território, do conceito de fetichismo das mercadorias. É o ponto de vista que nos impediu de tratar o território como um simples objeto material e, ao mesmo tempo, nos condiciona a compreender, como relações sociais de produção, as interações sociais que se estabelecem no espaço em escalas diferentes. [...] a materialidade do território exprime-se nas relações intersubjetivas derivadas, em última instancia, da necessidade de produzir e de viver que, ligando os sujeitos humanos à materialidade do ambiente, provoca interações entre si, como membros de uma sociedade. O território, assim, resulta como conteúdo, meio e processo de relações sociais. [...] O segundo aspecto importante, introduzido pela teoria marxista, é aquele do território entendido como conflito social. [...] no qual o território é mediador das relações sociais de produção (SAQUET, 2015, p. 08-09).

Com a apreensão do marxismo por autores que se dedicam a entender o território, novos elementos são colocados para a compreensão desta categoria, a relação espaço-tempo se apresenta como um destes elementos.

No que se refere a relação espaço-tempo, diante da adoção do marxismo, alguns autores se destacam e ajudam no entendimento de tal relação, dentre eles: Dematteis (1967); Indovina e Calabi (1974); Harvey (2003).

Inicialmente a relação espaço-tempo foi explicitada na década de 1960, por Giuseppe Dematteis, embora o autor não relacione a estrutura econômica ao território, o mesmo explicita a concepção histórica e relacional contida na dimensão territorial. Desta forma, território é entendido como: “[...] rede de relações entre todos os fenômenos coexistentes e como resultado de um processo histórico de humanização do ambiente natural” (DEMATTEIS, 1967 apud SAQUET, 2015, p. 50).

A relação espaço-tempo contida no território torna-se ainda mais evidente nas produções teóricas, a partir da década de 1970, quando o conceito de território é retomado com base em diversas perspectivas; geopolítica, reprodução do capital, desenvolvimento desigual (SAQUET, 2015).

Harvey (2003) situa a compressão espaço-tempo como uma mudança necessária para o atual estágio de produção capitalista, sendo a forma de trabalhar inseparável de uma especificidade de viver, de pensar e sentir a vida.

A autora Abreu (2016, p. 33) reafirma a necessidade de compreender o território a partir da perspectiva espaço-tempo, visto que o território inscrito na totalidade social, tem se alterado de acordo com as transformações no decorrer da história.

O *território*, contudo, precisa ser situado como totalidade concreta, permeado por contradições inerentes ao modo de produção capitalista nesta fase histórica, o que consiste na apropriação de elementos da crítica da economia política em relação à produção do espaço. Assim, o *território* expressa e é atravessado por rebatimentos e transformações do tempo presente (ABREU, 2016, p. 33, grifo do autor).

Com base no materialismo histórico-dialético, o território deve ser pautado na relação capital x trabalho, entendendo a reprodução do capital a partir do uso do território.

Ao abordar Indovina e Calabi (1974), que possuem estudos a partir de uma vertente econômica, Saquet (2015, p. 70) afirma que esses autores influenciam estudos territoriais em diversos países, inclusive o Brasil.

Tais autores realizam uma abordagem econômica e material do território, pautados nos estudos de Marx sobre o modo de produção capitalista.

Contribuem para o entendimento do movimento no território, a partir de sua apropriação e de seu uso pelos agentes do capital. Essas duas noções, de apropriação e de uso, juntamente com o processo de valorização do capital, são centrais em suas argumentações, (...) para estes autores, há um uso capitalista do território, considerando: '1. O processo de produção (extração de mais-valia); 2. A circulação e valorização do capital; 3. A reprodução da força de trabalho (INDOVINA; CALABI, 1974 apud SAQUET, 2015, p. 70).

Para esses autores a configuração do território é determinada pelas forças produtivas e relações de produção no modo de produção capitalista. Assim, a configuração territorial proposta pelos autores evidencia o conflito capital x trabalho. "O território, num primeiro plano, é um produto socialmente organizado e, num segundo, é condição para a valorização do capital" (SAQUET, 2015, p. 70).

No modo de produção capitalista tem-se a geração de um excedente econômico, oriundo do desenvolvimento das forças produtivas, que compreende natureza, homem, tecnologia;

- a) os meios de trabalho – tudo aquilo de que se vale o homem para trabalhar (instrumentos, ferramentas, instalações etc.), bem como a terra que é um meio universal de trabalho;
- b) os objetos do trabalho – tudo aquilo (matérias naturais brutas ou matérias naturais já modificadas pela ação do trabalho) sobre que incide o trabalho humano;
- c) a força de trabalho – trata-se da energia humana que, no passado de trabalho, é utilizada para, valendo-se dos meios de trabalho, transformar os objetos de trabalho em bens úteis à satisfação de necessidades (NETTO; BRAZ, 2008, p. 58).

Território na sociedade capitalista se apresenta como um mecanismo de valorização do capital em uma sociedade onde tudo tem que gerar valor de troca. Como elemento de disputa, o território é composto por relações de poder.

Há a incorporação do elemento político ao território, determinado a existência da relação de poder contida no mesmo, o território como elemento de poder deve ser disputado pelas classes sociais (SILVEIRA, 2009).

Nas palavras de Souza (2009, p. 55): “o que ‘define’ o território é, em primeiríssimo lugar, o poder - e nesse sentido, a dimensão política é aquela que, antes de qualquer outra, lhe define o perfil”.

O território manifesta o poder enquanto uma dimensão das relações sociais, assim território é um campo de força, expressa o conflito de classes (SOUZA, 2009).

A sociedade capitalista, marcada pela divisão em classes sociais, tem como pressuposto a dominação de uma classe sobre a outra fundamental para manutenção ou extinção do modo de produção capitalista. As relações de dominação, evidenciadas pelo poder, revelam que obter o controle do território é inerente à classe que detém o poder.

Mesmo que a abordagem territorial ocorra de forma ampla e crítica, e que compreenda as mudanças ocorridas no plano social, econômico, cultural, político, promovidas pelo modo de produção capitalista, permanece, ainda, a vinculação território e relações de poder. “[...] mudam os significados do território conforme se altera a compreensão das relações de poder” (SAQUET, 2015, p. 33).

Neste contexto contemporâneo, retomando a relação território e poder, cabe destacar o geógrafo Claude Raffestin (1993), o autor defende que o poder é inerente às relações sociais; pois, ao afirmar que território é uma produção que se dá diante do espaço, afirma que essa produção “por causa de todas as relações que envolve, se inscreve num campo de poder” (RAFFESTIN, 1993, p. 02).

Sobre a relação território e poder em Raffestin, o autor Saquet (2015, p. 33) chama a atenção para a finalidade de se obter o poder-controle e dominação dos homens e das coisas:

O poder está presente nas ações do Estado, das instituições, das empresas..., enfim, em relações sociais que se efetivam na vida cotidiana, visando ao controle e à dominação sobre os homens e as coisas, ou seja, o que Claude Raffestin denomina de trunfos do poder.

Na relação poder e território, é possível afirmar que ambos permanecem vinculados às relações sociais. Com base na perspectiva de Raffestin, Saquet (2015, p. 75) afirma que “o território, dessa maneira, é objetivado por relações sociais, de poder e dominação, o que implica a cristalização de uma territorialidade, ou de territorialidades no espaço, a partir das diferentes atividades cotidianas”.

Assim como no espaço, as relações sociais também se apresentam no território. As relações sociais de produção conformam territorialidades no território.

Retomando as ideias de Lefebvre (2006), cabe ressaltar que, para o autor, o espaço social é constituído (e constitui) a partir da relação humana, da ação humana livre, consciente, desenvolvida ao longo da história. O espaço social se estabelece a partir de um modo de vida desenvolvido no cotidiano da vida do sujeito.

Assim, espaço social pode ser entendido como as diversas esferas da vida do sujeito, no qual o mesmo se relaciona com outros indivíduos, por exemplo: escola, igreja, família, trabalho.

No modo de produção capitalista, as relações sociais estabelecidas são de dominação, o espaço é transformado em abstrato, visto como mercadoria que gera valor, uma vez que a relação entre os homens no capitalismo é alienada. Os sujeitos reproduzem as relações de dominação em um espaço que não foi construído pela ação humana consciente ao longo da história, e sim que foi ordenado pelo capitalismo, seja por uso da violência ou do convencimento, visando a obtenção de hegemonia e manutenção do poder, por meio do controle da população.

O que se apresenta como imediato no diálogo entre território e espaço são as relações sociais. No território as relações sociais de dominação ou relações livres/conscientes conformam territorialidades.

O conceito de territorialidade que norteará os estudos será a definição de Saquet (2015, p. 129), uma vez que o autor aborda o tema de forma ampla e crítica:

A territorialidade é o acontecer de todas as atividades cotidianas, seja no espaço do trabalho, do lazer, da igreja, da família, da escola etc., resultado e determinante do processo de produção de cada território, de cada lugar; é múltipla, e por isso, os territórios também o são, revelando a complexidade social e, ao mesmo tempo, as relações de dominação de indivíduos e grupos sociais com uma parcela do espaço geográfico, outros indivíduos, objetos, relações.

A perspectiva de territorialidade apresentada acima tem por base a ação humana, é provida de práxis social em um determinado território. A territorialidade se manifesta no desenvolvimento das atividades cotidianas, considerada assim, como “[...] as relações sociais simétricas ou dessimétricas que produzem historicamente cada território” (SAQUET, 2015, p. 79).

Territorialidade é, assim, expressão das relações sociais de produção, ocorre em um território e se vincula a identidade, ao pertencimento, a ação humana no

tempo e espaço. Sobre a territorialidade enquanto pertencimento, Saquet (2015, p. 88) afirma:

A territorialidade é um fenômeno social que envolve indivíduos que fazem parte do mesmo grupo social e de grupos distintos. Nas territorialidades, há continuidades e descontinuidades no tempo e no espaço; as territorialidades estão intimamente ligadas a cada lugar: elas dão-lhe identidade e são influenciadas pelas condições históricas e geográficas de cada lugar.

A territorialidade tem-se diferenciado do entendimento de territorialização, que vem sendo usada nas políticas sociais como uma forma de demarcação de área, não considerando a ação do homem, ou seja, a territorialidade realizada no território.

Com isso, a territorialização tem sido abordada, no campo da saúde, como um “instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada” (MONKEN; BARCELLOS, 2005 apud SANTOS; RIGOTTO, 2010, p. 388).

Diversos autores, que têm estudado a territorialização na saúde, apontam a ausência da prática, das relações humanas na abordagem do território pela Política Nacional de Saúde.

Enquanto ação no território, a territorialização assume três sentidos diferentes e complementares na Política Nacional de Saúde:

[...] de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (PEREIRA; BARCELLOS, 2006, p. 48).

Diante da citação acima, pode-se afirmar que a territorialização na Política de Saúde constitui-se centralmente na delimitação no território da população a ser atendida, esse inclusive é um requisito para receber o financiamento do Ministério da Saúde.

A territorialização, preconizada pelo Ministério da Saúde, é realizada com o objetivo de delimitar uma área de abrangência a ser atendida pela equipe de saúde. A área de abrangência é delimitada de acordo com um quantitativo populacional, assim a mesma deverá ser composta por no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas. A delimitação da área de abrangência “pode compreender um bairro, parte

dele, ou de vários bairros, nas áreas urbanas ou em várias localidades, incluindo população esparsa em áreas rurais” (GONDIM et al., 2008, p. 12).

A territorialização, para Saquet (2015), ocorre a partir das relações sociais de produção, sendo determinada pela territorialidade que o homem concretiza no território.

No meu entendimento, no próprio movimento de circulação e reprodução do capital, há territorialidade e territorialização. O território é resultado e determinante desta unidade, inscrevendo-se num *campo de forças*, de relações socioespaciais. O território é produto e condição da territorialização. Os territórios são produzidos espaço-temporalmente pelo exercício do poder por determinado grupo ou classe social, ou seja, pelas territorialidades cotidianas. As territorialidades são, simultaneamente, resultado, condicionantes e caracterizadoras da territorialização e do território (SAQUET, 2015, p. 127, grifo do autor).

Diante da exposição sobre territorialidade, o discurso de territorialização preconizado pelo Ministério da Saúde e a compreensão apresentada por Saquet, a marca da diferenciação entre as abordagens são as relações sociais. O que está posto é uma abordagem social (abordada neste capítulo) e outra gerencial, que será verificada no trato das legislações no campo da saúde.

A regionalização é outra forma de abordagem do território pela Política Nacional de Saúde. A mesma consiste na divisão do território em regiões, com a justificativa de operacionalizar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde:

[...] por meio de um processo de constituição de regiões de saúde, que são definidas como recortes territoriais, de abrangência imediata acima da esfera municipal, composta por um ou mais municípios, com o fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade das ações e serviço de saúde (GIL; LICHT; SANTOS, 2006, p. 38).

Diante do exposto, o que se observa é que ocorre um recorte territorial em regiões, sem considerar as territorialidades constituídas por meio da práxis social. Dessa forma, assim como a territorialização, a regionalização é um recurso gerencial que utiliza o discurso de melhoria nos serviços de saúde, através da fragmentação territorial. De acordo com Gil, Licht e Santos (2006, p. 35) “[...] documentos já elaborados indicam uma tendência a tratar as regiões como unidades de intervenção e ação do Estado, deixando pouco espaço para a participação da sociedade civil [...]”.

Tal ausência de participação da sociedade civil marca a ausência do entendimento que a região é composta por territórios vividos, que constituem e são constituídos por relações sociais (GIL; LICHT; SANTOS, 2006).

A intervenção no território a partir da perspectiva regionalização é um dos recursos utilizados pelo Estado, de acordo com Sack (1986 apud SAQUET, 2015) para garantir seu poder e o controle da população.

Para finalizar o trajeto na abordagem territorial, cabe destacar a perspectiva que expressa uma vertente gerencial/governamental relacionada ao debate de territorialidade como instrumento que serve as relações de dominação do capitalismo, voltada para o controle da população.

Robert Sack (1986) estuda o território a partir da dimensão do poder, sendo que o autor se detém a compreensão territorial a partir da atuação do Estado no capitalismo. Saquet (2015, p. 84) ao estudar a concepção de Sack sobre território, afirma que o mesmo pode ser compreendido como:

[...] área controlada e delimitada por alguma autoridade, como resultado das estratégias de influência que ocorrem individualmente ou através de grupos sociais [...]. Moldam-se comportamentos, constituindo-se o território. Ao mesmo tempo, Robert Sack afirma que os limites de um território podem mudar, isto é, não são inalteráveis. Modificam-se conforme as estratégias de controle e delimitação do espaço.

Para Robert Sack, a definição de territorialidade contém três facetas interligadas: 1) a classificação ou definição de áreas; 2) a comunicação (equivalente às redes) e, 3) uma forma de controle social (relações de poder).

Ao abordar o capitalismo Sack (1986 apud SAQUET, 2015) conclui que o Estado está a serviço do modo de produção de capitalista, em um contexto em que política e economia encontram-se imbricadas. Com base nos estudos de Sack, Saquet (2015, p. 85, grifo do autor) afirma:

Há uma *complexa teia* de relações que envolve o Estado e o capital, como ocorre, por exemplo, na criação de *territórios locais* por um determinado Governo Federal, dividindo e fragmentando a consciência da classe operária. As pessoas podem formar fidelidade às suas vizinhanças e distritos, sem fortalecer sua classe.

O autor indica a relação Estado e capitalismo na fragmentação da consciência da classe operária. Como totalidade aberta, o capitalismo é permeado por contradições e uma das formas de obter a coesão é por meio do uso do Estado.

Assim, na busca por obter e manter o controle sobre o espaço social, o capitalismo tem-se utilizado tanto da violência, quanto de políticas sociais para obter a hegemonia. Mas a busca por coesão e coerência – nos moldes Gramscianos – não é isenta de luta social.

A classe trabalhadora e a capitalista realizam a luta de classes para obtenção do controle da vida, do espaço da vida. Com isso, pode-se afirmar que é na luta de classes que se manifesta a luta pelo espaço social. Sendo que o controle do mesmo é determinado pela correlação de forças. Sobre a luta de classes e o rompimento com o espaço abstrato Lefebvre é categórico:

A luta de classes? Ela intervém na produção do espaço, produção da qual as classes, frações e grupos de classes são agentes. A luta de classes, hoje mais que nunca, se lê no espaço. Para dizer a verdade, só ela impede que o espaço abstrato se estenda ao planeta, literalmente apagando as diferenças; só a luta de classes tem uma capacidade diferencial, a de produzir diferenças que não sejam internas ao crescimento econômico considerado como estratégia, “lógica” e “sistemas” [...] (LEFEBVRE, 2006, p. 52).

A classe trabalhadora deve, por meio da luta de classes, assegurar a existência das diferenças, das singularidades, do heterogêneo, promovendo o rompimento com espaço abstrato e garantindo o espaço social. Embora esteja posta o papel da luta de classes na sociedade capitalista, Lefebvre não provoca a ilusão de que esta seja uma tarefa fácil, dado que, para o autor, para a produção do espaço é necessário conduzir a luta de classes, que se encontra sob a hegemonia da burguesia (LEFEBVRE, 2006).

Lefebvre (2006) revela, ainda, que, para manter a hegemonia sob a luta de classes, a burguesia necessita ainda de mais um componente: o Estado, que nas palavras do autor é um “quadro espacial”.

Por meio da articulação tempo e espaço o Estado se consolidou mundialmente, impondo uma forma de organizar as sociedades. No espaço, o Estado planifica e homogeneiza o social e o cultural. No tempo, transforma as diferenças em reproduções, sua função é colocar fim às contradições, assegurando a soberania da burguesia na luta de classes.

[...] o Estado se consolida à escala mundial. Ele pesa sobre a sociedade (as sociedades) com todo seu peso; ele planifica, organiza “racionalmente” a sociedade com a contribuição de conhecimentos e técnicas, impondo medidas análogas, senão homólogas, quaisquer que sejam as ideologias

políticas, o passado histórico, a origem social das pessoas no poder. O Estado esmaga o tempo reduzindo as diferenças a repetições, a circularidades (batizadas de “equilíbrio”, “feedback”, “regulações” etc.) [...]. Esse Estado moderno se põe e impõe como centro estável, definitivamente, de sociedades e espaços (nacionais) [...]. Ele faz reinar uma lógica que põe fim aos conflitos e contradições. Ele neutraliza o que resiste: castração, esmagamento (LEFEBVRE, 2006, p. 28).

Enquanto um “quadro espacial”, a luta de classes é parte constituinte do Estado, o mesmo tem que atuar para garantir o poder sobre o espaço, assegurando assim, o modo de produção e reprodução da sociedade capitalista.

Dessa maneira, o Estado, por meio do uso da violência e dos investimentos no território, promove a valorização ou não do espaço, definindo qual classe irá ocupá-lo (HARVEY, 2012). Sobre a atuação do Estado para garantir a geração do valor por meio do espaço, segundo Harvey (2012, p. 121), é preciso:

O Estado, com seu monopólio da violência e suas definições da legalidade, tem papel crucial no apoio e na promoção desses processos, havendo, [...] consideráveis provas de que a transição para o desenvolvimento capitalista dependeu e continua a depender de maneira vital do agir do Estado. O papel desenvolvimentista do Estado começou há muito tempo, e vem mantendo as lógicas territorial e capitalista do poder sempre interligadas, ainda que não necessariamente convergentes.

A acumulação por espoliação retira da classe trabalhadora a posse da terra e determina o seu processo de marginalização sendo privada de uma infra-estrutura espacial essencial a vida humana. Nessa forma de acumulação, o espaço se insere na lógica do mercado, buscando valor, para isso espolia a classe trabalhadora da terra e utiliza o Estado como agente que a viabiliza, seja por meio da violência, seja por meio da especulação (HARVEY, 2012).

Dessa forma, a dominação exercida pelo modo de produção capitalista tem o Estado como um do sujeito que lhe assegura o poder, pois ao Estado - por meio dos seus aparelhos burocrático-repressivos - é atribuída a função de “gerir a sociedade”, por meio de ações imprescindíveis no que se refere à manutenção do sistema capitalista.

Para Netto e Braz (2008), o Estado assume diferentes funções, de acordo com o movimento das relações sociais, nos diferentes estágios do curso histórico do capitalismo. Assim, a ação do Estado encontra-se vinculada a demanda posta pela classe dominante e em confronto com os interesses dos trabalhadores,

potencializando conflitos e lutas sociais, de acordo com o desenvolvimento do capitalismo:

[...] a história do capitalismo - a sua evolução -, portanto, é produto da interação, da imbricação, da intercorrência do desenvolvimento das forças produtivas, de alterações nas atividades estritamente econômicas, de inovações tecnológicas e organizacionais e de processos sociopolíticos e culturais que envolvem as classes sociais em presença numa dada quadra histórica. E todos esses vetores não só se transformam eles mesmos: as suas interações também se alteram no curso do desenvolvimento do MPC (NETTO; BRAZ, 2008, p. 170).

Em sua fase monopolista, Netto (2011) destaca o imbricamento entre as funções políticas e as funções econômicas do Estado. Não cabe mais uma atuação pontual do Estado, sendo esta agora contínua, cujo objetivo é garantir os lucros dos monopólios e arrefecer suas contradições:

[...] o Estado, na certa caracterização marxiana o representante do capitalista coletivo, atuara como o cioso guardião das *condições externas da produção capitalista*. Ultrapassava a fronteira de garantidor da propriedade privada dos meios de produção burgueses somente em situações precisas – donde um intervencionismo emergencial, episódico, pontual. Na idade do monopólio, ademais da preservação das condições externas da produção capitalista, a intervenção estatal incide na organização e na dinâmica econômicas *desde dentro*, e de forma contínua e sistemática. Mais exatamente, no capitalismo monopolista, as funções *políticas* do Estado imbricam-se organicamente com as suas funções *econômicas* (NETTO, 2011, p. 24-25, grifo do autor).

Para Yazbek (2015), a dominação capitalista não se restringe ao plano econômico, abarcando as diversas esferas da vida do sujeito. A autora afirma que o Estado tem a função de apoiar e garantir “a reprodução das relações sociais, assumindo o papel de regulador e fiador dessas relações, intervindo tanto na viabilização do processo acumulativo como na reposição das classes subalternas” (YAZBEK, 2015, p. 49).

Sobre o papel do Estado na garantia da dominação capitalista, por meio da reprodução das relações sociais, lamamoto e Carvalho (2008, p. 67) afirmam que “este é um processo eminentemente político, em que as classes dominantes têm no Estado o instrumento privilegiado do exercício de seu poder no conjunto da sociedade”.

Conforme Harvey (2005), o Estado é um instrumento a serviço da classe dominante que tem por objetivo assegurar a produção, circulação e troca de

mercadorias. Assim, para além da função de regulação, o autor chama atenção para o uso do aparato estatal no provimento de “bens públicos e infra-estruturas sociais e físicas; pré-requisitos necessários para a produção e troca capitalista, mas os quais nenhum capitalista individual acharia possível prover lucros” (HARVEY, 2005, p. 85).

