

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF: A AÇÃO DO ESTADO, O CENÁRIO DE IMPLANTAÇÃO E A IMPORTÂNCIA DO TERRITÓRIO PARA A SUA EFETIVAÇÃO

FAMILY HEALTH PROGRAM - FHP: THE ACTION OF THE STATE, THE SCENERY OF IMPLEMENTATION AND THE IMPORTANCE OF TERRITORY FOR EFFECTUATION

Carlos Dornels Freire de Souza

Coordenador do Núcleo de Epidemiologia de Juazeiro – Bahia
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Juazeiro
carlos.dornels@juazeiro.ba.gov.br

RESUMO

O Programa de Saúde da Família foi planejado como uma nova forma de reorientação do modelo assistencial de saúde no Brasil, considerando as particularidades de cada território de atuação. Instalado em 1994, é hoje um dos principais pilares da maior política pública de saúde brasileira, o Sistema Único de Saúde. Este artigo tem por objetivo apresentar o cenário que serviu de palco para a materialização do PSF e a importância do território para a efetivação do programa. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica e a análise de documentos oficiais que orientaram a criação e implantação e, atualmente, servem de guia para a gestão do Programa, além de autores que discutem o conceito de território, enquanto porção do espaço onde as relações de poder acontecem.

Palavras-chave: PSF. Estado. Território.

ABSTRACT

The Family Health Program was designed as a new way to reorient the health care model in Brazil, considering the particularities of each actuation territory. Installed in 1994, is now one of the mainstays of the largest public Brazilian health policy, the Unified Health System. This article aims to present the scenario that played host to the materialization of the FHP and the importance of territory for the program effectuation. For this, a literature review and analysis of official documents that guided the creation and deployment, and, nowadays, serve as guides for the management of the program were conducted, plus authors who discuss the concept of territory, while the portion of space where power relations happen.

Keywords: FHP. State. Territory.

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi formulado em 1993, durante o governo do presidente Itamar Franco e implantado em 25 de março de 1994, pelo ministério da saúde, sob o comando de Henrique Santillo e com apoio do médico Dr Halim Girad. Surge, embora implicitamente, como uma nova forma de organização e de reorientação do modelo assistencial brasileiro, onde o princípio basilar é o atendimento multiprofissional em unidades básicas de saúde, o mais próximo da casa do indivíduo (BRASIL, 1994).

Recebido em: 09/02/2014

Aceito para publicação em: 14/05/2014

Desde sua origem até hoje, início da segunda década do século XXI, o PSF funciona a partir da definição de um território, de modo que cada equipe é responsável pelo atendimento e acompanhamento da população adscrita, num modelo de clientela, em área delimitada. A territorialização é, portanto, um pressuposto básico do processo do trabalho e da gestão do PSF, logo da ação do Estado.

Quando se considera um determinado espaço delimitado pelo PSF pode-se falar de uma configuração territorial que possui determinados atributos, conforme discute Pedrosa e Teles (2001). Para esses mesmos autores, essas características do território, sejam naturais ou não, refletem no processo saúde-doença da população, não podendo, portanto, ter sua análise esquecida.

Essas divisões territoriais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como do PSF, como o município, o distrito sanitário e a área de abrangência de serviços de saúde são, de modo importante, áreas de atuação de caráter tanto administrativo quanto gerencial, econômico e político, de modo que o território representa, portanto, uma instância de poder, como apresenta Raffestin (1993).

Para chegar ao modelo que temos hoje e apresentado sumariamente nos parágrafos anteriores, o setor de saúde e seus programas sofreram influência considerável das ações governamentais decorrentes da política de “Reforma do Estado”, apontada como sendo de suma importância para a modernização e inserção do país de forma competitiva no cenário internacional, conforme defende Soares (2000).

Para a compreensão de todo o processo que envolve a gênese do PSF, é preciso conhecer o cenário político e econômico no qual ele foi edificado como política de Estado, evidenciando a ação deste último no contexto de surgimento do primeiro, justamente no período de “Reforma do Estado”; e, a partir de então, discutir a importância do território para que o programa em análise pudesse cumprir com sua finalidade.

Em se tratando de política de Estado merece destaque ainda a menção quanto a diferença entre esta e a política de Governo. Nesse âmbito, Silva (2010) coloca que as políticas de Estado são:

elaboradas pela sociedade para resistirem a vários e diferentes governos, e as políticas de governo, aquelas elaboradas com foco apenas no que é estabelecido por um grupo político que está no poder em determinado tempo e espaço (p. 349).

Diante do acima exposto, este trabalho tem como objetivo apresentar o cenário de implantação do PSF e a importância do território para a efetivação das ações. Para isso, o artigo está dividido em duas partes: na primeira será apresentado o cenário no qual o programa foi edificado e, posteriormente, na segunda parte será discutida a importância do território para a efetivação das ações.

A AÇÃO DO ESTADO E O CENÁRIO DE IMPLANTAÇÃO DO PSF

Para iniciar a discussão a respeito da ação do Estado e o contexto de implantação do PSF, merece destaque o que Silva (2010) apresenta. Segundo ele, “(...) o Estado tem sua ação regulamentada, constituindo-se num agente que, mesmo em tempos de globalização, tem revivificado seu papel e sua capacidade de fazer agir” (p.349). Coelho (2012) reforça o conceito apresentado por Silva (2010) ao colocar que

quando nos referimos ao **Estado** (*grifo do autor*), grafado com inicial maiúscula, estamos tratando da organização que exerce o poder supremo sobre o conjunto de indivíduos que ocupam um determinado **território** (*grifo nosso*). E quando falamos de exercício do poder, estamos nos referindo à capacidade de influenciar decisivamente a ação e o comportamento das pessoas (p.13).

O processo de reforma sanitária iniciado nos anos de 1970, com ampla participação da sociedade brasileira, associada à conjuntura política e econômica, fizeram a sociedade e os sanitaristas, com o apoio de entidades, como a Fiocruz, e o apoio de partidos políticos (Partido

dos Trabalhadores - PT, Partido Comunista Brasileiro - PCB, Partido Comunista do Brasil - PCdoB e Partido do Movimento Democrático Brasileiro - PMDB) a mobilizarem-se pelo direito constitucional à saúde e sua democratização, resultando em inclusão no texto constitucional de artigos que garantissem a universalidade do sistema (SCOREL, 1998).

Essa medida impulsionou substancialmente as mudanças no modelo assistencial brasileiro e a criação do PSF. O Sistema Único de Saúde surge, portanto, como resultado da luta coletiva da sociedade em busca da garantia e efetivação de direitos, não somente à vida, mas à vida em sociedade e a um território saudável.

O auge dessa luta pela democracia e universalização da saúde se dá com realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que, reunindo milhares de representantes de diversas entidades da sociedade civil, profissionais da saúde, usuários do sistema e prestadores de serviços, discutiu amplamente o rompimento [*que nunca ocorreu*] entre a medicina individualista curativa e a saúde pública universal.

O PSF tem seu alicerce vinculado à luta do povo brasileiro contra a ditadura militar e a busca pela democracia. Uma sociedade descontente com a situação e não conformada com o modo de condução do Estado luta em busca de reformas, pressionando por mudanças que possam garantir a mais ampla democracia à população. O que fica claro, nesse caso, é a relação entre o processo de redemocratização do país e a luta por políticas públicas que atendam às demandas impostas pela sociedade.

A concepção do PSF ocorreu a partir de uma reunião, em Brasília, sobre o tema “*Saúde da Família*”, em 27 e 28 de dezembro de 1993, convocada pelo então Ministro da Saúde Dr. Henrique Santillo, como forma de resposta às demandas dos secretários municipais de Saúde, desejosos de apoio financeiro a fim de efetivar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde, que passa a ser voltada para as peculiaridades de cada território, segundo apresenta Viana & Poz (1998).

No primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso, época em que Adib Jatene assumiu o Ministério da Saúde, embora gestado nos anos anteriores, o PSF pode ser considerado a maior das reformas nesse campo, vista no Brasil da década de 1990. A partir dele, um processo de mudança no modelo assistencial brasileiro se concretiza, uma vez que dois novos princípios são adicionados ao ordenamento da atenção primária: “adscrição territorial de clientela” (reduzindo as heterogeneidades) e a “unidade familiar” como unidade de referência (MARQUES; MENDES, 2000).

É estranho, e ao mesmo tempo curioso, que desde a origem do SUS até a consolidação e a implantação de diversos mecanismos de assistência médica, dentre os quais o PSF se configura como a principal estratégia; o mundo vivia uma conjectura de rupturas iniciadas na década anterior, onde sérias dúvidas a respeito da capacidade do Estado em produzir bens e serviços imperavam, segundo apresenta Campos (1992).

O que se configura inicialmente como um programa que visava desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, no nível da atenção primária; torna-se, a partir de 1998, uma Estratégia para a reorientação da prática assistencial, substituindo as práticas convencionais por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância em saúde, na territorialização e adscrição de clientela, integralidade e hierarquização (AGUIAR, 2011; PAIM et al., 2011; CORBO; MOROSINI, 2005).

Se, por um lado, o desejo era reduzir os custos e a intervenção do Estado na sociedade, por outro, surge um sistema que vai em caminho inverso, o da ampliação da rede de serviços, dos direitos individuais e sociais, ensejando maior intervenção do Estado na sociedade. Nesse novo caminho, a família e a comunidade passam a ser o centro de atenção, e não mais o doente e sua doença, de modo que o sentido da saúde se amplia e inclui a cidadania, além de considerar os aspectos peculiares do território dos indivíduos (CORDEIRO, 1996).