Essas afirmativas apresentadas acima evidenciam uma conformação do Estado na sociedade capitalista, caracterizando-o de acordo com Marx (2009) como o Estado burguês.

O Estado burguês “[...] vai ter seu principal papel na regulação dessas que são as relações fundamentais da sociedade civil-política burguesa – as relações de produção” (SOUZA, 2010, p. 37). Para além de regulador das relações sociais ou provedor de infraestrutura, o Estado tem como função principal a garantia da sobrevivência e valorização do capitalismo.

No que se refere ao território, cabe destacar que o Estado incorpora o mesmo em sua forma abstrata (desprovido da vida social) na elaboração das políticas sociais, dentre elas a Política de Saúde.

Sack (1986) observa que a fragmentação territorial não apenas desconsidera a territorialidade contida no território, mas também é um dos componentes que corroboram para a fragmentação da consciência de classe. Este processo de fragmentar é fundamental para garantir o controle da população, mantendo o poder do Estado sobre os sujeitos.

O território é uma unidade do espaço, é onde estão postos o sentido pertencimento, as relações, as ações dos sujeitos. Porém, o espaço é recortado a todo momento, sendo abordado como territórios singularizados, esses repartidos em diversas escalas. É o que ocorre na saúde, o espaço é dividido em território que por sua vez se desmembra em município, distrito, área, micro-área. De acordo com Gondim et al. (2008, p. 03) a divisão territorial proporciona: “áreas de atuação de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político, que se estruturam no espaço e criam territórios próprios, dotados de poder”.

O Estado, enquanto quadro espacial, sendo instrumento que corrobora para a dominação capitalista no espaço abstrato, faz uso da política social para homogeneizar e obter o consenso.

Com isso, a política social, se materializa no território e expressa a luta de classes no interior do Estado. Ou seja, a luta de classes se dá no território de uma

política social determinada pelo Estado, na busca pela manutenção do espaço abstrato.

A Política Nacional de Saúde, com base nos discursos e modelos administrativo-gerenciais, incorpora o território como instrumento de gestão e atua sobre o mesmo via diretrizes de descentralização e regionalização.

A regionalização é a estratégia, defendida pelo Ministério da Saúde, para “[...] garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais, promover a equidade e a integralidade da atenção, racionalizar os gastos e otimizar os recursos, e potencializar o processo de descentralização” (GIL; LICHT; SANTOS, 2006, p. 36).

Ambas as diretrizes (regionalização e descentralização) marcam o processo de atuação do Estado no território, por meio de legislações e modelos operacionais que são elaborados e implantados com o discurso de otimizar recursos e promover outros princípios e diretrizes do SUS.

Diante de todo o debate realizado sobre espaço e território, no qual foram apresentadas compreensões que se baseiam tanto na vertente que busca analisar os elementos de forma crítica, quanto na vertente que possui uma visão conservadora sobre os elementos, cabe nesse momento entender como a Política de Saúde incorporou as categorias território e espaço, no decorrer do seu desenvolvimento histórico.

3 AS DIRETRIZES DE DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

“A racionalidade do Estado, técnica, planos e programas, suscita a contestação”.

(LEFEBVRE, 2006, p. 29)

A Política Nacional de Saúde brasileira materializada por meio do Sistema Único de Saúde, tem como arcabouço legal a Constituição Federal de 1988 – arts. 196 a 200 - e as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) que são: Lei nº 8142/1990 e Lei nº 8080/1990. O SUS dispõe, ainda, de uma série de instrumentos infraconstitucionais que o regulamentam ao longo das décadas de 1990 e 2000.

O SUS tem por objetivo formular uma Política de Saúde que promova nos campos social e econômico, a redução dos riscos e agravos de doenças, assegurando condições de promoção, proteção e recuperação, por meio do acesso universal e igualitário (BRASIL, 1990a).

As ações do SUS têm por base um conjunto de diretrizes e princípios que o estruturam, dentre esse conjunto se destacam, para fins de elaboração do presente trabalho, as diretrizes de descentralização e regionalização, já que ambas têm por base as categorias espaço/território.

Neste capítulo, o campo da saúde será abordado a partir da apreensão territorial que o mesmo realiza em suas ações de saúde voltadas para o atendimento da população. Para isto, será realizado um breve resgate histórico da saúde pública no Brasil, apontando as principais alterações nesse campo que conduzem para as diretrizes de descentralização e regionalização. O objetivo é destacar quando e em que contexto a descentralização e a regionalização passaram a integrar e orientar as diretrizes da Política de Saúde.

A partir da década de 1930, no Brasil, a saúde pública tornou-se função do Estado, que tinha como ação, nesse momento, a prevenção de doenças por meio de “[...] campanhas sanitárias de saúde pública e da organização de serviços rurais de profilaxia” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 594). Já as ações e serviços de saúde, com caráter curativo e individual, eram realizados através de atendimentos médicos, proporcionados pelas Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensões (CAP's e IAP's), que foram criados entre as décadas de 1920 e 1930. Havia, ainda,

a assistência médica filantrópica para a população não inserida no mercado de trabalho.

Em 1923, por meio da Lei Eloy Chaves, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). O Brasil, nesse momento, passava por processo de industrialização e urbanização, evidenciando a necessidade de garantir pensão, assistência à saúde e aposentadoria aos trabalhadores. A lei surgiu, então, para normatizar as iniciativas de organização dos fundos por trabalhadores. Esse foi o embrião da parceria público/privada que persistirá mesmo após a criação do SUS, tendo em vista que as CAP's eram criadas pelas empresas e administradas/financiadas por empregados e empregadores. O Estado não tinha responsabilidade financeira e nem organizacional nas CAP's (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

Na década de 1930, no primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945), foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), o Estado intervém no âmbito trabalhista e centraliza as ações por meio dos institutos. O contexto vivido era de lutas trabalhistas devido ao avanço do processo de industrialização e urbanização, sendo necessária uma resposta do Estado para conter o movimento dos trabalhadores. Ocorreu, nesse período, um aumento da compra da assistência médica privada, acentuando o modelo curativista (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

Sobre a oferta de serviço público de saúde, o que se tinha no país eram serviços de saúde pública centralizados e verticalizados, que tiveram essa forma de organização e ação ainda mais aprofundado na década de 1940 com a criação dos Serviços Nacionais de Saúde (que se destinavam a doenças específicas: malária, hanseníase) e do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) (esse modelo buscava articular serviços de caráter curativo com ações de prevenção, o mesmo foi muito influenciado pela medicina de prevenção norte-americana) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

No período de modernização vivido no Brasil, as ações de saúde ocorreram sem a participação dos movimentos populares e tinham por objetivo realizar um arranjo social para acomodar o novo modo de produção. Nesse contexto, as ações de saúde tinham como traço a pontualidade e a fragmentação social, setorial e territorial (DUARTE et al., 2015).

Duarte et al. (2015) destacam a fragmentação social e espacial, que foram corroboradas pela execução das ações por diferentes órgãos do governo, que

estavam sob o poder de agências internacionais. Prova disso, foi a criação, em 1942, do Sesp, esse teve origem a partir da parceria entre governos dos Estados Unidos e do Brasil.

Com a determinação de que a saúde pública compete ao Estado, o país vive uma dualidade entre serviços de saúde pública e assistência médica privada, essa dupla natureza não foi alterada com a criação do Ministério da Saúde no ano de 1953, e teve grande reflexo na III Conferência Nacional de Saúde (1963), onde duas vertentes se confrontaram: a primeira denominada como sanitarismo desenvolvimentista, que a partir da perspectiva de descentralização visava desenvolver ações mais próximas das necessidades de saúde da população. A segunda vertente foi proposta pelo setor securitário, “[...] propunha a ampliação da cobertura populacional da previdência social” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 595).

Diversos autores defendem que a III Conferência Nacional foi o embrião de um plano nacional de saúde, que tinha por base a descentralização como crítica ao caráter corporativo dos serviços médico-assistenciais. O tema central abordado nesse encontro era a estruturação de uma Política Nacional de Saúde que estivesse adequada ao cenário do país, por isso a defesa da descentralização e da municipalização (SOUZA, 2014).

Nesse momento as diretrizes foram propostas com base no entendimento de que os sujeitos, residentes nos territórios de oferta dos serviços saúde, teriam maior conhecimento sobre realidade, uma vez que, sendo pertencentes ao território, os sujeitos vivenciavam, por exemplo, endemias típicas da região (SOUZA, 2014).

Entretanto, as propostas defendidas na conferência não tiveram desdobramentos imediatos, tendo em vista a implantação do regime de exceção instituído com o golpe militar de 1964. O debate promovido ganhou força novamente, em 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde.

Além de propor a descentralização das ações, o encontro teceu críticas ao formato institucional do Ministério da Saúde e ao caráter fragmentário e corporativo dos serviços, propugnando por uma reforma na organização sanitária do país. Este modelo de saúde pública só viria a se consubstanciar a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e da articulação da sociedade civil em torno de um projeto para a saúde como direito da cidadania e dever do Estado, posteriormente inscrito na Constituição de 1988 (SOUZA, 2014, p. 08).

No ano de 1966, a vertente defendida pelo setor securitário se concretizou com a reunião dos IAP's no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Tal reunião permitiu o crescimento privado e empresarial da medicina dentro do Instituto e manteve, ao mesmo tempo, as campanhas sanitárias realizadas pelo Ministério da Saúde.

A década de 1970 foi marcada pela crise econômica⁶ que evidenciou as limitações contidas no modelo securitário de saúde, tendo em vista “[...] os padrões de saúde precários, com taxas de morbidade e mortalidade elevadas” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 595).

O cenário do período era de pobreza, padrões de saúde precários e desiguais, que tinham como modelo vigente de saúde o sistema securitário, centrado nos aspectos curativista e privatista, com custos elevados. Para atender a população pobre, no campo da saúde, o governo lançou, ao longo da década de 1970 e 1980, diversos projetos (sucessivos e/ou concomitantes) que objetivavam disciplinar, reformar e gerenciar o modelo de assistência médica vigente no país, expandindo-o para a população que não se encontrava inserida no mercado de trabalho (FLEURY; CARVALHO, 1998).

Dentre os diversos projetos formulados, cabe destacar o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) lançado em 1976, o mesmo questionava a estrutura de assistência médica previdenciária vigente e apontava para a adesão do modelo de atenção primária à saúde, tendo em vista que através do Fundo de Apoio Social gerido pela Caixa Econômica Federal, visava construir unidades básicas de saúde em municípios com até 20.000 habitantes (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O Piass conseguiu a ampliação da rede de unidades básicas nos municípios para atendimento da população, porém não conseguiu os investimentos necessários para a melhoria dos serviços de saúde. O mesmo foi condenado ao fracasso devido os poucos resultados alcançados e a escassez de recurso. Contudo, o Piass merece destaque por indicar estratégias de municipalização com base em territórios delimitados pelo quantitativo populacional.

⁶ Sobre o contexto da década de 1970 e 1980 no Brasil e seus impactos na área da saúde ver os seguintes autores: Mendes (2002); Franco e Merhy (2003); Paim (2001); e Silva Junior e Alves (2007).

Em 1977, houve outra tentativa de dissolver os problemas contidos no modelo securitário, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social-SINPAS e dentro desse órgão ocorreu a implantação do INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

O instituto tinha por objetivo redefinir o sistema previdenciário, reunindo as diversas instituições e atividades no campo do seguro social e da saúde. A atuação do Instituto se dava na compra de serviços médico-hospitalares especializados no setor privado com um custo menor e na integração dos serviços públicos de saúde, objetivando reduzir a diferença entre a parcela da população segurada e a não segurada. Sobre o INAMPS, Carvalho e Barbosa (2012, p. 18) afirmam:

A criação do INAMPS, em 1977, deu-se num contexto de aguçamento de contradições do sistema previdenciário, cada vez mais pressionado pela crescente ampliação da cobertura e pelas dificuldades de reduzir os custos da atenção médica, em face do modelo privatista e curativo vigente. A nova autarquia representou, assim como o conjunto do Sinpas, um projeto modernizante, racionalizador, de reformatação institucional de políticas públicas. Através de uma lógica sistêmica, pretendeu-se simultaneamente articular as ações de saúde entre si e estas com o conjunto das políticas de proteção social. No primeiro caso, através do Sistema Nacional de Saúde; no segundo caso, através do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social. Como componente simultâneo do SNS e do Sinpas, esperava-se do INAMPS o cumprimento do papel de braço assistencial do sistema de saúde e de braço da saúde do sistema de proteção social.

O INAMPS foi extinto legalmente em 1993, devido a falta de função e organicidade do mesmo, diante do emergente Sistema Único de Saúde. O debate em torno de diversos projetos para saúde no Brasil demonstrava a falência do modelo securitário na saúde e apontava a necessidade de reorganização dos serviços nessa área, tendo em vista que:

O modelo de assistência médica curativa, centrado no indivíduo, além de oferecer cobertura restrita aos segurados da previdência social, era oneroso e viu sua condução se deteriorar por gestão fraudulenta do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 597).

Na década de 1980, o debate em torno da necessidade de pensar um modelo nacional de saúde pública foi ampliado e intensificado pelo contexto de mobilização dos sujeitos, que manifestavam suas reivindicações por meio dos movimentos sociais na luta por direitos e pela redemocratização do país. Sobre o contexto na época, Souza Filho (2006, p. 255) é categórico:

O final da década de 1970 e os anos 1980 formam o palco do desenvolvimento desses “novos” movimentos no Brasil. Grupos organizados reivindicando melhores condições de educação, saúde, moradia, urbanização - além de buscarem fortalecer suas próprias identidades (mulher, índio, negro...) e lutarem a favor dos direitos humanos e de preservação do meio ambiente -, combinados com o surgimento de um movimento sindical autônomo e combativo e de partidos políticos com base social, expressam, sem dúvida alguma, o fortalecimento da sociedade civil brasileira.

No campo da luta pelo direito à saúde o Movimento de Reforma Sanitária⁷ assumiu papel de destaque (GONDIM et al., 2008, p. 03). Esse movimento foi constituído por sanitaristas, profissionais da saúde, intelectuais e usuários; seu objetivo era criticar o modelo médico assistencial privatista e fundamentar uma nova Política de Saúde baseada em ideais emancipatórios, pautado nos valores de democracia, justiça social e cidadania (BARRA, 2013).

Com base nesse contexto de luta contra um modelo centralizador e privatista foi implantado em 1982 o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), vinculado e financiado pelo INAMPS. Esse modelo dava ênfase à Atenção Primária como “porta de entrada” para os serviços de saúde. Essa era uma tentativa de fortalecer as instituições públicas frente ao modelo hospitalocêntrico privado, para isso a estratégia utilizada era de integração das instituições públicas de saúde existentes nas três esferas de governo em uma rede regionalizada e hierarquizada. De acordo com Reis, Araújo e Cecílio (2012, p. 08), o PAIS tinha como objetivos:

[...] a criação de sistemas de referência e contrarreferência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada, após sua plena utilização; previa 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 o estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos.

O programa atribuía centralidade a rede pública de saúde, freava o aumento de custos dos serviços de saúde privados e indicava a descentralização dos recursos como estratégia de fortalecimento da rede pública de serviços de saúde. As Ações Integradas de Saúde (AIS), desenvolvidas pelo programa direcionaram

⁷ O movimento elaborou o Projeto de Reforma Sanitária que tem como proposta a universalização do acesso, saúde como direito e dever do Estado, reorganização com a criação de um sistema unificado de saúde, descentralização do processo decisório abarcando a esfera estadual e municipal, financiamento e democratização vinculados a novos mecanismos de gestão - Conselhos de Saúde (BRAVO, 1996 apud CASTRO, 2009, p. 40).

“progressivamente para a universalização de clientela, para a integração/unificação operacional das diversas instâncias do sistema público e para a descentralização dos serviços e ações em direção aos municípios” (CARVALHO; BARBOSA, 2012, p. 22).

Apesar do baixo orçamento destinado as AIS, se comparado aos elevados recursos destinados ao setor privado, foi por meio das experiências alcançadas pelas AIS/PAIS que se construiu a base técnica e os princípios e diretrizes que conformaram o SUS na década seguinte. Tendo em vista que, para além da regionalização, hierarquização, descentralização; as AIS iniciaram também o processo de coordenação interinstitucional e gestão colegiada envolvendo tanto as esferas governamentais - Comissões interinstitucionais estaduais, regionais e municipais -, quanto os órgãos setoriais do governo federal - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CARVALHO; BARBOSA, 2012).

Tais comissões tornaram-se um espaço de “(...) pactuação de políticas, metas e recursos dos gestores entre si e destes com os prestadores, e até mesmo com os usuários, já que, em algumas dessas comissões, houve a participação de associações de profissionais e de moradores” (CARVALHO; BARBOSA, 2012, p. 23).

Em 1985, teve início, como forma de governo, a Nova República, a mesma demarcou a crise do modelo privatista securitário de saúde e o avanço do debate sobre a necessidade de criação de modelo público de saúde, comprometido com movimento de reforma sanitária. Expressão disso foi a troca de comando do INAMPS, representando um avanço nas propostas das AIS, uma vez que:

O comando do INAMPS foi assumido pelo grupo progressista, que tratou de disseminar os convênios das AISs por todo o país, aprofundando seus aspectos mais inovadores. Os 130 municípios signatários em março de 1985 passaram para 644 em dezembro e para 2.500 no final de 1986 (CARVALHO; BARBOSA, 2012, p. 24).

A expansão alcançada nos anos 1985-1986 acarretou no prevailecimento da estratégia de descentralização do comando, gerenciamento e dos recursos financeiros. Nesse momento, a descentralização permitiu o impulsionamento e o fortalecimento do modelo de assistência à saúde gestado pelas AIS.

Ora, o debate que estava posto naquele momento era qual modelo seria fortalecido e venceria disputa no campo da saúde durante a Nova República. Na

batalha travada o próprio INAMPS foi posto em xeque, visto que “nele permanecia concentrado um amplo poder, baseado principalmente no monopólio do relacionamento com o setor privado, que continuava representando a maior parte tanto da oferta hospitalar quanto dos recursos financeiros” (CARVALHO; BARBOSA, 2012, p. 24).

O grande marco para a concretização de uma Política de Saúde Pública foi a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada, em 1986 no Brasil, que reuniu amplos setores da sociedade para debater sobre saúde. A Conferência corroborou com os ideais do Projeto de Reforma Sanitária, no que se refere a visão de saúde a partir de um conceito mais abrangente. A demanda era a estatização da saúde e a criação do Sistema Único de Saúde desvinculado da previdência (CASTRO, 2009).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, marcada pelo elevado número de participação popular, teve como reflexo a ampla incorporação de suas propostas pelos marcos legais - Carta Magna e LOS. Assim, na avaliação de Carvalho e Barbosa (2012, p. 24), tal conferência:

[...] alcançou grande representatividade e cumpriu o papel de sistematizar tecnicamente e disseminar politicamente um projeto democrático de reforma sanitária, dirigido à universalização do acesso, equidade no atendimento, integralidade da atenção, unificação institucional do sistema, descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços, bem como participação da comunidade.

Reis, Araújo e Cecílio (2012) destacam que, para a realização desse debate em âmbito nacional, foram realizadas pré-conferências nas esferas estaduais e municipais, que levantaram como reivindicações três pontos: saúde como direito de todos os cidadãos, criação de uma Política Nacional de Saúde e as formas de financiamento para o setor.

Com a defesa de um conceito ampliado de saúde, o que se objetivava era uma intervenção ampla e contundente do Estado, que deveria atuar na articulação/elaboração de políticas que alterassem de modo mais profundo as condições de vida dos sujeitos, ou seja, sua atuação deveria abranger os diversos aspectos da vida da população que interferem no campo da saúde, como, por exemplo, educação, transporte, lazer, moradia, dentre outros (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

A participação da população nas decisões no campo da saúde também foi um tema defendido na VIII Conferência. O controle social era defendido durante as etapas de formulação, gestão e avaliação das políticas de saúde (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

Nesse contexto de efervescência política e de mobilização popular em torno de um projeto de saúde pública e de qualidade, estruturada por princípios e diretrizes consonantes com o modelo defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária, torna-se imperativo destacar a regionalização e descentralização, que nesse momento eram vistas como estratégias que possibilitariam a universalização, unificação e a hierarquização do modelo de saúde pública.

Em 1987 foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que era orientado, de acordo com Reis, Araújo e Cecílio (2012, p. 09), pelos seguintes princípios e diretrizes: “(...) universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários”.

Com a implantação do SUDS, ocorreu o repasse financeiro do governo federal para os estados e municípios investirem nas suas redes de serviços, renunciando assim a diretriz de municipalização contida no SUS. O SUDS consolidou, assim, o processo de democratização do acesso aos serviços de saúde, superando o modelo securitário, no qual era considerado cidadão, com direito ao acesso à saúde, aquele sujeito que possuía carteira assinada. Sobre a importância do SUDS e a extinção do modelo de assistência médica previdenciário, Carvalho e Barbosa (2012, p. 25) afirmam:

O programa dos SUDS representou a extinção legal da idéia de assistência médica previdenciária, redefinindo as funções e atribuições das três esferas gestoras no campo da saúde, reforçando a descentralização e restringindo o nível federal apenas às funções de coordenação política, planejamento, supervisão, normatização, regulamentação do relacionamento com o setor privado.

O SUDS marcou os antecedentes mais imediatos da criação do SUS. Contudo, as categorias descentralização e regionalização já se mostravam como elementos que mereciam maior discussão, dado que, de acordo com Pugin e Nascimento (1996, p. 21), a “atuação dos Estados foi variada e houve, em graus

diversos, práticas clientelistas e centralizadoras por parte dos governos estaduais em relação aos Municípios”.

A Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080 e nº 8.142 (ambas da década de 1990), incorporaram grande parte das demandas da Reforma Sanitária. Estes documentos foram as bases legais para a formulação e implementação do SUS.

De acordo com Oliveira, Souza e Ribeiro (2004, p. 249):

A Carta Constitucional de 1988 demarca, portanto, a possibilidade de construção de uma nova ordem. A partir do momento em que determina como uma das garantias para a sociedade civil, o direito de formular e controlar políticas propicia a possibilidade de um redimensionamento nas tradicionais relações de poder com o aparato estatal.

Diante da ruptura com o modelo médico assistencial privatista e filantrópico, a saúde passou a ser defendida como direito de todos e dever do Estado, no qual o SUS se efetiva como produto dessa alteração de concepção. Ocorre ainda uma ampliação da visão sobre o processo saúde-doença, assim, saúde deixa de ser entendida como ausência de doença e passa a ser entendida a partir de diversos elementos que, seguindo a orientação Organização Mundial de Saúde (OMS).

De acordo com a OMS a Política de Saúde deve ser entendida como “estratégia oficial organizada em ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas, tendo por objetivo maior a qualidade de vida da população” (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 40).

Os direitos sociais no Brasil têm como marco regulatório a Constituição Federal promulgada no ano de 1988, bem como as leis de regulamentação que visam operacionalizar tais direitos.

No país a Carta Magna estabelece, em seu art. 6º, a saúde como um dos direitos sociais:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988, p. 20).

A saúde, como direito social, é regulamentada pelos artigos 196 a 200 dispostos na Constituição Federal, que determinam a Política Pública de Saúde no país e, dentre outras medidas, estabelecem: diretrizes; atribuições; formas de

financiamento; os serviços de saúde devem objetivar a promoção, proteção e cura; o caráter complementar dos serviços privados.

A definição do SUS, na Constituição Federal de 1988, estabeleceu como os serviços de saúde seriam planejados, gerenciados e executados a partir daquela data, pois atendendo as demandas do Movimento de Reforma Sanitária e tendo por base o modelo do SUDS, ficou definido que o serviço seria organizado de forma hierarquizada, descentralizada e regionalizada, onde cada esfera de governo possui o comando único das ações. Com isso, a esfera federal e estadual ficou incumbida de planejar, gerenciar e financiar, possuindo, assim, competências comuns, já aos municípios coube a execução dos serviços.

É criado o Sistema Único de Saúde, que deve organizar as ações e serviços de saúde de modo descentralizado e com direção única em cada esfera de governo, além das diretrizes de atendimento integral e participação da comunidade. O setor privado participa do SUS de modo complementar. O Município, na condição de ente da federação, tem como competência a prestação de serviços de atendimento à saúde da população, com cooperação técnica do Estado e da União [...] (PUGIN; NASCIMENTO, 1996, p. 22-23).

Após a aprovação e definição do SUS, era necessário criar leis que o regulamentasse, o direcionasse; dessa forma, na década de 1990, foram aprovadas duas Leis Orgânicas da Saúde: Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90. Contudo, a década no Brasil não foi marcada apenas por conquistas, mas também por altas taxas de inflação, fracassos de sucessivos planos econômicos e moedas, implantação do neoliberalismo e privatizações.

Ora, as conquistas democráticas da população brasileira na década de 1980, entraram na década de 1990 fortemente ameaçadas pelo contexto político e econômico que o país vivenciava, já que, apesar da conquista de direitos – por meio das lutas sociais e da Constituição de 1988 -, a década de 1980 foi definida como a “década perdida” no campo econômico (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

Durante os anos de 1980 ocorreu o aumento da dívida pública, e nos limites impostos pelo sistema capitalista a classe trabalhadora, estavam as dificuldades de se formular políticas econômicas que impactassem na redistribuição de renda e nos investimentos. Os direitos obtidos tinham como barreira, para a sua efetivação, o contexto de crise econômica e política:

As conquistas democráticas dos trabalhadores e do movimento popular nos anos 1980 traziam a perspectiva de uma ampla e profunda reforma democrática do Estado, que incluiu o novo estatuto dos municípios e a revisão do pacto federativo no país. No entanto, a transformação desse projeto em processo não pôde ser plenamente realizada, já que veio se deparando com obstáculos econômicos, políticos e culturais [...] (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 182).

No Brasil, até a década de 1990, estava em disputa dois projetos de sociedade, o primeiro buscava a ampliação e concretização de direitos sociais, com responsabilização do Estado, assegurando o estabelecido na constituição; e o segundo objetivava a implantação do ideário neoliberal para saída da crise econômica, para isso era necessário “enxugar” as ações do Estado e promover políticas econômicas restritivas.

Todavia, esse momento não se passou sem conflitos. Se, por um lado, havia apoio de determinados setores da sociedade para a consolidação dos dispositivos constitucionais, por outro, havia grande resistência, principalmente por parte de setores afinados com o ideário neoliberal que, naquele momento (1990), aprofundava-se no país (SOUZA FILHO, 2006, p. 283).

Tal contexto de disputa entre projetos societários, teve como vitorioso o modelo neoliberal, o grande marco para a definição do projeto e do rumo que o país assumiria foi a vitória do candidato de direita à presidência Luiz Fernando Henrique Cardoso, em 1995.

No Governo de Fernando Henrique foram promovidas privatizações, reforma da previdência (com sobrecarga ao trabalhador), diminuição das funções administrativas do Estado com ênfase no enfraquecimento da ação do mesmo no campo social, subordinação financeira do país em relação ao mercado internacional (SOUZA FILHO, 2006).

Para a participação do país, ainda que de forma subordinada, no mercado financeiro internacional, foi pregado que o Estado deveria agir para dar centralidade ao mercado, como elemento de regulação social. Dessa maneira, o Estado deveria assegurar garantias de que o pagamento das dívidas internacionais ocorreria, para tanto, a defesa foi de diminuição dos gastos sociais, privatização das estatais e a garantia da liberdade de atuação do mercado com livre comércio (SOUZA FILHO, 2006).

Nas palavras de Souza Filho (2006), foi formulado um “padrão neoliberal de política social”, que tem suas bases fundadas no receituário neoliberal e nos princípios do “social-liberalismo”, ambos contrários ao molde democrático.

O projeto neoliberal, visando à redução (não eliminação) da intervenção do Estado na área social - a partir da concepção global de que o bem-estar social pertence à dimensão privada (família, comunidade e mercado) e que ao Estado cabe apenas o atendimento residual para os indivíduos que não conseguem ter suas necessidades atendidas no campo privado -, propõe estratégias para o desenvolvimento de políticas sociais baseadas, principalmente, na privatização, focalização e descentralização (SOUZA FILHO, 2006, p. 261-262).

O que se pode afirmar é que o neoliberalismo rechaça os princípios e diretrizes da universalidade, igualdade, gratuidade contidos na Política Nacional de Saúde, defendidos na Constituição de 1988. Porém, apesar do contexto da década de 1990 e do enfraquecimento dos movimentos sociais e participação popular, há que se ressaltar as conquistas, entre as décadas de 1990 e 1993, que foram: Leis Orgânicas da Saúde, Lei Orgânica da Assistência Social e o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Souza Filho (2006) destaca a importância dessas leis no contexto que o Brasil vivia, ressaltando o peso das mesmas no aspecto político-institucional e conceitual.

[...] elas se expressam como um verdadeiro instrumento político-cultural e institucional de contribuição para transformar a configuração predominante do Estado brasileiro, no que se refere às políticas sociais.

No aspecto conceitual, essas leis complementares representam um grande avanço para a continuidade da luta pela construção de um Estado provedor da universalização dos direitos sociais. Além disso, a existência dos conselhos deliberativos propicia um processo de redefinição da relação entre o Estado e a sociedade civil na dinâmica de gestão da sociedade (SOUZA FILHO, 2006, p. 284).

Sobre as Leis Orgânicas da Saúde, cabe destacar que a Lei nº 8080/90 regulamenta a organização e funcionamento do SUS, estabelecendo que as ações em saúde devam ocorrer nas três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal, estimulando, assim, o processo de descentralização e municipalização. A lei rege, ainda, sobre o atendimento integral do indivíduo através das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; a participação complementar do setor privado na saúde; e aspectos como o financiamento, gestão, planejamento e orçamento (BRASIL, 1990a).

A Lei nº 8.142/90 assegura controle social no SUS, por meio do estabelecimento pelas esferas de governo de instâncias colegiadas de decisão do SUS, sendo os Conselhos, as Conferências de Saúde e Comissões uma forma de garantir a democracia participativa na esfera da saúde (BRASIL, 1990b).

Na elaboração da Carta Magna foi afirmada a Seguridade Social, composta pela Saúde, pela Assistência Social e a Previdência. Por compor esse tripé, o SUS possui princípios e diretrizes que se relacionam com a Seguridade Social, sendo eles:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de atenção;
- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre a saúde;
- Participação da comunidade;
- Descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo;
- Regionalização e Hierarquização da rede de serviços de saúde (CASTRO, 2009, p. 41).

As diretrizes de descentralização e regionalização, propostas nesses marcos regulatórios, estão vinculadas a uma perspectiva territorial, tendo em vista que é proposto um sistema de saúde “descentralizado, unificado e hierarquizado [...]”. Esse modelo tem como objetivo maior a expansão do acesso à saúde (universalidade e integralidade), a atenção às necessidades locais, a participação social e o uso eficiente dos recursos” (GADELHA et al., 2011, p. 3008).

A descentralização, enquanto diretriz, esteve presente nas discussões/decisões sobre saúde ao longo da história de construção de uma Política Nacional de Saúde, no entanto o fato de ser presença constante não significa que foi defendida com a mesma formatação no decorrer das décadas. Ou seja, sua formatação variou de acordo com o contexto histórico, político cultural, econômico; os sujeitos e as intenções.

Para entender a mudança de formatação é necessário retornar à década de 1963, visto que a III Conferência Nacional de Saúde apresentou a proposta de municipalização, sendo necessário para a isso o desenvolvimento/implantação da

descentralização e da regionalização. A defesa realizada, na época, era que as populações locais tinham mais conhecimento sobre sua situação de saúde e por isso eram capazes de expor suas necessidades (SOUZA, 2014).

Apesar do debate sobre tais diretrizes ter início na década de 1960, cabe ressaltar que o mesmo não avança, devido a implantação do regime ditatorial no Brasil em 1964.

A descentralização e regionalização eram vistas como um caminho para melhorar as condições de vida e saúde da população. Porém, com o estabelecimento do regime autocrático burguês⁸, em 1964, ocorreu o inverso do proposto, com a centralização política e concentração de recursos no âmbito federal. O debate sobre as diretrizes foi retomado posteriormente com a abertura política.

Desse modo, a discussão sobre descentralização voltou a cena outras vezes, principalmente na década de 1970, com enfraquecimento do regime ditatorial e crescimento dos movimentos sociais e sindicais.

No contexto da reforma sanitária a descentralização adquire novos contornos, sendo “[...] entendida como uma estratégia de democratização e de incorporação de novos atores” na luta política por direitos (DUARTE et al., 2015, p. 476). No entanto, mesmo assumindo nova roupagem, a descentralização ainda se mostrava fortemente atrelada ao processo de regionalização, a consequência do entrelaço foi a disputa de funções e recursos entre os governos federal, estaduais e municipais.

[...] a descentralização (...). Está fortemente atrelada ao movimento municipalista que tomou força a partir do processo de redemocratização do país e da Assembleia Nacional Constituinte de 1987. Os municípios são alçados ao rol de entes federados a partir da Constituição Federal de 1988 e começa um período de tensionamento entre governo central e subnacionais na disputa por funções e recursos na gestão pública, o que significou avanços e retrocessos (DUARTE et al., 2015, p. 476).

No contexto de elaboração e aprovação da Constituição Federal de 1988, as diretrizes de regionalização, hierarquização e descentralização do planejamento e da gestão atribuem centralidade para o poder público que é reconhecido como o responsável pelas ações de saúde. Nesse contexto, os municípios assumem o status de entes federados e passam a disputar com a esfera federal as ações e recursos na administração pública (DUARTE et al., 2015).

⁸ Conforme Netto (2013).

Cabe ressaltar que, de acordo com Duarte et al. (2015), as diretrizes do SUS foram estabelecidas diante da dicotomia entre saúde coletiva e saúde individual, tal dicotomia manifesta-se entre conceito ampliado e a defesa por uma racionalidade no uso de recursos.

Torna-se evidente que, para além da disputa entre os governos, a determinação do SUS, a partir da Constituição de 1988, tinha que atender outro setor - o privado. Assim, a incorporação de princípios e diretrizes objetivou abarcar tanto os interesses do Movimento de Reforma Sanitária, quanto do projeto neoliberal.

No contexto da década de 1990, com vigência do neoliberalismo⁹, a demanda por serviço de saúde descentralizado não foi apenas reivindicação dos movimentos democratizantes, como parte de um projeto estratégico de democratização do estado brasileiro e de uma concepção de Política de Saúde, que promovesse a consolidação da cidadania. Para isso, a Política de Saúde foi defendida como um direito de todos, com caráter preventivo e curativo, que assegurasse o controle social nos serviços, promovesse mudanças nos mecanismos de financiamento e promovesse a descentralização como estratégia para reduzir as desigualdades regionais (ABRASCO, 2014).

A descentralização dos serviços era também defendida por diferentes perspectivas, no contexto neoliberal, dentre elas órgãos internacionais, que demonstravam interesse em aprimorar a alocação de recursos e criar sistemas de *accountability*, seguindo a determinação de redução do tamanho do Estado (OLIVEIRA, 2007).

Ambas as posições eram reforçadas pelo Consenso de Washington, que declarava que a descentralização não era boa apenas para a economia, mas também para a política das democracias em desenvolvimento, ao aproximar o governo das pessoas, ampliar a oferta de serviços e criar sistemas de *accountability*. Enfim, a descentralização foi fortemente recomendada pelas agências de financiamento para os países do América Latina no início dos anos 90, bem como amplamente defendida pelos movimentos democratizantes, que a viam como um dos pilares do processo de democratização e ampliação dos direitos sociais, tanto que essas coisas se confundiam com frequência, inclusive com reflexo na elaboração do texto constitucional (OLIVEIRA, 2007, p. 26).

⁹ Neoliberalismo entendido como uma reação política ao modelo de Estado intervencionista adquiriu notoriedade na década de 1970, devido a crise econômica vivenciada na época. O mesmo promoveu a: “integração mundial acima e além dos Estados nacionais, a globalização, acompanhada da desestruturação e reestruturação da produção capitalista e da redefinição do papel do Estado” (PINTO, 2009a, p. 48).

No contexto da década de 1990, as bandeiras de luta dos movimentos democratizantes foram ressignificadas. A defesa da descentralização e regionalização, como forma de eliminar as desigualdades regionais, foram ressignificadas e inseridas em um cenário de “mercantilização, a descoletivização e a despolitização dos direitos” (PINTO, 2009b, p. 24). A ressignificação das bandeiras de luta tem por base a dominância dos interesses privados em detrimento do universal.

De acordo com Silva (2001), centralização e descentralização são atributos sempre presentes, em alguma medida, na organização do Estado e cuja atribuição de sentidos tem padrões históricos, sociais, ideológicos e de conveniência. Na história recente de descentralização das políticas sociais na América Latina, esses padrões estariam ligados à combinação de duas lógicas de significação distintas- a política e a econômica. Assim:

Enquanto em uma das dimensões predomina a lógica da descentralização como proposta política de deslocamento dos eixos de poder para as instâncias locais, ampliando, como consequências, os mecanismos institucionais de democracia formal e promovendo a participação direta a sociedade, na outra predomina a lógica da racionalidade econômica, na qual se descentraliza para cobrar maior racionalidade e eficiência nas políticas setoriais (SILVA, 2001, p. 53).

Há que considerar também a diretriz de regionalização, que ao longo do processo histórico para a construção de uma Política Nacional de Saúde foi proposta com base em uma divisão do território, dos recursos, da gerência, entre os três entes federados. Com isso, junto com a perspectiva de descentralização, era proposta como recorte territorial de todo o país, com objetivo inicial de assegurar em todo o território nacional serviços de saúde, porém não tinha apresentado grandes definições, até a promulgação da Carta Magna.

A regionalização tem sua estruturação histórica na saúde a partir da Constituição Federal de 1988, que em seu art. 198 regula sobre a regionalização e hierarquização dos serviços e sua capacidade de resolução das demandas de saúde em todos os níveis de saúde (SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012). A proposta da regionalização é que, a partir da divisão territorial, seja possível a estruturação de uma rede assistencial de saúde que atendesse as particularidades de cada localidade:

[...] o fortalecimento da organização de redes regionalizadas e hierarquizadas, com base nas particularidades de cada território e nos princípios doutrinários e operacionais do SUS, enquanto estratégia de organização do sistema que busca considerar as múltiplas diversidades territoriais e populacionais (FERLA; LEAL; PINHEIRO, 2006, p. 48)

De acordo com Gil, Licht e Santos (2006, p. 38), a regionalização exige a definição de uma base territorial, sendo que a delimitação de regiões ocorre em territórios, nos quais as pessoas constroem redes de relacionamento e de poder.

A regionalização adquire centralidade no final da década de 1990 e início de 2000, a mesma passou a ser defendida por gestores, sob o discurso de melhorar os serviços de saúde, dar continuidade ao processo de descentralização e assegurar os princípios constitucionais. Assim, a proposta era recortar o país em regiões de saúde, para assegurar o previsto na Constituição Federal:

[...] por meio de um processo de constituição de regiões de saúde, que são definidas como recortes territoriais, de abrangência imediata acima da esfera municipal, composta por um ou mais municípios, com o fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade das ações e serviço de saúde (GIL; LICHT; SANTOS, 2006, p. 38).

No debate sobre regionalização, esta assume dois objetivos centrais, o primeiro é organizar os serviços de saúde e o segundo é o entendimento e organização do espaço social.

A regionalização defendida pela coletividade na década de 1980, baseava-se na oferta de serviços de saúde de acordo com o contexto, a vivência, as relações constituídas pela população em cada região. Com a ressignificação das bandeiras de luta, a partir da década de 1990, a regionalização passa a ser ordenada por princípios da eficiência, eficácia e redução de custo. Para Duarte et al. (2015, p. 477), atualmente estão postos dois processos de regionalização, um explícito e um implícito:

Há o processo de regionalização dos serviços, que é a tentativa de se organizar os serviços como forma de torná-los mais eficientes e eficazes, ou seja, conseguir atingir os objetivos do SUS de universalização, integralidade e equidade com maior qualidade e ao menor custo financeiro. Há, ainda, outro processo implícito de regionalização, ou melhor, criação de regiões de saúde a partir das características epidemiológicas de determinada população vivendo em determinados espaço e tempo.

Dessa maneira, pode-se afirmar que a regionalização é a estratégia defendida pelo Ministério da Saúde para “garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais, promover a equidade e a integralidade da atenção, racionalizar os gastos e otimizar os recursos, e potencializar o processo de descentralização” (GIL; LICHT; SANTOS, 2006, p. 36).

Assim, segue os mesmos preceitos da descentralização, pois tem que atender as demandas postas pelos movimentos sociais e sindicais durante a elaboração da Constituição de 1988 e ao mesmo tempo tem que atender os preceitos neoliberais, no sentido de otimizar recursos, racionalizar gastos, garantindo, então, a redução das ações do Estado no campo das políticas sociais.

Diante de todo o exposto, pode-se afirmar que a Política Nacional de Saúde incorpora o território estático/abstrato, aquele que está desprovido de ação humana, como instrumento de gestão e atua sobre o mesmo via diretrizes de descentralização e regionalização.

O estudo feito até o momento permite afirmar que, na vigência do modo de produção capitalista, com domínio do modelo neoliberal, a Política de Saúde tem incorporado o território natural, ou seja, aquele que no capítulo anterior foi explicitado como sendo a reunião de elementos geofísicos, que está descolado da realidade ao não considerar a ação humana, é um território sem sujeito, sem identidade, sem interação, sem o substrato da vida humana.

A incorporação do território natural, corrobora com a noção de espaço abstrato, alienado, defendida por Lefebvre. Entendendo a amplitude e a relação entre espaço e território, pode-se afirmar que um território natural requer uma concepção de espaço abstrata, desprovida de prática humana e espacial. Ou seja, a incorporação do território geofísico pela Política de Saúde necessariamente leva a incorporação do espaço abstrato, para romper com um é imprescindível romper com o outro.

Gondim et al. (2008, p. 04), afirma que a divisão realizada em um território estático/ coisificado, se assenta no discurso da gestão de promover uma “estratégia racionalizadora que entendia a organização dos serviços segundo níveis de complexidade tecnológica, localizados em áreas geográficas delimitadas com populações definidas”.

A descentralização e a regionalização defendida pelos gestores, devem convergir para o processo de municipalização. Uma vez que, a regionalização

propõe a criação de polos de serviços de saúde, interligando municípios e estados. Mais uma vez é possível demonstrar a “ressignificação da bandeira de luta” pelo neoliberalismo.

A municipalização, de acordo com Teixeira (1991, p. 11), deve ser entendida como “[...] parte de um processo de descentralização política, técnica e administrativa do sistema de saúde, que supõe uma reestruturação do poder no contínuo centralização e descentralização [...]”.

Entender a municipalização como um instrumento que auxilia o processo de operacionalização da descentralização, significa reconhecer a inversão da relação entre uma estrutura central (nível federal) e uma estrutura local (nível municipal). Tal inversão refere-se a:

[...] formulação e implementação de políticas, organização e gestão dos processos de trabalho e manejo de recursos (financeiros, humanos, fiscais e materiais) isto implica em uma reestruturação ampla, tanto das estruturas e práticas de cada nível de governo do sistema de saúde (federal, estadual e municipal), quanto das relações (políticas e administrativas, mediadas pela racionalidade técnica) (TEIXEIRA, 1991, p. 11).

Contudo, com o advento do neoliberalismo, a municipalização tem sido marcada pelo processo de responsabilização do município pela oferta de serviços de saúde e atendimento da população. Há uma transferência territorial de responsabilidade sem as devidas condições de financiamento, gestão e recursos (GONDIM et al., 2008).

A municipalização, no contexto atual, está posta na Política de Saúde como um novo modelo organizacional territorial, estabelecendo “[...] para cada sistema local de saúde, uma base territorial de abrangência populacional, na perspectiva de se implantar novas práticas em saúde capazes de responder com resolutividade [...] às necessidades e aos problemas de saúde de cada área delimitada” (GONDIM et al., 2008, p. 04). Este é o discurso principal da gestão: delimitar uma área, região para garantir a resolutividade. Porém, o mesmo traz consigo os princípios da eficiência, eficácia e economia, sendo desprovido de participação social.

Com base no cenário explicitado, de construção de uma Política Nacional de Saúde e de adesão ao neoliberalismo, nas décadas de 1990 e 2000, cabe destacar que as diretrizes de regionalização e descentralização foram ressignificadas e

incorporadas nas propostas de operacionalização do SUS, sendo difundidas entre as normatizações, programas e projetos do mesmo.

Em 1991, foi editada a primeira normatização do SUS, a Norma Operacional Básica (NOB-SUS/91), a mesma assegura os deveres dos Conselhos de Saúde, que deveriam elaborar estratégias e controlar a execução da Política de Saúde em cada esfera, fiscalizar os recursos que eram repassados as secretarias de saúde estaduais e municipais e aos fundos de saúde. O destaque desta NOB é o fato da mesma determinar que os recursos financeiros destinados diretamente aos municípios seriam proporcionais a cobertura populacional dos serviços de saúde (PUGIN; NASCIMENTO, 1996).

No ano de 1993, foi editada outra NOB-SUS/93, a mesma previa “**condições de gestão** das ações e serviços de saúde nos Estados e Municípios, normatizando seus distintos graus de autonomia com relação ao nível central” (PUGIN; NASCIMENTO, 1996, p. 25, grifo do autor). Assim, a NOB/93 estabelecia o nível de gestão e como ocorreria o repasse do recurso financeiro para o município, além de estabelecer as competências da esfera estadual.

De acordo com Reis, Araújo e Cecílio (2012), a NOB/93 foi lançada com o objetivo de restaurar o pacto de implantação do SUS, com direcionamento para a municipalização.

Institui níveis progressivos de gestão local do SUS e estabelece um conjunto de estratégias que consagra a descentralização político-administrativa na saúde. Também define diferentes níveis de responsabilidade e competência para a gestão do novo sistema de saúde (incipiente, parcial e semiplena, a depender das competências de cada gestor) e consagra ou ratifica os organismos colegiados com grau elevado de autonomia: as Comissões Intergestoras (Tripartite e Bipartite) (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012, p. 11).

Assim, em 1993, ocorreu expansão dos programas e serviços de saúde pública, dando impulso ao processo de descentralização política administrativa, demarcado pelo avanço da municipalização e o desenvolvimento de instituições colegiadas governamentais. Ocorreu nesse momento, ainda, a expansão dos conselhos municipais de saúde pelo país, em uma perspectiva de “democratizar controlando”, refletindo a implantação da diretriz de participação popular no debate sobre as questões de saúde na sociedade, ainda que de forma controlada (REIS;

ARAÚJO; CECÍLIO, 2012). A NOB/93 define regionalização e descentralização, sendo entendidas como:

Descentralização deve ser entendida como um processo implica redistribuição de poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novos entre as três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas, e controle social.

A descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões (...).

f) O objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo de assistência hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema;

g) A regionalização deve ser entendida como articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consociar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo (BRASIL, 1993, p. 01-02).

Em 1994, foi lançado o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de viabilizar a Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS. Essa foi uma estratégia do governo federal para viabilizar as diretrizes de descentralização e regionalização, uma vez que o programa norteava as ações de saúde nos municípios, garantindo assim a municipalização da Atenção Primária.

Diante do projeto de Reforma Sanitária e da consolidação do SUS, a Atenção Primária à Saúde surge como um caminho para a unificação da atenção à saúde no país (MERHY, 1997).

O grande marco para a Atenção Primária à Saúde foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Atenção Primária em Saúde¹⁰, realizada em Alma Ata (Cazaquistão), em 1978, a APS é apontada nessa conferência como estratégia para a melhoria das condições de saúde da população.

¹⁰ A Conferência de Alma-Ata é um marco histórico mundial da APS. A conferência foi organizada pela Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Essa conferência teve por base o questionamento a duas vertentes: a primeira vertente foi a crítica aos modelos verticais de intervenção da OMS em programas de combate a doenças transmissíveis. A segunda vertente questionada foi o modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista. Nesse encontro a Declaração de Alma-Ata foi aprovada e lançou em âmbito mundial a Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000, essa declaração afirma ainda a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos. A saúde é reiterada como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 576-579).

A Atenção Primária à Saúde emerge, então, como modelo de reorganização do Sistema de Saúde, uma vez que é definida como a porta de entrada para os serviços de saúde (primeiro nível de contato) e tem seu foco no indivíduo, família e comunidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A atenção primária à saúde (APS) como estratégia para orientar a organização do sistema de saúde e responder as necessidades da população exige o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la (GIOVANELLA et al., 2009, p. 784).

A APS, em sua concepção ampliada, ao entender saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social, requer uma atuação intersetorial, para que os determinantes sociais do processo saúde-doença sejam enfrentados a partir da articulação de diversos setores.

Em sua concepção ampliada a APS, enquanto modelo de organização do SUS, tinha o objetivo de superar o modelo de saúde curativista e hospitalocêntrico vigente no país. De acordo com Reis, Araújo e Cecílio (2012, p. 12), a APS foi pensada por:

[...] conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. Esses pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior – calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado [...].

Antes de demonstrar os avanços obtidos com o entendimento de que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo de viabilização da APS, cabe ressaltar que, entre 1996 e 2006, foram lançadas normatizações que contribuem para o aprofundamento da ESF e das diretrizes de descentralização e regionalização.

Em 1996, foi lançada a NOB-96, a mesma avançou na determinação da APS como modelo de ação na saúde, uma vez que determinou a aceleração do repasse de recursos financeiros da esfera federal para os estados e municípios, aprofundando, assim, a diretriz de regionalização e descentralização.

A NOB assegura o rompimento com o produtivismo do modelo curativista e avança no sentido de incentivar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a ESF, ambos voltados para um modelo de atenção integral. De acordo com Reis, Araújo e Cecílio (2012, p. 13), as principais mudanças acarretadas pela NOB-96 foram:

[...] a) a concepção ampliada de saúde – considera a concepção determinada pela Constituição englobando promoção, prevenção, condições sanitárias, ambientais, emprego, moradia etc.; b) o fortalecimento das instâncias colegiadas e da gestão pactuada e descentralizada – consagrada na prática com as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde; c) as transferências fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde direto para os fundos municipais de saúde, regulamentados pela NOB 96), com base na população e em valores per capita previamente fixados; d) novos mecanismos de classificação determinam os estágios de habilitação para a gestão, nos quais os municípios são classificados em duas condições: gestão plena da Atenção Básica e gestão plena do sistema municipal.

Em 2001, o Ministério da Saúde publicou a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01, com o objetivo de: “Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2001, p. 02).

De acordo com o texto da NOAS 01/01, a regionalização tem caráter de macroestratégia que visa a reorganização dos serviços de saúde “[...] em redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e populações definidas [...]” (SOUZA, 2001, p. 453).

A NOAS 01/01, enquanto estratégia a regionalização, deve abarcar um planejamento integrado, para isto deve compreender as noções de territorialidade, para estabelecer as prioridades de intervenção e determinar a estruturação de sistemas que sejam funcionais para a saúde.

O que se pretende evidenciar com a explanação sobre o previsto em cada normatização da Política de Saúde é o movimento realizado pela gestão até a estruturação da NOAS 01/01. Na mesma já é possível apontar claramente a noção de território natural, estático presente ao ser definido o conceito de região como:

[...] base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas,

geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras (BRASIL, 2001, p. 03).

A NOAS 01/01 prevê, ainda, que a regionalização, por meio da elaboração do Plano de Diretor de Regionalização:

[...] deve contemplar, no planejamento, noções de territorialidade, identificando prioridades de intervenção nos sistemas funcionais de saúde, a fim de garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços para a resolução dos problemas de saúde, com bom aproveitamento dos recursos (BRASIL, 2001, p. 03).

Dessa forma, de acordo com Gil, Licht e Santos (2006, p. 37):

[...] a proposta de regionalização presente na NOAS concebe a região de saúde conforme a tradição 'ibegeana', ou seja, como uma unidade de intervenção e ação do Estado. Constitui, pois, uma concepção hierárquica que poderá representar apenas a presença e controle das instituições estatais sobre o território a partir do centro.

No que diz respeito a descentralização, Teixeira (2002, p. 152), destaca que a NOAS/01 promoveu uma des (re) centralização, a partir do estímulo:

[...] do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, no sentido de assumirem a coordenação de um processo de regionalização da assistência que implica na organização de sistemas microrregionais de saúde, com os quais se busca superar uma 'excessiva' descentralização da gestão ocorrida no momento anterior.

Em 2002, foi lançada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) SUS/02, a mesma enfatizou o processo de regionalização do SUS, uma vez que afirmou que a municipalização da gestão era insuficiente para a estruturação do SUS, tendo em vista que não permitia a definição de forma mais evidente dos órgãos regionais que prestam serviços de saúde (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

Diante dessa percepção da deficiência dos mecanismos regionais, foi lançado em 2006 o Pacto pela Saúde, a partir de um conjunto de reformas institucionais que foram pactuadas entre as três esferas de governo, objetivando alterar a forma de gestão, com o estabelecimento de metas e acordos em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

No Pacto pela Vida são pactuados compromissos que visam a melhoria da situação de saúde da população brasileira, com prioridades e metas a serem cumpridas pelas três esferas de governo. Envolvendo questões de saúde, como por exemplo: saúde do idoso, saúde da mulher e fortalecimento da atenção básica (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

O Pacto em Defesa do SUS visa aproximar a população brasileira do SUS e envolve um conjunto de diretrizes, que visam, por exemplo, a responsabilização da saúde, promoção do financiamento e garantia de financiamento (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

Já o Pacto de Gestão, prevê o acordo entre os gestores para assegurar a regionalização, a definição do processo de descentralização com o planejamento de ações, e mudanças no financiamento.

Sobre o funcionamento do pacto Reis, Araújo e Cecílio (2012, p. 18, grifo do autor) explicitam:

Na adesão ao pacto, os gestores assinam em conjunto o **Termo de Compromisso**, no qual constam nos eixos prioritários as metas a serem atingidas anualmente ou bianualmente. Existe um sistema informatizado de monitoramento, o SISPACTO, que contém indicadores e metas atingidas do ano anterior e as pactuadas para o ano seguinte. São em torno de 40 indicadores, tais como: coeficiente de mortalidade infantil; cobertura de Programa de Saúde da Família; proporção de internação por complicação de diabetes; proporção de sete consultas ou mais de pré-natal; cobertura de primeira consulta odontológica programática, entre outros.

Tabela 1 - Histórico de normatizações do SUS que consolidam a APS e a ESF, como elementos viabilizantes da descentralização e regionalização.

Norma Jurídica	Disposição	Descentralização/Regionalização
1988 - Constituição da República Federativa do Brasil (Artigos 196-200)	Determina a criação do SUS, afirmando a saúde como direito de todos e dever do Estado.	São instituídas a descentralização e a regionalização como diretrizes do SUS.
1990 - Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080)	Regulamenta a organização e funcionamento do SUS.	Determina que as ações de saúde devam ocorrer nas três esferas de governo, com estímulo a descentralização e municipalização.

(Continua)

(Conclusão)

Norma Jurídica	Disposição	Descentralização/Regionalização
1990 - Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.142)	Assegura o controle social no SUS.	Determina a existência de Conselhos, Conferências, Fundos e Comissões de saúde, garantindo a participação popular nos processos de descentralização e regionalização.
1991 - Norma Operacional Básica (NOB-SUS/91)	Determina os deveres dos Conselhos de Saúde no que se refere a fiscalização dos recursos financeiros.	Ênfase no processo de descentralização, regionalização e municipalização, que deve ser fiscalizado pelos Conselhos de Saúde.
1993 - Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/93)	Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de acordo com níveis de gestão.	Define as diretrizes de descentralização e regionalização. Reafirma a municipalização, com maior definição de responsabilidades e competências entre as três esferas de governo.
1996 - Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/96)	Determina a APS como modelo de ação na saúde, com incentivo ao PACS e PSF.	Aprofunda as diretrizes de descentralização e regionalização, com a determinação da aceleração do repasse dos recursos financeiros da esfera federal para a estadual e municipal.
2001 - NOAS-SUS 01/01	Promover a equidade no acesso ao serviço de saúde e na alocação do recurso.	Ênfase na regionalização como macro estratégia, a partir da criação de redes de atenção em um território delimitado. Estados e municípios devem elaborar planos diretores de regionalização.
2006 - Pacto pela Saúde	Objetiva alterar a forma de gestão, a partir do estabelecimento de pactos nas três esferas de governo.	Prevê o Pacto de Gestão que estabelece que os gestores devem assegurar a regionalização e definir ações para a descentralização.

Fonte: Da autora (2017).

No Brasil, ainda no ano de 2006, o Ministério da Saúde editou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Portaria Ministerial nº 648/GM, de 28 de março de 2006), a mesma ampliou a concepção da Atenção Básica ao adotar elementos de uma APS abrangente, afirmando-a como ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a portaria GM nº 2.488/2011, a mesma revogava a portaria nº 648/2006, estabelecia a revisão das diretrizes da Atenção Básica e aprovava a Política Nacional de Atenção Básica para o modelo de Estratégia Saúde Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Segundo a PNAB a atenção básica:

É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos [...]. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011, p. 19-20).

A PNAB reconhece a Saúde da Família como modelo capaz de viabilizar a reorientação do modelo assistencial à saúde e reorganizar a atenção básica.

O modelo Saúde da Família teve como precursor o PACS, que foi criado em 1987 no estado do Ceará¹¹. Em 1991, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), o mesmo tinha por objetivo elaborar o perfil epidemiológico das comunidades, com foco na promoção da saúde a baixo custo, sendo Agente Comunitário de Saúde (ACS) o elo entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 2005).

Por meio da Portaria MS nº 692/94, foi adotado o Programa de Saúde da Família, hoje denominada Estratégia Saúde da Família (ESF). Suas ações são pautadas em uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, uma vez que a atenção à saúde é centralizada na família e no meio onde ela vive.

A Estratégia Saúde da Família visa à reversão do modelo assistencial vigente, em que predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (BRASIL, 2011, p. 21).

O Ministério da Saúde, em 1997, objetivando assegurar a ESF e aumentar sua capacidade de ação, estabeleceu diretrizes para o modelo de intervenção:

¹¹ O PACS foi criado em 1987 e inicialmente desenvolvia “frentes de trabalho em uma conjuntura de seca, o programa estadual, com recursos financeiros dos fundos especiais de emergência destinados pelo governo federal, foi desenvolvido especialmente por mulheres, que, após treinamento de duas semanas, realizaram ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense” (BRASIL, 2005, p. 15).

- a) O caráter substitutivo em relação à Atenção Básica Tradicional, o que significa a substituição de práticas convencionais de assistência por uma nova forma de intervenção;
- b) A territorialização e Adscrição dos usuários, tendo em vista que o trabalho ocorre sobre um território definido que garante a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado, esta diretriz assegura a criação de vínculo com comunidade e a responsabilização dos cuidados de saúde entre a equipe e a população;
- c) A Integralidade e hierarquização, pois a Unidade de Atenção Primária à Saúde constitui como porta de entrada aos serviços do sistema local de saúde, esta diretriz determina que a Atenção Básica esteja vinculada a rede de serviços de saúde garantindo assim atenção integral e o sistema de referência e contra-referência;
- d) A composição da equipe de forma multiprofissional, composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e 04 a 06 agentes comunitários de saúde (ACS).

A adoção e o incentivo à ESF explicitam a existência de uma abordagem territorial que se apresenta com contundência, por meio de diversas nomenclaturas como: município, o distrito sanitário, região sanitária, micro área, área de abrangência. Sob o discurso de que essa divisão possibilita a captação de dados demográficos, condições de saúde, de vida e de ambiente, o que se tem é uma fragmentação territorial com múltiplos sentidos e entendimentos para o território (GONDIM et al., 2008).

Tomando como referência de análise as reflexões que designa o espaço como instrumento pelo qual o capitalismo assegura a reprodução das relações de produção, instaurando a concepção de espaço abstrato, pode-se afirmar que na Política Nacional de Saúde há indicações da adoção de uma perspectiva territorial que corrobore com esse modelo de dominação. No próximo capítulo as legislações serão analisadas e evidenciarão a concepção de espaço contida no SUS.

Considerando a dinâmica do SUS, torna-se evidente que o mesmo assume uma perspectiva territorial, que no modo de produção capitalista, tendo o neoliberalismo como norteador das ações, tal divisão territorial deve proporcionar um território abstrato, desprovido de vivência humana, marcado pela dominação e controle social; território esse, diferente da concepção adotada neste trabalho.

A concepção de análise assumida nesse trabalho é de território usado, no qual ocorre o exercício da vida humana, é onde o homem se realiza historicamente. O mesmo é marcado ainda pelo desenvolvimento das relações humanas (SANTOS, 1999).

O modelo de saúde adotado no Brasil assume uma estrutura territorial estática, natural, já que, como já indicado no trabalho, a ESF tem por base a intervenção no território, para isso o mesmo é dividido em diversas modalidades (região sanitária, área de abrangência, micro área) com o discurso de delimitar a área de intervenção das equipes de saúde.

Com a adoção da ESF, tem-se como perspectiva territorial a diretriz de territorialização. A adoção dessa diretriz tem por objetivo, no discurso defendido pela gestão, estruturada na sociedade capitalista, conhecer as condições de vida do sujeito e as demandas de saúde (GONDIM et al., 2008).

A territorialização vem sendo usada, pela gestão, como um “instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada” (MONKEN; BARCELLOS, 2005 apud SANTOS; RIGOTTO, 2010, p. 388).

Cabe lembrar que, enquanto ação no território estático/coisificado, a territorialização assume três sentidos diferentes e complementares na Política Nacional de Saúde:

[...] de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (PEREIRA; BARCELLOS, 2006, p. 48).

Diante da citação acima, pode-se afirmar que a territorialização na Política de Saúde constitui-se centralmente a da delimitação no território da população a ser atendida, este inclusive é um requisito para receber o financiamento do Ministério da Saúde.

A territorialização é, portanto, um recorte/limitação no território natural realizado com o objetivo de delimitar uma área de abrangência a ser atendida pela equipe de saúde. A área de abrangência é delimitada de acordo com um quantitativo populacional, assim a mesma deverá ser composta por no máximo 1.000 famílias ou

4.500 pessoas. A delimitação da área de abrangência “pode compreender um bairro, parte dele, ou de vários bairros, nas áreas urbanas ou em várias localidades, incluindo população esparsa em áreas rurais” (GONDIM et al., 2008, p. 12).

Um dos desafios postos aos estudiosos que se dedicam à temática de territorialização é delimitar, determinar qual o real caráter da mesma. Desta forma, a territorialização tem sido designada como técnica ou tecnologia (FARIA, 2013), como instrumento (SANTOS; RIGOTTO, 2010), como processo (PEREIRA; BARCELLOS, 2006), como elemento operacional da vigilância em saúde (TEIXEIRA, 2009), como ferramenta metodológica (GONDIM et al., 2008). Entretanto, independentemente do ponto vista técnico-operativo assumido pelos diversos autores, o que está em análise na territorialização, municipalização, regionalização e descentralização é a adoção de uma perspectiva de território natural/espço abstrato assumido, por meio da legislação federal, estadual e municipal.

O que se observa pela aplicabilidade da Política, a partir da experiência é que a territorialização na saúde se caracteriza por ser um procedimento realizado com objetivo de delimitar o território a ser atendido e se limita ao cadastro das famílias para alimentar dados populacionais e de saúde solicitados pelo órgão gestor. A concepção relatada do processo de territorialização é corroborada por Haesbaert (2009, p. 103) através da afirmação: “[...] talvez devêssemos mesmo reconhecer, a maior parte dos processos de territorialização, dentro da lógica capitalista, prioriza as problemáticas materiais-funcionais do território [...]”.

Ao ser analisada de forma crítica a territorialização deve ser entendida como a apropriação do território pelo homem, apropriação que possibilita ao sujeito social ser constituído e constituir o território. A territorialização como condição de construção de uma identidade territorial, bem como a construção do homem, tendo em vista que a mesma é uma prática humana (HAESBAERT, 2009).

Ao percorrer o caminho de construção da Política de Saúde e demonstrar a existência de uma abordagem territorial, de forma natural/estática/coisificada por meio das normatizações, buscou-se demonstrar o processo de resignificação sofrido, no contexto neoliberal, pelas diretrizes defendidas pelo Movimento de Reforma Sanitária, colocando em xeque o processo de democratização da saúde defendido nas últimas décadas.

O debate realizado buscou, ainda, demonstrar que processos de descentralização, regionalização, municipalização e territorialização possuem o mesmo trato territorial, na Política de Saúde, sobre determinação do capitalismo, que a concepção de um espaço alienado, com abordagem de um território coisificado, recortado em diversas formatações (área, região, microrregião, macrorregião), embasado pelo discurso de gestores, expresso em legislações que visam atender a princípios preconizados pelo modelo neoliberal, como: eficácia, eficiência, economia, *accountability*.

Cabe no último capítulo demonstrar, a partir de três normatizações, uma para cada ente federativo, como está posto o recorte do território coisificado, mostrando o desenho assumido pela gestão. Para isso, serão abordadas a NOAS-SUS 01 de 2001, o Plano Diretor Estadual de Regionalização de Minas Gerais de 2010 e o Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora de 2013.

4 A ABORDAGEM TERRITORIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: O QUE DIZ AS NORMATIZAÇÕES

“[...] a classe operária, não mais ela, não disse sua última palavra; ela prossegue seu trajeto, ora subterrâneo, ora a céu aberto”.

(LEFEBVRE, 2006, p. 29)

Neste capítulo será problematizada a apreensão territorial acrítica realizada pela Política de Saúde. Para isso, ocorrerá a análise de normatizações que determinam o planejamento e a operacionalização dos serviços de saúde no país. O objetivo é demonstrar e debater, a partir do que está posto nas legislações, que a compreensão de território existente em tais documentos é natural, coisificado, desprovido de ação humana; corroborando para a manutenção da concepção de espaço abstrato/alienado e assegurando a manutenção do modo de dominação capitalista, por meio da Política de Saúde.

A partir das diretrizes de descentralização, regionalização, municipalização e territorialização, o capitalismo tem disseminado a noção do território, enquanto “base territorial” para atuação de serviços de saúde, que são executados/controlados pelo Estado.

Tais diretrizes foram defendidas por movimentos sociais na década de 1980, em um contexto de luta contra o modelo privatista na saúde, de afirmação dos serviços que estivessem voltados para a promoção e prevenção da saúde, de democratização do país, visando a participação popular nas instâncias de decisão.

Esse contexto promoveu a adoção das diretrizes de descentralização e regionalização previstas na Constituição Federal de 1988, como componentes de uma racionalidade que objetivava garantir e implantar os princípios, universalidade, equidade, integralidade. Contudo, ao longo da década de 1990, as normatizações complementares do SUS, iniciaram um processo de desresponsabilização da gestão federal e fragmentação do território natural, adotando a regionalização.

[...] a própria Constituição Federal define que haja integração de ações e serviços de saúde numa rede de base regional e hierarquizada, capaz de absorver as diretrizes da descentralização da gestão, da integralidade da atenção e participação da população. Também em relação a esse aspecto, a bibliografia aponta para um excesso de normas, em particular no âmbito federal, que acaba por definir uma lógica predominantemente burocrática

aos processos de indução de modelagens territorializadas de organização da atenção (FERLA; LEAL; PINHEIRO, 2006, p. 45).

Neste cenário, as conquistas obtidas pela classe trabalhadora na década de 1980, começam a ser desmontadas já na década seguinte pelo projeto neoliberal, sendo que o trato do território enquanto elemento físico e a fragmentação, elementos que tem corroborado para tal desmonte. Na luta pelos direitos fica evidente que a luta de classes, na sociedade capitalista, deve ocorrer também para obter o controle do território, para obter o controle das práticas espaciais e romper com a determinação do espaço abstrato pelo capitalismo, de modo a conquistar o território vivido e o espaço social.

Para entender como as normatizações na Política de Saúde, sobre os ditames da sociedade capitalista, tem assegurado suas formas de dominação, por meio do território natural, serão abordadas legislações dos três entes federativos, são elas: Norma Operacional da Assistência à Saúde 01 de 2001; Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais de 2010 e o Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora de 2013.

Dentre as diversas abordagens do território natural adotada pela Política de Saúde, nas normatizações que serão abordadas, a diretriz de regionalização prepondera. Tendo em vista que, durante a reforma sanitária até fim dos anos 1990, debateu-se muito sobre a categoria descentralização na saúde. A partir dos anos 2000 a regionalização adquiriu centralidade nos espaços de discussão sobre saúde, esta foi defendida pelos gestores como um instrumento de viabilização da descentralização. Tal esclarecimento faz-se necessário para justificar o foco na regionalização.

Sobre a metodologia de trabalho, para entender o caminho a ser percorrido neste capítulo, cabe destacar que esta é uma pesquisa qualitativa, a mesma não tem por objetivo quantificar dados e sim entender a dinâmica das relações sociais inseridas em um determinado espaço e tempo, que se reflete na Política de Saúde. De acordo com Minayo (2001, p. 14):

[...] a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Sendo a forma de abordagem qualitativa, a pesquisa desenvolvida é de caráter descritivo-documental. Descritiva porque visa descrever um fenômeno da realidade e documental por que serão abordadas legislações.

A pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, etc. (FONSECA, 2002, p. 32).

Como forma de abordagem das legislações, será utilizada a análise de conteúdo, também reconhecida como análise temática. Para Minayo (2007, p. 316), “a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

A análise de conteúdo é constituída de três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Durante a pré-análise o material é organizado e ocorrem diversas leituras do mesmo. Na exploração do material, ocorre uma categorização do mesmo, por meio do recorte de partes do texto, sendo os mesmos ordenados e classificados. E, por fim, ocorre a fase de tratamento dos resultados, na mesma as informações obtidas são abordadas a luz de uma interpretação (MINAYO, 2007).

Partindo do entendimento que este trabalho aborda legislações dos três entes federativos, o tema central e comum a todos é a abordagem territorial/espacial realizada em cada um dos documentos. Assim, a categorização realizada compreenderá os seguintes temas em cada documento: análise geográfica realizada, os objetivos, o trato territorial/espacial, a justificativa, os mecanismos de democratização e a atenção básica.

Antes de explicitar os pontos acima citados, cabe realizar uma demarcação sobre o ano e os governos que as normatizações foram aprovadas. Esses elementos sinalizam as intenções contidas nas legislações e o discurso assumido.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 01/01 - foi aprovada como anexo da Portaria Ministerial/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001. A mesma foi elaborada e implantada no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), o qual tinha como Ministro de Estado da Saúde, José Serra. Tal Portaria faz parte do documento “Regionalização da Assistência à saúde:

aprofundando a descentralização com equidade no acesso”, elaborado pelo Ministério da Saúde, esse documento faz uma explicação e defesa dos pontos contidos na NOAS.

Já o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG) foi elaborado em 2010, no governo de Antonio Augusto Junho Anastasia (2010-2014) e tem por base a NOAS 01/01.

O PDR/MG, criado no governo Anastasia, trazia consigo o *slogan* da gestão que era: “Tornar Minas Gerais o melhor estado para se viver”, assim o PDR/MG era um dos componentes do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010, p. 13). O PDR/MG foi definido como:

[...] um instrumento de planejamento em saúde ao estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010, p. 19).

A nível municipal, ocorreu em 2013 a elaboração do Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora, com metas e melhorias para os anos de 2014 a 2017. Elaborado na gestão do prefeito Bruno de Freitas Siqueira (2013-2020). Essas metas são pactuadas entre os entes federados e devem abarcar Juiz de Fora e região.

Estabelecido a cronologia e o cenário político de aprovação das normatizações cabe neste momento a apresentação e debate sobre os temas estruturados por meio da análise de conteúdo.

Do ponto de vista metodológico, cabe lembrar que serão abordadas as seguintes normatizações: Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/01, Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais e o Plano Municipal de Saúde Juiz de Fora. Durante a análise de conteúdo, nas fases de pré-análise e exploração do material, foram realizadas leituras e classificação do material. A última fase compreende o debate das categorias estruturadas a partir de temas.

A escolha dos temas que serão abordados se justifica pela percepção e entendimento da questão territorial e pelo fato da Política Nacional de Saúde, prevista em um projeto estratégico de democratização e participação popular, ser reconfigurada pelo projeto político-econômico neoliberal. Assim, os temas debatidos

serão: 1 - abordagem geográfica; 2 - objetivos; 3 - recorte/fragmentação territorial; 4 - justificativa; 5 - Atenção Primária à Saúde; 6 - mecanismos de democratização.

O primeiro tema a ser debatido é a abordagem geográfica realizada pelos documentos, a análise desta categoria tem por objetivo demonstrar o apelo aos números e dados populacionais, extensão territorial, dentre outros, como recurso para apontar a necessidade do recorte/fragmentação territorial.

A NOAS 01/01 não traz uma análise geográfica do país, abordando as regiões e a população, assim não é feito um estudo em nível federal da situação de saúde. O documento apenas afirma que o número imenso de municípios que constituem o país, torna difícil garantir a funcionalidade do sistema de saúde.

Existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema funcional completo, assim como existem dezenas que demandam a existência de mais de um sistema em sua área de abrangência, mas, simultaneamente, são polos de atração regional (BRASIL, 2001, p. 33).

Mas, embora a NOAS 01/01 não forneça um estudo geográfico por regiões, o recorte territorial por unidades federativas é proposto na mesma. O Discurso utilizado não é a existência de desigualdades entre os estados, mas sim de uma “[...] marcante heterogeneidade entre estados, e mais ainda entre municípios [...]” (BRASIL, 2001, p. 11).

No nível estadual, o PDR/MG apresenta um estudo geográfico. No mesmo são abordados dados como: a extensão territorial do estado de Minas Gerais, o número de municípios que o constituem, o quantitativo populacional, expectativa de vida. Como é possível ver na figura 1.

O estudo geográfico apresentado no PDR/MG tem por objetivo demonstrar as diferenças populacionais, demográficas e socioeconômicas presentes em Minas Gerais.

As regiões de Minas Gerais apresentam características distintas quanto à distribuição populacional, densidade demográfica e características socioeconômicas. As regiões Norte, Noroeste, Jequitinhonha/ Mucuri e Rio Doce concentram grande parte de municípios com condições socioeconômicas menos favorecidas. Além disso, as regiões Norte e Nordeste concentram pequena população em grande extensão territorial, resultando em uma baixa densidade demográfica e grandes distâncias entre os municípios, vindo a seguir as regiões do Alto Paranaíba e Jequitinhonha/Mucuri. Já as regiões Sul de Minas, Zona da Mata e Central concentram grande número de municípios, em sua maioria com pequena

extensão territorial e maior proximidade entre eles. Essas regiões detêm a maior parcela da população do Estado, sendo que Belo Horizonte concentra 2.452.617 habitantes (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010, p. 32).

Figura 1 - Abordagem Geográfica contida no PDR/MG.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Figura 2 - Abordagem Geográfica contida no Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora.

Mapa de Minas Gerais/Juiz de Fora



Mapa de Juiz de Fora, área rural e distritos



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora (JUIZ DE FORA, 2013).

Com isso, o discurso de recortar o estado está fundamentado na ideia de que o mesmo possui regiões desiguais, com níveis de desenvolvimento econômico diferente e que para isto é necessário recortá-lo.

Já no nível municipal, o Plano de Saúde de Juiz de Fora também aborda características geográficas e históricas. No plano são trabalhados indicadores demográficos, educacionais, econômicos e sociais.

Sendo Juiz de Fora um dos municípios polos na divisão regional promovida no estado de Minas Gerais, o plano ressalta as características econômicas e sociais da cidade.

Destaca-se na fabricação de alimentos, bebidas, produtos têxteis, artigos de vestuário, mobiliário, metalurgia, montagem de veículos e na comercialização destes e de outros produtos. Segundo a Fundação Getúlio Vargas (FGV) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Juiz de Fora é a quarta cidade em população e a quinta maior economia do Estado de Minas Gerais e está entre as 100 cidades brasileiras com as melhores condições para investimentos. É referência em saúde e educação, possuindo uma rede de assistência à saúde bem equipada, e várias instituições de ensino superior, dentre elas a Universidade Federal de Juiz de Fora, uma das melhores do país (JUIZ DE FORA, 2013, p. 03).

O que se observa no nível municipal é que com o processo de regionalização da saúde, proposto pelo governo federal, os territórios naturais têm que disputar entre eles a obtenção de recursos financeiros e materiais, ofertados pelas outras esferas de gestão. Assim, os municípios polos acabam destacando suas potencialidades, para garantir o recebimento de recursos, materiais, serviços.

Tal disputa de recursos demonstra a imbricação entre política social e economia, fazendo com que municípios disputem entre eles a obtenção de recurso e não coloque em xeque o sistema de financiamento, nem o sistema capitalista. Não há questionamento da estrutura capitalista, movida por metas, por territórios naturais, fragmentados e por políticas sociais controladoras da população.

O não questionamento ocorre em função da correlação de força existente desde a década de 1990, a Política de Saúde não conseguiu avançar em algumas perspectivas mais democratizantes e questionadoras. É devido à falta de questionamento que Saquet (2015) destaca a passividade do território natural frente às determinações capitalistas.

Além disso, as *localidades* concorrerão entre si mesmas para conseguir recursos, ao invés de confrontar os ricos. Este papel *passivo* dos *territórios locais* é ideologicamente justificado como *encantador* de nossa liberdade de escolha e movimento; o território se torna uma *ferramenta* dos ricos para explorar as *massas* (SAQUET, 2015, p. 85, grifo do autor).

Os apontamentos geográficos realizados nas legislações demonstram o alinhamento de discurso dos três entes federativos. Visto que, no nível federal é destacada a heterogeneidade das unidades federativas que compõem o país, conduzindo a ideia que cada estado deverá reorganizar seus serviços em redes de serviços por regiões.

O plano estadual ao realizar sua abordagem geográfica destaca a desigualdade econômica e de número populacional presente dentro do estado, assim a gestão estadual defende recortar o território natural em regiões para suprir as desigualdades.

E no nível municipal, os municípios com mais disponibilidade de serviços de saúde e infraestrutura tendem a ressaltar seus aspectos positivos, com o objetivo de concentrar a alocação de recursos nos mesmos. Esse foi o caminho realizado pela gestão municipal de Juiz de Fora.

Assim, usando o discurso de conter a heterogeneidade e as desigualdades, pode se perceber que ao abordar características físicas, áreas limítrofes e dados populacionais, o Estado faz uso do território natural/coisificado para garantir a homogeneização das ações, assegurar seu domínio sobre a Política de Saúde e garantir que as desigualdades permaneçam, pois com o recorte territorial, as regiões passam a disputar recursos entre si. Entender os objetivos da fragmentação territorial, descritos nas legislações é fundamental para expor a racionalidade capitalista.

Neste segundo tema serão apontados e discutidos os objetivos de cada normatização. O que ganha relevância é a camuflagem propiciada pelo discurso de garantir os princípios e diretrizes da Política de Saúde, estabelecidos pela Constituição Federal, incorporando a adoção de preceitos neoliberais na execução da Política de Saúde.

Os objetivos da NOAS 01/01 se dividem entre as categorias: geral e específico. O objetivo geral é “Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2001, p. 14).

Já os de caráter específicos são:

- Fortalecer a capacidade de planejamento e organização dos sistemas estaduais, articulando e integrando os sistemas municipais.
- Fortalecer as capacidades gestoras das SES e SMS em suas funções de contratação, regulação, controle, auditoria e avaliação de serviços, bem como de monitoramento e avaliação dos resultados do sistema de saúde.
- Definir a divisão de responsabilidades entre estados e municípios na gestão do SUS, de forma clara e coerente com a organização de sistemas funcionais de atenção.
- Responsabilizar as SMS pela garantia de acesso dos seus próprios munícipes e dos usuários formalmente referenciados aos serviços localizados em seu território.
- Responsabilizar as SES pela coordenação do processo de regionalização, da Programação Pactuada e Integrada e do estabelecimento de referências intermunicipais, a ser desenvolvido em conjunto com os municípios.
- Promover a definição do papel de cada município na rede regionalizada e resolutive.
- Aperfeiçoar o processo de habilitação de estados e municípios à gestão descentralizada do SUS, superando seu caráter cartorial e contemplando a heterogeneidade dos entes federados brasileiros.
- Concluir a habilitação de 100% dos municípios a gestão descentralizada do SUS e agilizar a habilitação dos estados à Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE).
- Reverter a lógica do financiamento centrada na oferta de serviços, buscando orientar o processo alocativo pelas necessidades de saúde e assegurar a sustentabilidade das intervenções prioritárias da política de saúde.
- Incrementar o volume absoluto das transferências fundo a fundo e sua proporção no total das despesas do Ministério da Saúde.
- Definir os limites financeiros de recursos federais alocados em todos os municípios do País, considerando suas bases territoriais-populacionais e unidades assistenciais neles sediadas, explicitando os recursos destinados aos residentes e às referências intermunicipais.
- Promover maior equidade na alocação de recursos, por meio do aumento de transferência fundo a fundo de recursos calculados em base per capita, para o financiamento das ações básicas e ações selecionadas de média complexidade.
- Promover a melhoria da qualidade de atenção e do acesso dos cidadãos às ações de saúde de todos os níveis de complexidade, independente de seu município de residência (BRASIL, 2001, p. 15).

Aspectos centrais dos objetivos inscritos na NOAS 01/01 podem ser destacados como: a racionalização de recursos, responsabilização do estado e do município e delimitação de um território-populacional.

No plano estadual os objetivos do PDR/MG também estão divididos entre geral e específicos. O objetivo geral do PDR/MG é “Distribuir e ordenar os espaços territoriais da unidade federada conforme o modelo de atenção à saúde, tendo em vista a organização das redes e os princípios da equidade, integralidade, economia de escala, escopo e acessibilidade da população” (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010, p. 44).

Já os objetivos específicos são:

- Identificar e propor novos padrões espaciais de oferta de serviços, de produção, de necessidades, de fluxos, conforme modelo de atenção esperado;
- Implementar e fortalecer a descentralização;
- Subsidiar a organização das redes de atenção à saúde;
- Subsidiar a organização do fluxo, orientação da demanda, a oferta de serviços com equidade;
- Definir os limites territoriais das micros e macrorregiões conforme critérios populacionais e acessibilidade, com base nos fluxos assistenciais, mas tendo em vista sua otimização e a tipologia;
- Estabelecer bases e padrões para os cálculos dos vazios assistenciais e da resolubilidade de cada nível e de cada região;
- Subsidiar a construção de estratégias para ideias de pertencimento regional;
- Subsidiar a construção de estratégias para ampliação de governança e da cogestão;
- Subsidiar a compatibilidade da gestão com as ações da assistência;
- Subsidiar a construção da equidade e da integralidade (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010, p. 44).

No nível estadual, os objetivos são: subsidiar, limites territoriais, economia de escala e escopo se destacam, demonstrando o caminho e as tarefas que a regionalização terá que cumprir no estado.

Na esfera municipal, o Plano não apresenta a divisão de objetivos entre geral e específicos. As ações do Plano Municipal de Saúde, na cidade de Juiz de Fora, estão voltadas para dois objetivos, que expressam a importância do planejamento municipal, para a gestão:

[...] o fortalecimento da Atenção Primária, como centro de atenção que se comunica com toda a rede assistencial e a Regionalização, que caminha ao encontro da orientação no Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais 2012-2015 e legislação federal (JUIZ DE FORA, 2013, p. 12).

Ao analisar esses objetivos, com base no estudo realizado, torna-se evidente que os mesmos nas legislações abordadas estão voltados para aspectos gerencialistas e operacionais do processo de recorte territorial. Dessa forma, os objetivos não direcionam os serviços de saúde para a concretização dos princípios constitucionais da Política de Saúde, e sim determinam, partindo da esfera federal até a esfera municipal, como e em que moldes ocorrerá a fragmentação territorial.

Na explanação sobre os objetivos está evidente a hierarquização da gestão, a responsabilização do município e a adoção de preceitos neoliberalistas,

escamoteadas pelo discurso de efetivação dos princípios constitucionais da Política de Saúde.

A regência descentralização/regionalização manifesta clara transferência de responsabilidade para os municípios. Uma vez que a gestão federal defende responsabilizar estados e municípios na execução dos serviços. O nível estadual defende que o seu papel é subsidiar a execução das ações em saúde e no nível municipal cabe a execução dos mesmos.

Na década de 1990, a descentralização foi ressignificada pelo projeto político-econômico neoliberal, induzindo a transferência de responsabilidade das esferas federal e estadual para a municipal, de forma diferente da prevista na Constituição Federal de 1988, uma vez que não há transferência de autonomia e recursos financeiros necessários para a execução dos serviços no nível municipal. E, atualmente, o processo de regionalização iniciado a partir dos anos 2000, é a forma privilegiada para dar continuidade às ações iniciadas pela descentralização na década de 1990 que reconfiguram a Política de Saúde.

Cabe lembrar que a descentralização defendida pelos movimentos sociais na década de 1980, centrava-se como uma das diretrizes capazes de promover a democratização da Política de Saúde, rompendo com a racionalidade privatista e centralizadora presentes no campo da saúde. Para promover as mudanças necessárias, Ferla, Leal e Pinheiro (2006, p. 37) destacam que a descentralização faz parte de um tripé composto pela integralidade e a participação popular.

A descentralização do sistema de saúde é princípio ético-político do processo de reformas institucionais que vem sendo implementado no Brasil, principalmente a partir do final da década de 1980, com a criação do SUS. Conforme prevê o texto da Constituição brasileira de 1988, três vetores compõem as diretrizes que devem orientar esse processo: a descentralização da gestão, a integralidade da atenção e a participação da população (FERLA; LEAL; PINHEIRO, 2006, p. 37).

Desse modo, a descentralização defendida pelo Movimento de Reforma Sanitária visava dar maior autonomia para os municípios na alocação de recursos e realização de serviços, corroborando assim, com o processo de democratização da saúde e com o princípio de participação popular.

No entanto, atualmente é evidente que a proposta de descentralização defendida e implantada pelo Estado, na Política de Saúde, não se assemelha com a proposta dos anos 1980. A descentralização da década de 1990 foi mais uma

bandeira de luta dos movimentos sociais que foi ressignificada pelo neoliberalismo (PINTO, 2009b).

Souza Filho (2006) define como “descentralização destrutiva” a transferência de responsabilidade para os municípios sem a definição do apoio técnico e financeiro. Nesses moldes a descentralização promove, assim, a fragmentação dos territórios naturais/coisificados e a disputa entre os mesmos.

Ferla, Leal e Pinheiro (2006, p. 47) apontam que a descentralização, a partir da década de 1990, tem sido operacionalizada nas políticas sociais, de duas formas distintas: intragovernamental e interinstitucional.

Na primeira categoria, aconteceriam movimentos de deslocamento de responsabilidades classificados como *desconcentração*, caracterizada como a transferência de responsabilidades pela execução de determinados serviços a níveis hierárquicos inferiores, ou como *descentralização funcional ou autárquica*, quando há transferência de responsabilidades de execução para estruturas jurídico-administrativas diferentes dentro da mesma estrutura de governo. Nos processos interinstitucionais, pode haver *devolução* ou *descentralização territorial*, quando há transferência de poder e de recursos para outras esferas de governo, e delegação, quando as responsabilidades do poder público são transferidas para instituições ou entidades da sociedade civil (FERLA; LEAL; PINHEIRO, 2006, p. 47, grifo do autor).

Ainda sobre os objetivos, está exposta a necessidade de delimitação territorial, para que seja garantida a economia e a racionalização dos recursos. Desta forma, a abordagem geográfica assumida nas legislações, tem sido a forma que o Estado utiliza para “conhecer o território” e assim fragmentá-lo, com a perspectiva de padronizar/homogeneizar os serviços em um território desprovido de conteúdo humano, assegurando a racionalização dos recursos. Estabelecendo, assim, a primazia da racionalidade econômica sobre a Política de Saúde.

Tal racionalidade revela, mais uma vez, a ação do capitalismo no território natural, ou, base territorial de execução da Política de Saúde, pois usando dados e sistemas *accountability*, são definidos o recorte territorial, os serviços e as metas a serem cumpridas por cada ente federativo.

O terceiro tema a ser debatido é o recorte/fragmentação territorial na Política de Saúde. A NOAS 01/01 defende que a regionalização é a macroestratégia necessária para o processo de expansão dos serviços de saúde e integração dos municípios, garantindo assim os princípios constitucionais do SUS.

Parte-se do pressuposto de que, neste momento da implantação do SUS, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço da descentralização e da integração de sistemas municipais que, por sua vez, representam os pilares fundamentais para garantia da universalidade, integralidade da atenção, aumento da equidade alocativa e, particularmente, da equidade de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2001, p. 14).

O documento destaca a importância da descentralização realizada anteriormente e demonstra que o recorte territorial defendido pelo Estado é continuidade de um processo que teve início na década de 1990. De acordo com a Norma:

Vale destacar que o aprofundamento do processo de regionalização só é possível em face dos avanços decorrentes do intenso processo prévio de descentralização, com ênfase na municipalização, induzido pelas Normas Operacionais Básicas do SUS 01/93 e 01/96, que possibilitou a emergência de milhares de gestores municipais como atores políticos e afirmou a sua responsabilidade sanitária (BRASIL, 2001, p. 05).

Nessa afirmação está evidente a base estrutural formada pela descentralização para que ocorra o processo de regionalização. Tendo em vista que, embora a regionalização apareça no debate sobre saúde no século XX, pode-se afirmar que é no século XXI que o mesmo ganhou visibilidade e está sendo implantado.

O território natural recebe as seguintes denominações no texto da NOAS 01/01: espaço territorial-populacional, área de abrangência, território, região de saúde. Mas no que se refere à operacionalização da normatização, três abordagens/recortes territoriais se destacam: a região/microrregião de saúde, módulo assistencial, município-sede do módulo assistencial; sendo estas expressões da fragmentação territorial realizada.

O módulo assistencial é definido como “base territorial que apresente resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência de média complexidade, constituído por um ou mais municípios” (BRASIL, 2001, p. 19).

O município-sede do módulo assistencial é aquele que, na visão da gestão, oferta os serviços de uma forma ampla e estruturada e, portanto, receberá a população dos municípios vizinhos. O mesmo é “definido no processo de regionalização e na programação integrada entre gestores” (BRASIL, 2001, p. 19).

Por sua vez, a região/microrregião de saúde, de acordo com a NOAS 01/01, deve ser entendida como:

[...] base territorial de planejamento – e não uma estrutura administrativa ou operacional – a ser definida no âmbito estadual, de acordo com as características e estratégias de regionalização de cada estado, considerando variáveis geográficas, sanitárias, epidemiológicas, de oferta de serviços, entre outras.

Dessa forma, a qualificação das regiões ou microrregiões na assistência à saúde compreende, em linhas gerais: (i) a delimitação das bases territoriais de planejamento em cada estado, explicitando os critérios de definição de cada nível de organização do território; (ii) a definição de módulos assistenciais de municípios-sede para o primeiro nível de referência; e (iii) a explicitação de sua população de abrangência (BRASIL, 2001, p. 19).

Baseado nestas compreensões teóricas e determinações de organização do processo de regionalização, cada estado, de acordo com a NOAS 01/01, deve recortar o seu território natural, tendo por base o discurso da gestão de organizar os serviços de acordo com uma população de abrangência. A NOAS 01/01 estabelece ainda que esta fragmentação territorial seja documentada por meio da elaboração de um Plano Diretor de Regionalização estadual.

Dessa maneira, cada estado ao elaborar o PDR deve seguir os conceitos e estrutura imposta pela NOAS 01/01. O recorte territorial em cada unidade federativa deve ser realizado observando a figura 3.

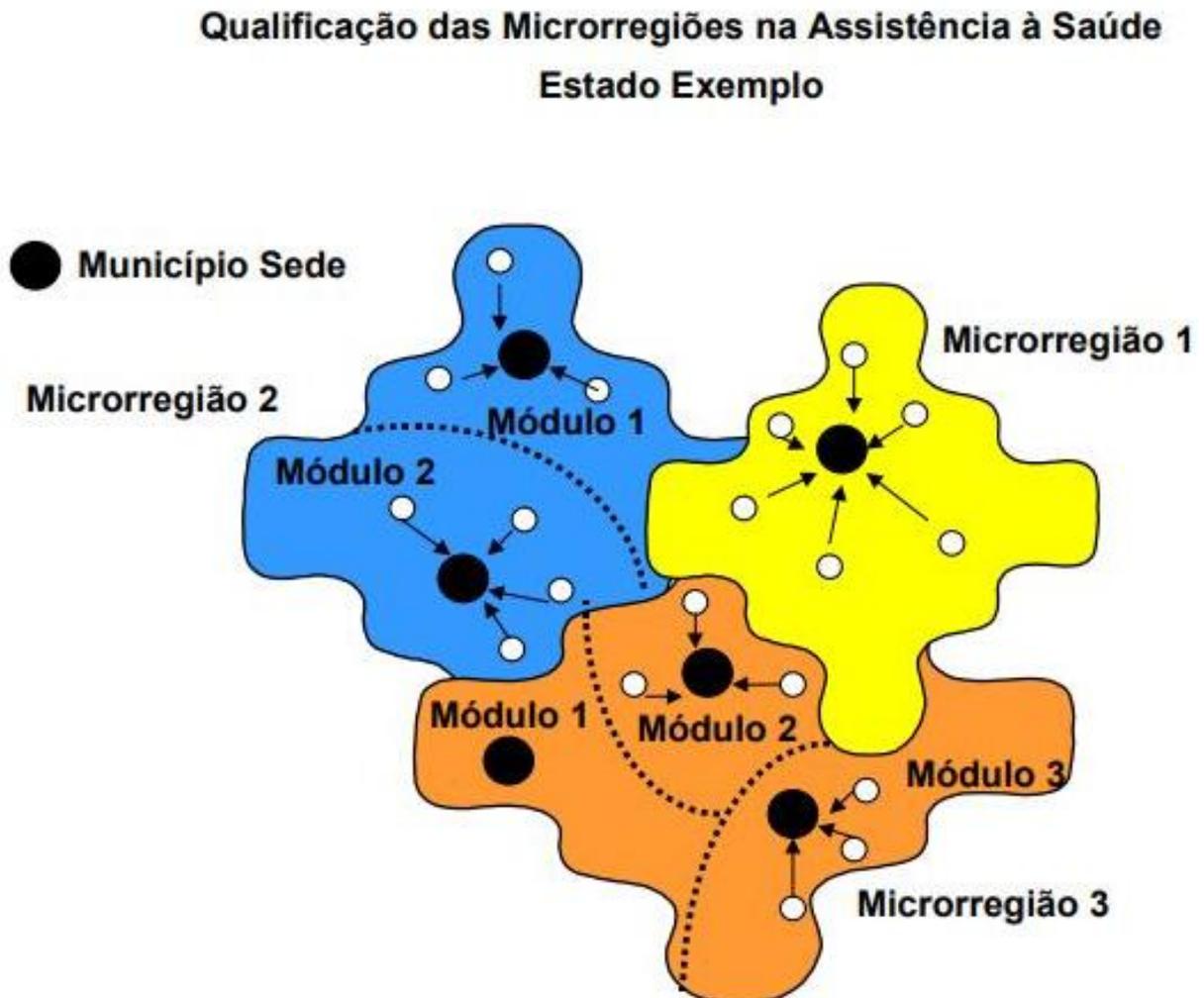
A NOAS 01/01 ordena o direcionamento e recorte territorial que cada estado deve realizar, expressando a forma como cada território natural deve ser visto e tratado pela gestão local, ou seja, como “base territorial” na qual se dará a intervenção do Estado. Sem a fragmentação territorial, não há pactuação e não haverá repasse de recursos financeiros.

Baseado nesta “macro estratégia” de regionalização, determinada pelo nível federal, o estado de Minas Gerais elaborou o Plano Diretor de Regionalização-PDR/MG, a proposta de trabalho em nível estadual é a construção de redes de atenção à saúde, com o recorte do território abstrato, determinado pelos fluxos populacionais.

A opção pela construção social de redes de atenção à saúde exige a articulação dos diferentes pontos de atenção à saúde em territórios sanitários para que os serviços de saúde sejam prestados com eficiência, efetividade e com qualidade. O que só pode ser feito com um Plano Diretor de Regionalização (PDR) construído na lógica da população e de seus

fluxos em busca de atenção à saúde e nos princípios basilares das redes de atenção à saúde (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010, p. 14).

Figura 3 - Exemplificação do recorte territorial em microrregiões no estado de Minas Gerais.



Fonte: Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 (BRASIL, 2001).

O PDR/MG baseia-se no discurso de promover melhoria na atenção à saúde, para incorporar preceitos neoliberais, trazendo, assim, a explícita definição dos três pilares da racionalidade capitalista, que determinarão o plano, que são: a eficiência, efetividade e a economia.

Com isso, na esfera da saúde, o estado de Minas Gerais sofre um recorte em seu território abstrato, sendo o mesmo dividido em macro e microrregiões, baseados no fluxo populacional, tal recorte segue os princípios gerenciais da economia, qualidade e acesso.

O espaço territorial mineiro dos 853 municípios foi recortado em 76 microrregiões e em 13 macrorregiões de saúde. Dessa forma, a proposta de regionalização da saúde encontra-se com os princípios de economia de escala, qualidade e acesso (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010, p. 14).

Partindo da determinação federal, a “base territorial” de Minas Gerais, ao ser recortada, receberá cinco nomenclaturas, que são: município, módulo assistencial, microrregião de saúde, região assistencial, macrorregião de saúde.

Figura 4 - Nomenclaturas existentes no texto normativo para designar as várias formas de recorte territorial.

<p>Município: responsável pela oferta de procedimentos da Atenção Básica e Atenção Básica Ampliada, conforme Anexo I da NOAS/01 de 2001.</p>
<p>Módulo Assistencial: Município ou conjunto de municípios com capacidade de oferta parcial de totalidade de serviços da média complexidade.</p>
<p>Microrregião de Saúde: Base territorial de planejamento da atenção secundária com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e alguns serviços de alta complexidade, constituída por um ou mais módulos assistenciais. Apresenta nível tecnológico de média complexidade e abrangência intermunicipal.</p>
<p>Região Assistencial: Base territorial de planejamento da atenção à saúde no Estado de Minas Gerais, que engloba um conjunto de microrregiões definida de acordo com características demográficas, socioeconômicas, geográficas sanitárias, epidemiológicas com oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares da média complexidade e alguns da alta complexidade.</p>
<p>Macrorregião de Saúde: Base territorial de planejamento da atenção à saúde, que engloba regiões e microrregiões de saúde e oferta de alguns serviços da média complexidade de maior especialização e a maioria de serviços da alta complexidade.</p>

Fonte: Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

O estado de Minas Gerais foi recortado em 76 microrregiões. O município de Juiz de Fora se encontra inscrito na divisão: Microrregião Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas.

As 76 microrregiões estão inseridas em recorte territorial amplo, que são as 13 macrorregiões.

Figura 5 - A inserção de Juiz de Fora na microrregião.

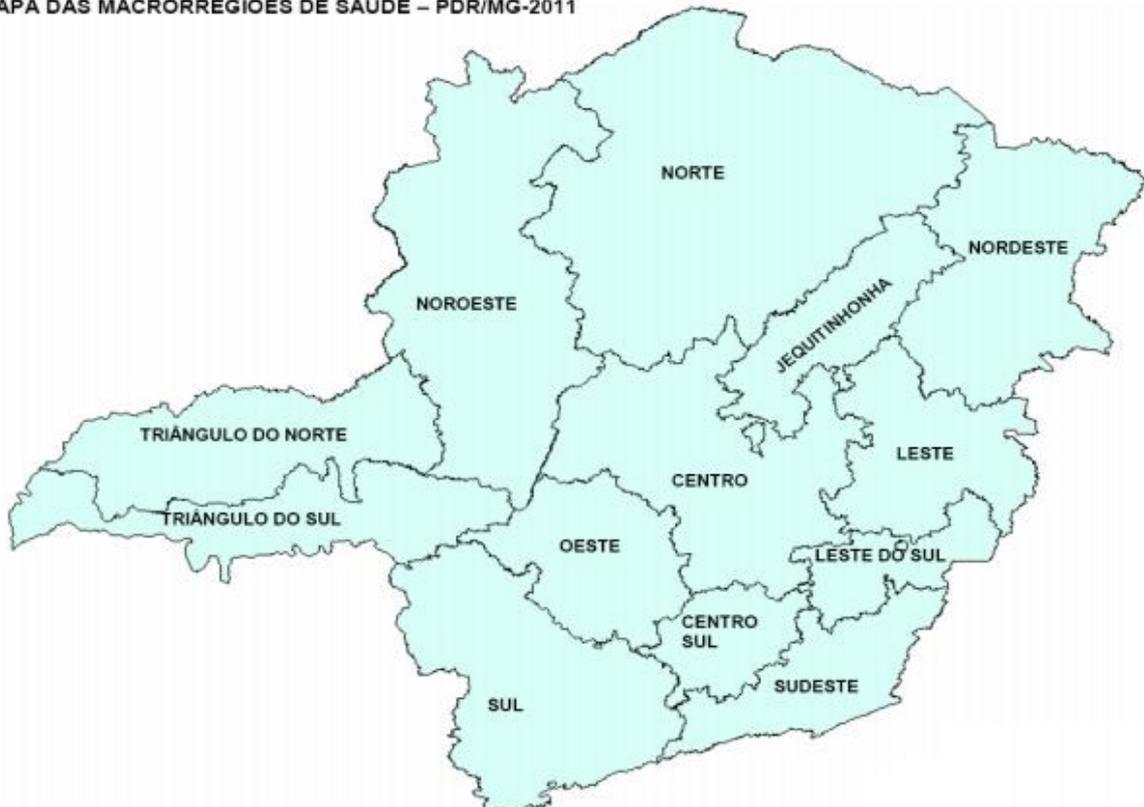
MICRORREGIÃO DE JUIZ DE FORA/BOM JARDIM DE MINAS/LIMA DUARTE – PDR/MG-2011



Fonte: Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Figura 6 - O estado de Minas Gerais recortado em macrorregiões.

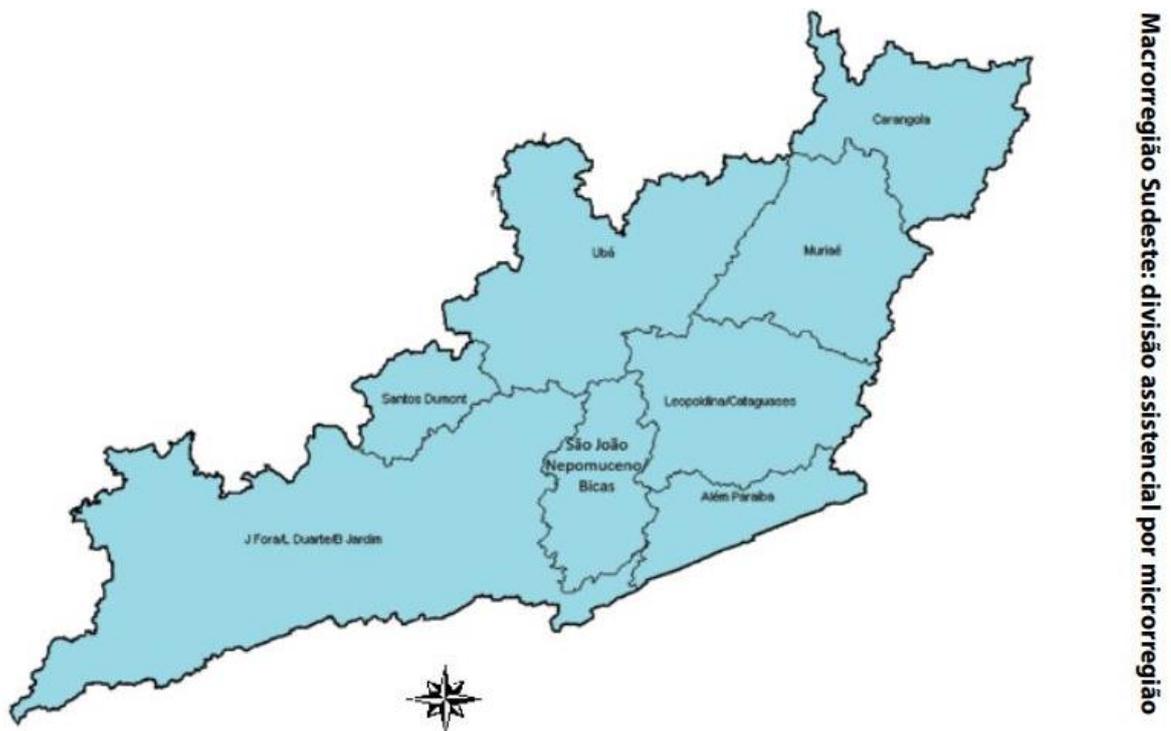
MAPA DAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE – PDR/MG-2011



Fonte: Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

O município de Juiz de Fora foi recortado na macrorregião sudeste, sendo o município-sede, juntamente com Santos Dumont, Ubá, Carangola, Muriaé, Leopoldina/Cataguases, Além Paraíba, São João Nepomuceno/Bicas.

Figura 7 - A inserção de Juiz de Fora em uma macrorregião.



Fonte: Plano de Diretor de Regionalização de Minas Gerais (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Os mapas acima e a explanação sobre as regiões que o estado de Minas Gerais foi recortado, evidenciam que os ordenamentos do nível federal foram plenamente seguidos no âmbito estadual e que a Política de Saúde teve delimitada a sua “base territorial”.

No nível municipal, o processo de regionalização também mostra sua faceta com o neoliberalismo, conduzindo a uma análise territorial desprovida de crítica, preocupada com aspectos físicos e epidemiológicos do território.

A cidade de Juiz de Fora está inscrita no processo de regionalização como macrorregião sudeste e microrregião Juiz de Fora, Lima Duarte e Bom Jardim de Minas.

O Plano de Saúde, as Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão estão diretamente relacionados ao exercício da função gestora, em cada esfera de governo, e, no caso do Município, deve se ater aos direcionamentos do Plano Diretor de Regionalização da saúde de Minas

Embora, o plano de saúde não detalhe, cabe destacar que o município de Juiz de Fora também se encontra recortado por regiões, no que se refere a oferta de serviços no primeiro nível de cuidado com a saúde. Os serviços de Atenção Primária à Saúde são ofertados para população que se encontra “ordenada” em uma região e subdividida em uma área de abrangência.

Em 2014 foi elaborado, no município, um documento denominado “Estratégia de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde-PDAPS - Juiz de Fora”, no mesmo estão estruturadas as unidades de saúde do município com a delimitação territorial de cada uma. Ocorrendo a seguinte divisão: “A rede de serviços de atenção básica em Juiz de Fora está constituída por 63 (sessenta e três) UAPS distribuídas nas 7 (sete) regiões administrativas e em 12 (doze) regiões sanitárias” (JUIZ DE FORA, 2014, p. 49).

Figura 9 - Base populacional para o recorte territorial da cidade de Juiz de Fora.

Região	Tipologia das UAPS			Total de UAPS	População Atendida (Valor absoluto)	População Atendida (%)
	ESF	Trad.	Mista/PACS			
Norte	11	3	0	14	110.851	21%
Nordeste	4	2	0	6	45.895	9%
Leste	8	0	0	8	67.351	13%
Centro	1	2	0	3	45.639	9%
Oeste	0	1	2	3	37.614	7%
Sul	4	2	0	6	57.383	11%
Sudeste	7	1	0	8	47.480	9%
Rural	4	11	0	15	16.220	3%
TOTAL	39	22	2	63	428.433	81%

Fonte: Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde-Juiz de Fora (JUIZ DE FORA, 2014).

Destacar que a APS, em Juiz de Fora, também teve o território de atuação recortado é importante, pois foi este o motivo que causou inquietude e que justifica a realização deste estudo.

Utilizando o discurso de referenciar a população e destinar a mesma a uma equipe de saúde e uma unidade de APS responsável por fornecer os cuidados necessários, a gestão municipal recorta o território natural, por meio da territorialização.

Entender o recorte territorial promovido e suas determinações é um aspecto central neste terceiro tema, independentemente da denominação assumida, seja descentralização, regionalização, municipalização ou ainda territorialização, o que está posto é que: o recorte territorial é umas das formas do Estado agir no território natural, assegurando a dominação capitalista. Os preceitos neoliberais¹² foram incorporados a Política de Saúde, ressignificando as bandeiras de lutas dos movimentos sociais da década de 1980; o recorte territorial assegura o controle social e ordena elementos humanos como: o pensar, o sentir, o agir e o se locomover.

Os três dispositivos legais abordados no presente trabalho definem o território natural como “base territorial”, esta denominação é a clara homogeneização e pacificação do território, retirando do mesmo todo o conteúdo humano e luta de classes. Tal tratamento não considera as diferenças, desigualdades, cultura, formas de relacionamento de um território, dado que as ações e serviços de saúde são elaboradas pelos gestores e implantadas em todos os recortes territoriais, de forma indistinta. Assim, não são os serviços de saúde que se adequam ao território atendido e sim o território fragmentado é que deve se adequar aos serviços oferecidos.

Tal homogeneização é um dos instrumentos utilizados pelo capitalismo para assegurar o sistema *accountability* implantado na Política de Saúde. Orientações

¹² O projeto político-econômico neoliberal defende os seguintes preceitos: O mercado como instância principal que determina uma racionalidade política, econômica e social. O Estado passa a ser orientado por noções de “eficiência, custo-benefício, economia”, reduzindo assim os gastos e serviços públicos. Ocorre a despolitização e fragmentação das lutas sociais. A política passa a ser orientada pela competição e individualismo. Combate e redução dos direitos sociais. Sociedade civil passa por uma transformação/ressignificação, torna-se terceiro setor, assim além de retirar da sociedade civil o papel de exercer o controle social na gestão e execução dos serviços de saúde, a mesma passa a ser responsabilizada pela elaboração, implementação e efetivação dos serviços baseados nas noções de solidariedade, voluntariado e filantropia (DURIGUETTO, 2008).

como: economia, eficiência, eficácia tornam-se “diretrizes” neoliberais da Política de Saúde.

Os serviços de saúde foram inseridos em uma lógica de contabilização, na qual os seus resultados são medidos em números. Desta forma, o recorte territorial que se utiliza do discurso de garantir a qualidade, o acesso aos serviços de saúde, promove a mensuração dos mesmos, por meio de ações como: instituir metas, elaborar dados, construir gráficos.

O que se pretende demonstrar é que o recorte territorial é parte de um modelo gerencial implantado pelo neoliberalismo na Política de Saúde. E que os princípios constitucionais tornam-se objetivos secundários ou meros recursos apelativos para fundamentarem a estrutura gerencialista.

Eficiência, efetividade e qualidade são assim reduzidas ao princípio de economia de escala, sendo a descentralização a desencadeadora do processo e atualmente a regionalização o “*modus operandi*” que fornece continuidade ao processo. Nesse sentido, percebe-se que a defesa da economia de escala está atrelada ao modelo neoliberal que preza pelo sistema gerencial e eficaz:

O PDR/MG estabeleceu bases para direcionar uma organização mais eficiente e eficaz das redes de atenção ao construir uma “tipologia” de serviços com observância das economias de escala e escopo. Esta tipologia orienta a definição dos territórios para a descentralização, promoção da equidade e organização de redes, uma vez que a economia de escala direciona também qualidade e efetividade das ações de saúde e dos sistemas gerenciais (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010, p. 21).

A regionalização proposta pelo PDR/MG, se baseia no discurso “dividir para agregar”, ou seja, a divisão territorial para alocação de serviços e tecnologias é justificada com a agregação/concentração de recursos:

A regionalização, tema que aqui se pretende abordar como conteúdo do Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais, e para esse fim específico, deve promover e reforçar a integração entre os sistemas municipais. Devem também reforçar e promover a integração entre os diversos níveis de atenção à saúde, especialmente no que diz respeito às questões de densidade tecnológica quando estas requerem agregação de escala para maior economicidade e organização da referência da clientela (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010, p. 27).

Ora, o que ocorre é uma apreensão e remodelação da regionalização pelo modelo neoliberal, a fim de convencer que a mesma promoverá a agregação de

territórios, enquanto na verdade é ditada por elementos como eficiência, eficácia, metas, economicidade. A delimitação territorial em escalas regionais não considera a vivência da população, as relações sociais estabelecidas pelos sujeitos, seus saberes, desejos. Estabelece-se, assim, uma aparente contradição, já que é realizada a fragmentação para homogeneizar. A mesma busca promover uma homogeneização da ação no território, que por sua vez conduz a aparência de um território homogeneizado.

Tem crescido a conscientização dos aspectos técnicos e políticos da regionalização por parte dos atores envolvidos, o que inclui o fato de o PDR não se referir apenas a uma distribuição espacial/geográfica, e a interesses parciais, de cunho loco-regional. A concepção atual é que a regionalização deve direcionar e refletir processos que levem em conta o âmbito estadual e metas de serviços a ser ofertados com equidade, o que é de grande importância para o fortalecimento do SUS e de seus instrumentos de planejamento e gestão (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010, p. 22).

A regionalização, enquanto instrumento de planejamento e gestão, realiza a fragmentação territorial juntamente com a fragmentação dos serviços de saúde. Assim, cada fragmento de território deve corresponder a um nível de atenção.

[...] é que a cada nível de atenção deve corresponder um nível de regionalização – um território sanitário, com um polo cujas unidades assistenciais, ambulatoriais e hospitalares, devem responder por funções específicas na organização dos serviços em rede e conforme necessidades programáticas e de economia de escala (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010, p. 27-28)

A fragmentação por região não permite a visualização do território inscrito em um determinado espaço e tempo. O mesmo não é visto em sua totalidade, o que permite a alienação do sujeito e o controle do mesmo. As regiões, de acordo com Gil, Licht e Santos (2006), não devem ser entendidas apenas como construções territoriais, mas também como espaço vividos, que constituem e são constituídos por relações sociais.

Vale lembrar que, nas palavras de Koga (2002), o território entendido somente por seus aspectos físicos é caracterizado por ser um território objeto, já o território que compreende a ação humana e suas relações é caracterizado como território sujeito.

Dessa forma, para a autora, são políticas territorializadas as propostas por uma gestão hierarquizada que não considera as demandas locais, seguindo um

modelo padronizado de intervenção, desta forma essas políticas atuam no território objeto.

O controle da população é outro aspecto que o recorte territorial promove, pois com a homogeneização do território, as diferenças, as desigualdades, as lutas de classes não se manifestam nesta fragmentação.

A população, ao ser dividida em um território natural, sofre um ordenamento do Estado para poder acessar os serviços de saúde. Assim, as equipes de saúde, ainda que de forma inconsciente, têm sido usadas como um instrumento para este ordenamento, aqui entendido como doutrinação. Isto deve-se a predominância da racionalidade capitalista sobre a política social. A população é fragmentada, ensinada, regulada, vigiada em um território delimitado, ao mesmo tempo em que são ofertados serviços de saúde, que não estão voltados/destinados a atender a necessidade daquele território vivido.

Esta regulação da população no território objeto, a partir de políticas territorializadas, leva o estudo a debater outro tema, que é a justificativa fornecida pelo Estado para realizar a fragmentação territorial.

Com isso, o quarto tema busca debater a justificativa expressa nos documentos para a realização do processo de divisão territorial. O objetivo é demonstrar o poder de determinação da gestão federal, não dando margem de autonomia para as esferas estaduais e municipais, assegurando sua dominação sobre todos os elementos da Política de Saúde, inclusive o sujeito a que se destina os serviços.

A justificativa fornecida na NOAS 01/01 para adoção do processo de regionalização é que o processo de descentralização - desencadeado pelas NOBs 01/93 e 01/96 - promoveu transferência de responsabilidades e recursos para os estados e de forma mais enfática para os municípios.

Esse processo de descentralização, como afirma o documento, desencadeou a “generalização da municipalização” evidenciando uma série de problemas e desafios, como: divisão de responsabilidades entre estados e municípios, processo de habilitação, financiamento do sistema, planejamento e organização funcional do sistema, resolutividade e acesso aos serviços, monitoramento e avaliação contínua de desempenho, processo de habilitação das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e transferências fundo a fundo.

Os problemas gerenciais apontados na NOAS 01/01 são a justificativa para a implantação do processo de regionalização na saúde. De acordo com o documento:

O conjunto de estratégias apresentadas neste documento visa contribuir para a superação dos problemas e o enfrentamento dos desafios descritos. Parte-se do pressuposto de que, neste momento da implantação do SUS, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço da descentralização e da integração de sistemas municipais que, por sua vez, representam os pilares fundamentais para garantia da universalidade, integralidade da atenção, aumento da equidade alocativa e, particularmente, da equidade de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2001, p. 14).

Cabe apontar que, mais uma vez, a regionalização é colocada como o elemento que dará continuidade ao processo de descentralização. A transferência de responsabilidade para o município, na execução dos serviços de saúde, ocorrida na década de 1990, atualmente é complementada com a implantação de preceitos neoliberais.

O PDR/MG foi elaborado por determinação da NOAS 01/01, essa é a justificativa para a sua criação, mas cabe analisar, ainda, a defesa que é feita no mesmo sobre o processo de regionalização.

A regionalização é defendida no plano como “definição de limites territoriais”, que possibilita o planejamento, financiamento e o controle das regiões em suas escalas municipais, micro e macro.

A definição de limites territoriais é importante para as questões de planejamento e investimento dentro e fora dos espaços intermunicipais contíguos – micro, macro ou interestaduais. No que se refere a serviços que requerem escala, há aqueles que terão sua referência estabelecida e formalizada em redes, com identificação e controle das unidades, e há outros cujos fluxos só poderão ser confirmados após efetuados, dentro ou fora dos limites regionais. Há também os que poderão, excepcional e conjunturalmente, ser implementados fora dos rígidos limites regionais, a partir da Programação Pactuada Integrada (PPI), até que se superem os vazios assistenciais de determinada região (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010, p. 27).

Assim, é possível afirmar que o PDR/MG não traz uma justificativa para sua elaboração e implantação, tendo em vista que o mesmo é uma exigência da normatização federal para a distribuição de recursos. O que é justificado nesta legislação é a adoção da perspectiva de regionalização, ou também, “definição de limites territoriais”.

Na esfera municipal, o Plano de Saúde de Juiz de Fora deve se orientar pelas determinações do PDR/MG, tendo em vista que, nos termos da normatização, cada município deve ofertar plenamente serviços de Atenção Primária à Saúde, no nível microrregional referenciar a população para os serviços de Atenção Secundária e no plano macrorregional garantir a Atenção Terciária. A justificativa para a elaboração do Plano é que:

As Regiões de Saúde, instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios são pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT e são referência para as transferências de recursos entre os entes federativos. Cada Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Juiz de Fora é polo de uma região de saúde e tem forte aparato técnico/científico nos serviços de saúde, sendo necessária melhor definição de seus limites geográficos; população usuária das ações e serviços; rol de ações e serviços que serão ofertados e respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformar esses serviços. Há que se considerar o fato de Juiz de Fora se localizar numa região cuja população historicamente já procura seus serviços, sem o devido controle (JUIZ DE FORA, 2013, p. 08).

Seguindo os passos do PDR/MG, o Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora tem sua elaboração justificada pelos ordenamentos estaduais. Tendo em vista que cumprir as determinações e metas pactuadas com a gestão estadual é prerrogativa para o repasse de recursos.

Duarte et al. (2015, p. 476) destaca os problemas da Política de Saúde ao longo dos anos, todos eles relacionados a centralização do poder na esfera federal.

[...] é possível listar alguns problemas evidenciados ao longo dos últimos 25 anos de implementação do SUS: a desigualdade de condições políticas, administrativas, técnicas, financeiras e de necessidades de saúde identificadas nos municípios brasileiros tornou o processo extremamente intrincado; a competição entre os entes federados, em muitos casos, não possibilitou a real autonomia municipal nem na gestão dos equipamentos existentes nos seus limites territoriais nem nos recursos financeiros disponibilizados; [...] (DUARTE et al., 2015, p. 476).

Em vista disso, é possível afirmar que não há autonomia da esfera estadual e municipal no que se refere o planejamento das ações. A descentralização e regionalização defendidas pelo Estado promove a responsabilização, principalmente da esfera municipal, pela execução e cumprimento de metas, mas não fornece o poder de autonomia/decisão, que permanece centrado na gestão federal.

A ausência de autonomia e a responsabilidade pela execução dos serviços de Atenção Primária à Saúde impactam diretamente sobre os municípios. Assim, entender o que as normatizações defendem sobre a APS é fundamental para demonstrar o controle da população realizado pelo capitalismo, por meio da Política de Saúde.

O quinto tema a ser abordado é a Atenção Primária à Saúde, tendo em vista que todo município deve garantir a oferta de serviços básicos, sendo este o ponto de chegada do processo de regionalização determinado pelo nível federal.

Sobre a Atenção Básica, a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 aponta que houve avanço em muitos municípios com a NOB 01/96 e afirma que as ações de saúde da atenção básica e os resultados alcançados indicavam a persistência de problemas. Foi com base nesse diagnóstico que a NOAS 01/01 formulou uma “estratégia de ampliação da Atenção Básica”.

O processo de regionalização determinado pela NOAS 01/01, ao estabelecer o recorte de “bases territoriais”, utiliza-se do discurso de ofertar os serviços de saúde, com qualidade e de forma mais próxima da população, para responsabilizar todos os municípios pela oferta da Atenção Primária à Saúde.

[...] parte da identificação de um conjunto de ações necessárias para uma atenção adequada aos problemas de saúde mais frequentes na maior parte do território brasileiro, bem como da necessidade de garantir que essas ações sejam ofertadas com qualidade e efetividade no âmbito municipal, o mais próximo possível do local de residência dos usuários (BRASIL, 2001, p. 17).

Sobre os avanços obtidos com a NOB 01/96, o documento destaca o entendimento da mesma sobre a APS e a sua ampliação, com objetivo de garantir qualidade e serviços suficientes para a população, para isto é o reconhecido papel da Estratégia de Saúde da Família:

Do ponto de vista do modelo assistencial, um eixo importante para a ampliação e qualificação da Atenção Básica é a estratégia de Saúde da Família, que configura uma inflexão no modelo assistencial, ao enfatizar a integralidade da atenção e organizar o acesso da população aos demais níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2001, p. 17).

Ao determinar a ampliação da APS, a NOAS 01/01 atrela o financiamento a uma avaliação de desempenho dos municípios. Sobre o financiamento da Atenção Básica a NOAS 01/01 destaca:

O financiamento da proposta de ampliação da Atenção Básica pressupõe o aumento do repasse de recursos em uma base per capita, a ser efetivado mediante a ampliação do valor fixo do Piso de Atenção Básica. O repasse desses recursos, entretanto, estará condicionado a uma avaliação dos municípios quanto ao seu desempenho na AB e capacidade de garantir à sua população, com suficiência e qualidade, as ações correspondentes à Atenção Básica Ampliada (BRASIL, 2001, p. 17).

Logo, a NOAS 01/01 determina a ampliação da APS com a responsabilização do município pela execução do serviço, porém não fornece condições para autonomia, financiamento e gestão para a esfera municipal. A descentralização ocorreu, então, de forma perversa, já que concentrou o poder de decisão e de financiamento na esfera federal, que determinou a “obrigação” da execução em nível municipal.

Sobre a APS, o PDR/MG afirma que o objetivo é garantir a oferta da mesma em todos os municípios do estado, por isso, na visão da gestão estadual, é necessária a delimitação de uma “base territorial”, que assegurará a oferta dos três níveis de atenção a população, isto na visão da gestão estadual, garante eficiência e qualidade:

O PDR cria a base territorial para uma distribuição ótima dos equipamentos de saúde. A atenção primária à saúde deve estar presente em todos os municípios e próxima às residências das famílias. Diferentemente, as unidades de saúde de maior densidade tecnológica, bem como sistemas de apoio, devem ser relativamente concentradas: as unidades secundárias (média complexidade) nas microrregiões e as unidades terciárias (alta complexidade) nas macrorregiões. Esse desenho é que permite constituir redes de atenção à saúde, eficientes e de qualidade (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010, p. 14-15).

A Atenção Primária à Saúde, sendo responsabilidade do município, de acordo com a determinação federal, encontra-se presente também na exposição do Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora. O mesmo deixa claro, ainda, que abarcar a APS e a regionalização ocorre devido as normatizações existentes.

O Plano de Saúde de Juiz de Fora 2014-2017 dá sequência à programação em curso, segundo normatizações e necessidades da demanda, buscando o aprimoramento da Política de Saúde do Município. A gestão do Município elegeu dois eixos fundamentais para trabalhar e melhorar as condições de saúde, que são: o Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, organizada de maneira mais completa, de modo a ser o centro de comunicação entre toda a rede assistencial; e a Regionalização do aparato da saúde, observando escala e escopo, a ser organizada de maneira solidária e compartilhada pelos municípios da micro e macrorregião sudeste (JUIZ DE FORA, 2013, p. 10).

O que se pode afirmar, diante da exposição realizada sobre a APS, é que a mesma não se encontra imune ao processo de regionalização determinado pela esfera federal. Torna-se evidente que a APS, enquanto responsabilidade de cada município, é o nível que mais sofre os reflexos do processo de descentralização e regionalização.

Diante das normatizações, a APS deve ser executada pelos municípios e dentro do contexto de descentralização/regionalização, cumprir metas como, por exemplo, cobertura populacional, diminuir o índice de doenças, possuir um número adequado de unidades de saúde. Tais metas são pactuadas entre os entes federativos para o recebimento de recursos.

O último aspecto a ser abordado são os mecanismos de democratização. O objetivo neste tema não é debatê-los e sim mostrar a inexistência dos mesmos. A ausência destes mecanismos é mais um elemento que corrobora com a defesa de que a fragmentação do território natural, realizada pelo Estado na Política de Saúde, serve como forma de dominação e controle do modo de produção e reprodução capitalista.

Esse ponto será abordado com o objetivo de demonstrar o processo de “ressignificação das bandeiras de luta” promovido pelo neoliberalismo, uma vez o processo de descentralização e regionalização defendido pelos movimentos sociais, tinha por objetivo democratizar e facilitar o acesso a informações e decisões, de toda população inscrita em um território usado, provido de ação e relações humanas.

A participação popular na Política Nacional de Saúde está prevista no texto constitucional e foi regulamentada pela Lei nº 8142 de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. De acordo com o texto da legislação, a participação ocorrerá por meio das conferências de saúde, que deverá ser realizada a cada quatro anos e tem por objetivo avaliar e propor diretrizes para a Política Nacional de Saúde. E, por meio dos e conselhos de saúde, este possui caráter permanente e deliberativo, com o objetivo de formular e controlar os serviços de saúde (BRASIL, 1990b).

A descentralização defendida pelo Movimento de Reforma Sanitária na década de 1980, tinha como pressuposto a participação popular, ou seja, a descentralização enquanto mecanismo de democratização exigia a construção dos mesmos, é neste sentido que a participação popular foi defendida. Sobre a criação dos conselhos no contexto da década de 1980, Duriguetto (2008, p. 89) afirma:

Assim, um dos caminhos visualizados para a ampliação da democracia passa a ser a reivindicação da criação de canais políticos-institucionais para a participação dos cidadãos nos processos de discussão e negociação de políticas públicas. Reivindicação essa que foi conquistada na carta de 88, fundamentalmente com os conselhos de direitos.

Os conselhos e conferências de saúde tem a participação popular reduzida na atualidade, isto se dá devido o arrefecimento e cooptação vivenciados pelos movimentos sociais e conselhos. Esse quadro é reforçado pelo projeto político econômico neoliberal, que retira a participação popular da gestão, fiscalização e avaliação das políticas sociais e a coloca como forma de defender interesses corporativos.

Já em relação às organizações e movimentos que defendem e representam os interesses das classes subalternas, a ofensiva neoliberal vai na direção de submetê-las à lógica do mercado, à despolitização e a fragmentação das suas lutas e demandas, orientando-as para a defesa de interesses puramente corporativistas e setoriais (DURIGUETTO, 2008, p. 91).

Assim, a luta em defesa e ampliação da Política de Saúde precisa ser situada e entendida dentro da luta de classes, para que os conselhos e conferências sejam de fato espaços de defesa dos direitos conquistados pela classe trabalhadora e da consolidação da democracia, nos moldes da bandeira de luta da década de 1980.

Mas o processo de descentralização/regionalização em curso não democratiza as ações em saúde, não há participação população nas decisões tomadas, que são pactuadas entre os três entes federativos. Esse fato corrobora com a afirmação de que a Política de Saúde, nos moldes de hoje, tem sido uma forma de doutrinação e controle da população.

Na NOAS 01/01 está claro que a elaboração e as decisões tomadas não foram fruto da participação popular, sendo ela, fruto de dois órgãos: Comissão Intergestora Tripartite e o Ministério da Saúde.

Esse conjunto de diretrizes resulta de um amplo processo de debate e negociação, iniciado em abril de 2000 quando, em decorrência de solicitação da Comissão Intergestores Tripartite, o Ministério da Saúde apresentou a primeira versão de uma proposta para o processo de regionalização em saúde, visando fomentar a discussão com outros atores setoriais (BRASIL, 2001, p. 05).

No plano estadual, cabe ressaltar novamente que o território não é entendido a partir da ação humana, logo, não são consideradas as relações sociais, a vivência

humana; o recorte territorial realizado no mesmo desconsidera o viver humano, hábitos, costumes. Sendo assim, a divisão territorial e os critérios técnicos adotados, não foi parte de um processo amplo de participação popular, e sim fruto dos preceitos da:

[...] literatura técnica internacional e em estudos e pesquisas de avaliação da distribuição (atual e potencial) espacial dos serviços e na análise das condições de saúde da população do estado. Considerou ainda as normas técnicas ministeriais e os objetivos e planos do governo estadual (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010, p. 20).

No Plano Municipal de saúde a participação da população nas instâncias de decisões não foi posta em questão, tendo em vista que as mesmas são tomadas pelos gestores, “ressalte-se que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual de serviços, conforme pactuação das Comissões Intergestores” (JUIZ DE FORA, 2013, p. 09).

As comissões de intergestores, que podem ser bipartite ou tripartite, foram criadas a partir da década de 1990, por meio de portaria e da NOB, como forma de pactuação entre os entes federativos. O que se observa é que a mesma se tornou um órgão de decisão sobre a operacionalização da saúde, promovendo um esvaziamento e descaracterização dos conselhos de saúde.

Nas três esferas de governo é evidente a não participação popular e a não democratização das decisões de saúde. A população não é o sujeito e sim receptáculo das determinações de instâncias centralizadoras.

A luta de classes tem que ocorrer também na Política de Saúde, democratizar este campo, é um passo central na luta pela conquista do território, rompendo assim com a alienação e dominação capitalista sobre as práticas humanas inscritas em um espaço e tempo. Sobre a delimitação de regiões e a participação popular, Gil, Licht e Santos (2006, p. 35) destacam:

Mas documentos já elaborados indicam uma tendência a tratar as regiões como unidades de intervenção e ação do Estado, deixando pouco espaço para a participação da sociedade civil. Requer-se, pois, que a delimitação dessas regiões leve em consideração as redes de articulação regional já existentes e que se aproveitem os elementos capazes de contribuir para o fortalecimento da identidade regional. Identidade esta que deve provir das experiências pessoais dos indivíduos no território delimitado pela região [...].

Diante dos temas debatidos: abordagem geográfica, objetivos, recorte territorial, justificativa, Atenção Primária à Saúde, mecanismos de democratização; nas três instâncias de governo, buscou se demonstrar o recorte territorial realizado pelo Estado na Política de Saúde, evidenciando que o mesmo não considera o território de forma crítica e que tem servido a manutenção e sobrevivência do capitalismo.

A análise destas legislações evidencia uma verticalização da Política Nacional de Saúde, evidenciando que a mesma se encontra inserida em uma lógica que desconstrói tudo aquilo que a luta de classes produziu na década de 1980.

No contexto atual, assumir que o território é um componente da luta de classes, tem-se mostrado um elemento difícil para a classe trabalhadora, uma vez que a educação fornecida pelo Estado não revela a dominação capitalista sob o território e o espaço. Portanto, na Política de Saúde, a forma como o território é assumido corrobora para esta ausência de percepção do território vivido pelos sujeitos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste trabalho, cabe realizar apontamentos sobre as reflexões abordadas nos capítulos anteriores. O tema não se esgota nestas páginas finais, visto que aspectos como a alienação, cotidiano, Estado, merecem aprofundamento em sua relação com o espaço/território na sociedade capitalista, sendo esse um desafio para o futuro.

A abordagem do espaço, a partir dos ensinamentos de Lefebvre, revelou que o mesmo não é vazio, não é algo insignificante, não é um produto da sociedade capitalista. O espaço não é um “terreno” onde as relações ocorrem, ele é produto e produtor das relações sociais.

Enquanto produto, por interação ou retroação, o espaço intervém na própria produção: organização do trabalho produtivo, transporte, fluxos de matérias-primas e de energias, redes de repartição de produtos. À sua maneira produtivo e produtos, o espaço (mal ou bem organizado) entra nas relações de produção e nas forças produtivas. Seu conceito não pode, portanto, ser isolado e permanecer estático. Ele se dialetiza: produto-produtor, suporte de relações econômicas e sociais (LEFEBVRE, 2006, p. 05).

Reconhecendo a importância do espaço e sabendo que cada modo de produção organiza e produz o seu espaço. Que coube entender como o modo de produção capitalista organiza o espaço? E mais uma vez Lefebvre foi enfático ao mostrar que o espaço na sociedade capitalista é um espaço abstrato, solidificado pelo tripé: homogeneidade, fragmentação, hierarquização.

O espaço abstrato, produzido pelo modo de produção capitalista, realiza a homogeneização de elementos que marcam a diferença, fazendo com que os mesmos sejam vistos como fatos isolados. A homogeneização serve, de acordo com Lefebvre (2006, p. 07), para “métodos de gestão e de controle, de vigilância e de comunicação”.

Em seguida, o espaço homogêneo é fragmentado, em regiões, áreas, lotes, que seguem uma hierarquização: espaço de lazer, espaço residencial, espaço comercial e aqui abordado: O espaço da Política de Saúde.

O capitalismo tem garantido a sua sobrevivência, também por meio do espaço abstrato que “[...] serve ao mesmo tempo ao poder político e a produção material, otimizando os benefícios” (LEFEBVRE, 2006, p. 09).

Esse espaço abstrato traz consigo outra característica perversa, o mesmo, por meio da tríade abordada, realiza a ocultação das “reais” relações existentes no espaço, assim, não há divergência e nem conflito no mesmo. Ocorre, então, uma naturalização e pacificação do mesmo.

Nesse espaço abstrato, produzido pelo modo de produção capitalista, a luta de classes não se manifesta, uma vez que não existe conflito, não existe classe social. Assim, é esse espaço que deve ser combatido, a classe social que precisa se tornar hegemônica, para isto, necessariamente, ela tem que confrontar o espaço abstrato, rompendo com a alienação e a determinação de sua prática espacial.

Lefebvre, ao abordar o espaço, afirma que assim como o modo de produção capitalista, o espaço abstrato também possui contradições, fendas, nas palavras do autor: “na hierarquia dos espaços ocupados as classes sociais investem e se travestem” (LEFEBVRE, 2006, p. 09).

O espaço abstrato é o espaço das políticas sociais no modo de produção capitalista. A Política de Saúde no Brasil tem sido executada em um espaço que é homogeneizado, fragmentado, hierarquizado, privado de qualquer forma de luta ou rebeldia. A luta de classes precisa ocorrer explícita e conscientemente no espaço das políticas sociais, esse é um campo estratégico para a classe que pretende chegar ao poder.

Entendendo o espaço e reconhecendo que o mesmo não é sinônimo de território, ficou demarcado que o espaço possui amplitude sobre o território, sendo este, manifestação daquele em escala reduzida. É no território que se dá a vivência humana, a interação, a cultura e os saberes.

A distinção entre espaço e território foi realizada com a intenção de demonstrar que os termos não são equivalentes, esse é um equívoco que muitos autores têm cometido em suas análises. Realizar a distinção dos mesmos é importante para evidenciar a forma de atuação do capitalismo em cada um.

O enfoque no território durante o estudo, apontou as diferentes abordagens e concepções que o cercam. Dentre as abordagens debatidas, duas merecem destaque: a primeira é a abordagem de forma acrítica, desprovida de ação humana, território é tido como algo estático e natural, que reúne elementos geofísicos.

A outra abordagem é demarcada pela inserção de conteúdo social no território. Santos (1999) afirma que o território não deve ser visto apenas por sua

materialidade, mas também por sua imaterialidade, por suas relações sociais, cultura, ação humana, sendo, assim, definido como território usado.

Outro aspecto sobre o território, que esteve presente durante a análise da apreensão territorial realizada pela Política de Saúde, é poder contido no mesmo. A abordagem de autores conservadores como Machiavelli e Ratzel se fez necessária para aprofundar os estudos sobre o tema e em especial sobre a ótica do poder instituído.

O território incorporado pela Política Saúde, é um território acrítico, desprovido de ação humana, passivo. O estado incorpora este tipo de território nos serviços de saúde, para garantir o seu poder e dominação sobre a população, essa é a fórmula utilizada pelo capitalismo para garantir sua sobrevivência, criar um espaço abstrato que tenha amplitude sobre um território acrítico e que este seja utilizado e implantado pelo Estado nos diversos aspectos da vida do sujeito, inclusive no campo da Política de Saúde.

A abordagem ao território de forma acrítica, natural, tem sido reforçada pelo levantamento de dados estatísticos, de elementos geofísicos que têm sido utilizados pelo Estado para fundamentar a fragmentação territorial na Política de Saúde brasileira.

Fragmentação territorial que ocorre, na Política de Saúde, tem sido consolidada via diretrizes de descentralização/regionalização. As mesmas foram bandeiras de luta do Movimento de Reforma Sanitária na década de 1980 e, após sua determinação na Constituição Federal de 1988, tem ocorrido um processo de ressignificação.

O processo de ressignificação das bandeiras de luta é comandado pelo neoliberalismo, adotado no Brasil a partir da década de 1990 (PINTO, 2009b). Nesse cenário de ressignificação, de reestruturação, em que o Estado se torna regulador dos serviços, que estão sobre domínio do capital, Pinto (2009b, p. 53) destaca as consequências:

As conseqüências mais diretas são a precarização dos serviços públicos, a descaracterização do estatuto do direito social, a fragmentação da organização social conquistada nos movimentos sociais, sindicatos e próprio Estado, o esvaziamento da articulação coletiva em prol dos direitos e da luta por cidadania.

Tais consequências manifestam-se diretamente na Política de Saúde e em suas diretrizes, tendo em vista que a descentralização se tornou sinônimo de desresponsabilização e a regionalização, atualmente, é sinônimo de fragmentação territorial.

Esta constatação foi realizada a partir do debate de normatizações das três esferas de governo. No nível federal foi abordada a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01 de 2001, a mesma defendeu a continuidade do processo de descentralização iniciado na década anterior, por meio da regionalização da saúde.

A NOAS 01/01 ordenou que os estados realizassem a fragmentação do território estático, utilizando o discurso de assegurar os princípios constitucionais do SUS, ocorreu a implantação de preceitos neoliberalistas no ordenamento deste recorte territorial.

O Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais, elaborado em 2010, foi a normatização estudada no nível estadual. O mesmo realiza a fragmentação territorial determinada pela esfera federal.

O estado determinou que cada nível de atenção fosse ofertado por um tipo de região. Assim a Atenção Primária de Saúde, tornou-se obrigação do município ofertar; a Atenção Secundária à Saúde deve ser ofertada pelas microrregiões e a Atenção Terciária à Saúde compete às macrorregiões.

No nível municipal, foi abordado o Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora, elaborado em 2013. No plano estão instituídas metas, que tem como objetivo central dar prosseguimento ao processo de regionalização determinado pela esfera federal e ampliar o serviço de Atenção Primária Saúde, uma vez que esta deve ser ofertada por todos os municípios do país.

Diante da análise realizada é possível fazer alguns apontamentos, como: a falta de autonomia das esferas estaduais e municipais; o território fragmentado na Política de Saúde é apreendido de forma estática/ natural; não há participação popular no processo de recorte territorial; a Política de Saúde tem assegurado o controle e doutrinação da população, por meio do recorte territorial; a Atenção Primária à Saúde também tem o seu território recortado, sobre o discurso de assegurar melhores condições de saúde, ocorre uma doutrinação da população. Esses apontamentos manifestam a dicotomia entre uso eficiente/eficaz dos recursos e adoção do conceito ampliado de saúde

Tais constatações revelam pontos essenciais que merecem ser debatidos e pesquisados, na intenção de apresentar mudanças e fortalecer a classe trabalhadora na luta pelo território.

O primeiro aspecto diz respeito aos processos educativos, tendo em vista que a compreensão do território como algo estático, composto apenas por elementos naturais, é reforçada nas escolas, cabe assinalar que o campo da educação não é alheio ao capitalismo, ao contrário, a educação tem se mostrado um campo estratégico para a sobrevivência do modo de produção capitalista e de divulgação da ideologia dominante (CARVALHO; BAUER, 2011).

Há um descolamento da formação profissional com a realidade cotidiana. O território, enquanto um dos componentes da política social, não é debatido/apreendido de forma crítica no âmbito acadêmico. A aprendizagem sobre espaço está fundada na perspectiva naturalizada e não em uma perspectiva crítica. Isso ocorre também na formação dos assistentes sociais que ao trabalhar na saúde, tem pouca condição teórica, política e metodológica de interferir neste processo.

Dessa maneira, os profissionais de saúde não abordam o território em sua forma usada e isso se deve a uma série de razões: falta de debate e conhecimento, no processo ensino-aprendizado, sobre as compreensões territoriais; centralização do poder na esfera federal; falta de autonomia para realizar o trabalho; excesso de metas a serem cumpridas; sistemas de informação complexos, que demandam alimentação constante.

A homogeneização, fragmentação e hierarquização promovida pelo Estado no espaço não se dá de forma passiva, assim, é necessário que a classe trabalhadora, permaneça ocupando as esferas de participação popular, fazendo enfrentamento dos ditames capitalista na Política de Saúde. Lefebvre destaca que a ação do Estado leva a contestação, para o autor:

[...] as forças fervilham nesse espaço. A racionalidade do Estado, técnicas, planos e programas, suscita a contestação. A violência subversiva replica a violência do poder. Guerras e revoluções, fracassos e vitórias, confrontos e distúrbios [...]. A normalidade estatista também impõe a perpétua transgressão. [...] sua negatividade nova, trágica, se manifesta: a violência incessante. As forças fervilhantes destampam a panela: o Estado e seu espaço. As diferenças jamais disseram sua última palavra. Vencidas elas sobrevivem. Elas se batem, às vezes ferozmente, para se afirmar e transformar a adversidade (LEFEBVRE, 2006, p. 29).

As diretrizes de descentralização/regionalização, nos moldes atuais, necessitam de questionamentos. Os pesquisadores do campo da saúde devem estar atentos ao movimento realizado pelo Estado, por meio de normatizações, para assegurar a dominação capitalista.

Decerto que a descentralização destrutiva não condiz e não promove a implantação dos princípios da Política de Saúde, como equidade, universalidade, integralidade e participação popular. E a regionalização é a implantação de princípios gerenciais neoliberalistas na Política de Saúde, uma vez que esta é cercada por ditames como: eficiência, eficácia e economia. Estes não podem guiar as ações de saúde, as mesmas devem ser orientadas por princípios que assegurem a sua democratização e universalização.

Sobre a descentralização, enquanto forma de assegurar a democratização das políticas sociais, Souza Filho (2006, p. 381) destaca:

A descentralização não é um valor em si; ela somente se traduz de forma democrática se expressar um processo de participação e viabilização do controle das ações públicas e se for operacionalizada pelo governo central, garantindo aos níveis sub-nacionais recursos financeiros, apoio técnico e diretrizes gerais. Só dessa forma se constrói a possibilidade do desenvolvimento efetivo de políticas sociais descentralizadas e democráticas, com articulação e organicidade nacional, que venham a garantir um processo de universalização de direitos sociais.

Ao final do presente trabalho, cabe ainda realizar uma importante reflexão, que considera todo o conteúdo abordado no decorrer do trabalho e que se soma à experiência de territorialização vivenciada durante a vivência da Residência em Saúde da Família.

A territorialização, realizada pelas equipes de saúde das Unidades de Atenção Primária de Juiz de Fora, está inscrita em um processo dicotômico, visto que, ao mesmo tempo em que serve para conhecer a população que irá ser atendida, a mesma promove a doutrinação e regulação do sujeito no território abstrato.

O processo de trabalho cunhado como territorialização, em verdade, segue a lógica do reconhecimento do espaço na perspectiva da construção de uma região de saúde distinta das demais e, portanto, ensejando políticas de intervenção específicas e singulares, para além das políticas gerais do município, estado ou união (DUARTE et al., 2015, p. 480).

Os profissionais de saúde são elementos importantes nesse processo de entendimento do território composto por relações sociais, que levará a compreensão do espaço em sua forma social. Estes devem executar suas ações, de forma que garantam a autonomia do sujeito sobre suas questões de saúde, a participação popular, a promoção da cultura local, o reconhecimento como sujeito pertencente a uma determinada localidade e que as singularidades/diferenças sejam sempre ressaltadas.

Estes são passos que fortalecerão a classe trabalhadora, na luta de classes e a auxiliará na busca pela conquista do território, como parte de um projeto societário, que visa o fim do poder do Estado e da dominação capitalista.

REFERÊNCIAS

ABREU, Maria Helena Elpidio. **Território, Política Social e Serviço Social**: caminhos e armadilhas no contexto do social-liberalismo. São Paulo: Papel Social, 2016.

ABRASCO. et al. **Proposta do Movimento da Reforma Sanitária para debate nacional**. Brasília: ABRASCO, 2014.

ANTUNES, Ricardo. As novas formas de acumulação de capital e as formas contemporâneas do estranhamento (alienação). **Caderno CRH**, v. 15, n. 37, 2006.

_____. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho?. In: ANTUNES, Ricardo; BRAGA, Ruy. (Orgs.). **Infoproletários**: degradação real do trabalho virtual. São Paulo: Boitempo, 2009. p. 231-238.

BARRA, Sabrina Alves Ribeiro. **Gestão da Estratégia Saúde da Família**: o desafio de consolidar a intersetorialidade. 2013. 200 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, 2013.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. The historic particularity of Social Work research. **Revista Katálysis**, v. 10, n. SPE, p. 46-54, 2007.

BOYLE, David. **O Manifesto Comunista de Marx e Engels**. Tradução Débora Landsberg. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

_____. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991. Brasília: INAMPS, 1991.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 de mai. 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2203, de 05 de novembro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 de nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos - síntese dos principais resultados. 2. ed. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

_____. Portaria nº 692, de 25 de março de 1994. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 1994.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CARDOSO, Isabel Cristina da Costa. O Espaço urbano e a re-produção das relações sociais no pensamento de Henri Lefebvre: Contribuições à teoria social crítica. **Revista Libertas**, v. 11, n.2, p. 53-76, 2011.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. Diferenciação socioespacial. **Cidades**, v. 4, n. 6, 2011. Disponível em: <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/revistacidades/article/view/569>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Políticas de saúde**: fundamentos e diretrizes do SUS. 2. ed. reimp. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES/UAB, 2012.

CARVALHO, Celso; BAUER, Carlos. Os desafios da educação profissional no contexto de crise do capitalismo contemporâneo. **Revista ORG & DEMO**, v. 12, n. 1, p. 97-112, 2011.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de; NETTO, José Paulo. **Cotidiano**: conhecimento e crítica. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CASSAB, Maria Aparecida Tardin; RIBEIRO, Luiz Cláudio; SCHETTINO, Priscila. Desigualdade social e território: uma breve reflexão. In: II Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2., 2005, São Luiz. **Anais...** São Luis: Universidade Federal do Maranhão, 2005. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Maria_Aparecida_Luiz_Claudio_Priscila297.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2016.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. **Trabalho em Saúde: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG**. 2009. 200 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, 2009.

COLMÁN, Evaristo. Glosas marginais ao “Tratado de Economia Política” de Adolfo Wagner - Karl Marx. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 13, n. 2, p. 170-179, jan./jun. 2011.

DEMATTEIS, Giuseppe. **Le metafore dela terra. La geografia umana tra mito e scienza**. Milano: Feltrinelli, 1967.

DUARTE, Ligia Schiavon. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. Sociedade civil e democracia: um debate necessário. **Revista Libertas**, v. 8, n. 2, p. 83-94, 2008.

ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009.

FARIA, Rivaldo Mauro. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação aos perfis do território. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 9, p. 131-147, 2013.

FARIA, Rivaldo Mauro; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: Contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Revista Ra' e Ga**, n. 17, p. 31-41, 2009. Disponível em: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco_territorio_e_saude.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2015.

FERLA, Alcindo Antonio; LEAL, Mariana Bertol; PINHEIRO, Roseni. Um olhar sobre as práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em rede. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 35-60.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio Século XXI Escolar: O minidicionário da língua portuguesa**. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FILHO, João Bosco Moura Tonucci. Espaço e Território: um debate em torno de conceitos-chave para a geografia crítica. **Revista Espinhaço**, v. 2, n. 1, p. 41-51, 2013.

FLEURY, Sonia; CARVALHO, Antônio Ivo de. **INAMPS**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

FLEURY, Sonia; OUVERNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Ligia. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64.

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da pesquisa científica**. Ceará: Universidade Estadual do Ceará, 2002.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003. p. 55-124.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, 2011.

GIL, Antonio Carlos; LICHT, René Henrique Götz; SANTOS, Brigitte Rieckmann Martins dos. Regionalização da saúde e consciência regional. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 3, 2006.

GIOVANELLA, Ligia. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783- 794, maio/jun. 2009.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Ligia. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-625.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda. et al. O Território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de. et al. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

HAESBAERT, Rogério. Dilema de conceitos: espaço-território e contenção territorial. In: SAQUET, Marcos Aurélio; SPOSITO, Eliseu Savério (Orgs.). **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular, 2009. p. 95-120.

_____. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

_____. Território e Multiterritorialidade: um debate. **Revista GEOgrafia**, Ano IX, n. 17, p. 19-46, 2007.

HARVEY, David. **A produção capitalista do espaço**. São Paulo: Annablume, 2005.

_____. **O novo imperialismo**. 6. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

_____. O direito à cidade. **Revista Internacional de Pesquisa Urbana e Regional**, v. 27, n. 4, p. 939-941, 2003.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

INDOVINA, Francesco; CALABI, Donatella. "Sull'uso capitalistico del territorio". In: LUSSO, G. (Org.). **Economia e territorio**. Milano: Angeli, 1974. p. 205-222.

IOZZI, Fabíola Lana; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. Saúde e desenvolvimento na formação socioespacial brasileira. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IBANEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 60-96.

JUIZ DE FORA. **A estratégia de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde - PDAPS**. Juiz de Fora: Secretaria de Saúde, 2014. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano_diretor/docs/implantacao.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2016.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Juiz de Fora: Secretaria de Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/saude/documentos/plano_de_saude_2014_2017_sspjf.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

KOGA, Dirce. Cidades entre território de vida e territórios vividos. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 72. p. 22-52, nov. 2002.

KOSÍK, Karel. **Dialética do concreto**. Tradução Célia Neves e Alderico Toríbio. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LEFEBVRE, Henri. **A produção do espaço**. Tradução de Doralice Barros Pereira e Sérgio Martins. 1. ed. Sergipe: Grupo de Pesquisa Estado, Capital e Trabalho, 2006.

_____. **A Re-produção das relações de produção**. Tradução da 1ª parte de La survie du capitalisme. Porto: Edições Escorpião, 1973.

_____. **Espaço e Política**. Tradução Margarida Maria de Andrade e Sérgio Martins. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

MACHIAVELLI, Niccolò. **O Príncipe**. Edição Ridendo Castigat Mores, 2009. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/principe.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2017.

MALACHIAS, Ivêta; LELES, Fernando Antônio Gomes; PINTO, Maria Auxiliadora Silva. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política**. Tradução e introdução de Florestan Fernandes. 3. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MARX, Karl. **Grundrisse**: manuscritos econômicos de 1857-1858: esboços da crítica da economia política. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2011.

_____. **Manuscritos econômico-filosóficos**. 4. reimpr. São Paulo: Boitempo, 2010.

_____. **Manuscritos econômicos filosóficos e outros textos escolhidos**. Coleção: Os pensadores. 5. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991.

_____. **O Capital**: Crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2013.

_____. **Trabalho Assalariado e Capital**. Lisboa: Editorial Avante S. A., 1982.

Disponível em:

<http://ciml.250x.com/archive/marx_engels/portuguese/portuguese_marx_trbalho_as_salariado_e_capital_1849.pdf>. Acesso em: 05 out. 2015.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. Tradução de Luis Cláudio de Castro e Costa. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOREIRA, Ruy. **Pensar e ser em geografia**: ensaios de história, epistemologia e ontologia do espaço geográfico. São Paulo: Contexto, 2007.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Ditadura e serviço social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 2013.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

OLIVEIRA, Lêda Maria Leal de; SOUZA, Fabiana Érica de; RIBEIRO, Rubiane de Souza. Conselhos Locais de Saúde e suas bases: compassos e descompassos. **Revista Libertas**, v. 4-5, n. especial, p. 247-263, 2004.

OLIVEIRA, Vanessa Elias. **O municipalismo brasileiro e a provisão local de políticas sociais**: o caso dos serviços de saúde nos municípios paulistas. 2007. 237f. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2007.

ORTIGOZA, Silvia Aparecida Guarnieri. As possibilidades de aplicação do método de análise regressivo-progressivo de Henri Lefebvre na geografia urbana. In: GODOY, Paulo R. Teixeira de. **História do pensamento geográfico e epistemologia em Geografia**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. p. 157-184. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/p5mw5/pdf/godoy-9788579831270.pdf#page=158>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. **Modelos assistenciais**: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Brasília: ANVISA/ISCUFBA, 2001. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6168>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no programa de saúde da família. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.

PINTO, Marina Barbosa. A reestruturação do estado brasileiro e as inflexões nas lutas dos trabalhadores. **Revista Libertas**, v. 4, n. 1, p. 49-53, 2009a.

_____. Sindicato cidadão: ressignificação do método de luta dos trabalhadores. **Revista Libertas**, v. 3, n. 2, p. 17-32, 2009b.

PUGIN, Simone Rossi; NASCIMENTO, Vania Barbosa do. Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde (1974-1996). **Série didática**, n. 1, 1996. Disponível em: <http://www.cedec.org.br/files_pdf/didati1.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2017.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo (SP): Ática, 1993. Disponível em: [http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/bernardo/BIBLIOGRAFIA%20DISCIPLINAS%20POS-GRADUACAO/CLAUDE%20REFFESTIN/RAFFESTIN,%20Claude%20-%20Por%20uma%20Geografia%20do%20Poder\(3\).pdf](http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/bernardo/BIBLIOGRAFIA%20DISCIPLINAS%20POS-GRADUACAO/CLAUDE%20REFFESTIN/RAFFESTIN,%20Claude%20-%20Por%20uma%20Geografia%20do%20Poder(3).pdf). Acesso em: 25 fev. 2017.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Elaine Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas públicas de saúde**: Sistema Único de Saúde. São Paulo: UNASUS/UNIFESP, 2012.

SACK, R. **Human Territoriality**: its theory and history. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Territory and territorialization: incorporating the production, labor, environment, and health relations in primary health care. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010.

SANTOS, Milton. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.

SANTOS, Milton. O dinheiro e o território. **Geographia**, ano 1, n. 1, p. 7-13, 1999.

_____. O espaço e seus elementos: questões de método. **Revista Geografia e Ensino**, v. 1, n. 1, p. 19-30, 1982.

_____. O retorno do território. **Observatório Social de América Latina**, Buenos Aires, ano 6, n. 16, p. 251-261, 2005.

_____. O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos Ippur**, Rio de Janeiro, ano XII, n. 2, p. 15-25, 1999.

_____. **Por uma Geografia Nova: Da Crítica da Geografia a uma Geografia Crítica**. 6. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

SAQUET, Marcos Aurelio. **Abordagens e concepções sobre território**. 4. ed. São Paulo: Outras Expressões, 2015.

_____. Por uma abordagem territorial. In: SAQUET, Marcos Aurélio; SPOSITO, Eliseu Savério (Orgs.). **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular, 2009. p. 73-94.

SAUTER, Angela Maria Weizenmann; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira; KOPF, Águida Wichrowski. Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 265-274, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/528>>. Acesso em: 24 mai. 2017.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Marcia Valeria G. C; CORBO, Anamaria D'Andreia. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 27-42.

SILVEIRA, Maria Laura. Ao território usado a palavra: pensando princípios de solidariedade socioespacial. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IBANEZ, Nelson (Orgs.). **Saúde, Desenvolvimento e Território**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 127-150.

SOJA, Edward William. **Geografias pós-modernas: a reafirmação do espaço na teoria social crítica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993.

SOUZA, Jamerson Murilo Anunciação de. **Estado e sociedade civil no pensamento de Marx**, São Paulo, n. 101, p. 05-24, jan./mar. 2010.

SOUZA, Marcelo Lopes de. "Território" da divergência (e da confusão): em torno das imprecisas fronteiras de um conceito fundamental. In: SAQUET, Marcos Aurélio; SPOSITO, Eliseu Savério (Orgs.). **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular, 2009. p. 57-72.

SOUZA, Naiara Prato Cardoso de. **A 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963): antecedentes para um Sistema Nacional de Saúde Público e Descentralizado**. 2014. 160f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

SOUZA, Renilson Rehem. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7015.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2017.

SOUZA FILHO, Rodrigo de. **Estado, burocracia e patrimonialismo no desenvolvimento da administração pública brasileira**. 2006. 395f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n. 1, p. 10-15, jan./ mar. 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v44n1/v44n1a03.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

_____. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 153-162, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v18s0/13801.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

TEIXEIRA, Renata de Paula. **Saúde e Território: uma análise sobre a dinâmica da pobreza na área “Vale dos Guedes”, bairro Granjas Betânea, Juiz de Fora- MG**. 2009. 85 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Graduação em Saúde da Família) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. et al. (Org.). **Tratado de saúde Coletiva**. Rio de Janeiro/São Paulo: Fiocruz/Hucitec, 2006. p. 531-562.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2015.