Por outra óptica de análise, o que Campos (1992) expõe quanto à necessidade de implantação de um serviço de saúde que esteja mais próximo do indivíduo, e que amplie o acesso, como é o caso do PSF, obriga-nos a análise dupla: se por um lado, a criação de viabilidade técnica, política e financeira para o projeto estão presentes nesse cenário, por outro, há ainda a necessidade de reformar a abrangência das mudanças previstas a partir do início da década de

1990. Não é de hoje que a falta de recursos financeiros e problemas na gestão causam prejuízo à implantação de políticas públicas no Brasil. É preciso muito mais do que simplesmente garantir aporte financeiro, é também importante qualificar a gestão desses recursos, sobretudo num programa que imprime uma nova dinâmica de atuação no sistema público de saúde.

A ideia de construção de um programa que resultasse nessa nova dinâmica e que tivesse como unidade de intervenção pequenos territórios, como é o caso do PSF, já é observável antes mesmo da sua própria construção. Garcia (1990) coloca que “em uma sociedade determinada historicamente, a produção de serviços de saúde não se efetua de uma forma homogênea” (p. 62).

O que autor acima expõe, antes mesmo do surgimento do SUS e do PSF, é que as ações devem levar em consideração da influência da heterogeneidade do processo saúde-doença, que implicarão em diferentes formas de produção de serviços de saúde, não esquecendo que grande parte da dificuldade tem origem na crise dos anos de 1980. A utilização do território parece ser uma alternativa para a efetivação do princípio da equidade, visto que reduz a heterogeneidade.

A redução da heterogeneidade pode ser observada, primeiramente, a partir da adscrição de clientela. Nesse ponto de análise, o território caracteriza-se como um espaço da prática que inclui a apropriação simbólica por parte da comunidade. Na medida em que se consideram as particularidades culturais, sociais e as relações de poder existentes na comunidade para definir os limites de abrangência de uma unidade de saúde, tem-se um território no qual os membros possuem elementos em comum, como o perfil cultural, econômico, social e epidemiológico.

Em segundo lugar, o território, segundo Monken & Barcellos (2005), permite a criação de um vínculo entre a população e os serviços de saúde, neste caso, a equipe de saúde da família. A partir do estabelecimento do vínculo é que se inicia o processo de trabalho, onde tanto a equipe de saúde quanto a comunidade são responsáveis pelo estado de saúde de todos que vivem no território.

Essa perspectiva de mudança trazida pela implantação do PSF, no campo do modelo assistencial, trouxe também outras. Dentre elas, merece destaque a descentralização dos serviços para o município, passando ele a ser o gestor da saúde que é oferecida à população. Essa medida, no governo FHC, tinha como objetivo promover melhorias no atendimento e na gestão do programa, mas que enfrentou dificuldades sérias, como a falta de estrutura e apoio financeiro (MARQUES; MENDES, 2000; NOGUEIRA, 2002).

Essa orientação descentralizante, representada pela modalidade municipalista de gestão está amparada por diversas medidas e eixos e, ainda nos resultados, tendo em vista que esse processo passou a ser mais acentuado a partir da primeira década do século XXI. Modernização do sistema de regulação e de controle, reorganização do aparato regulatório do Estado, autonomização e descentralização da gestão e dos gastos, estabelecimento de mecanismos de financiamento, de sistemas de transferências e subsídios foram apenas alguns mecanismos utilizados para o atendimento do que propunha a reforma Neoliberal (CONH, 1996; NOGUEIRA, 2002).

O resultado desse contexto de mudanças pode ser amplamente verificável ao compararmos indicadores de saúde antes e depois dessas medidas. Melhoria da vigilância à saúde, redução das internações hospitalares, maior acesso da população e proximidade com o contexto de cada território e maior qualidade do cuidado são apenas alguns exemplos que observamos em todo o território nacional, conforme apresenta SOUZA (2001).

Ainda para esse mesmo autor, se por um lado, a ação de descentralização trouxe benefícios, por outro, muitos problemas também emergiram. A ausência de planejamento em nível local, a falta de infraestrutura, a deficiência de recursos humanos, a sobrecarga de atendimento criam conflitos entre as equipes de saúde e os gestores locais, o que compromete significativamente a qualidade dos serviços prestados à população.

A COMPLEXIDADE DO CONCEITO DE TERRITÓRIO NA SAÚDE E NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O termo território, segundo Claval (1979), trata-se de um termo interdisciplinar e polissêmico, por vezes relacionado com a biologia, ciência política e antropologia, que, desde a sua origem etimológica até a prática de seu uso, está diretamente relacionado com as relações de poder, embora nem toda relação de poder é territorial ou inclui territorialidade.

Para Souza (2001), o território é um espaço definido por e a partir de relações de poder. Para ele, esse poder não se restringe ao Estado e não se confunde com a violência. Desse modo, o conceito de território vai além do território do Estado-Nação. Assim, nas divisões territoriais utilizadas no SUS, esse poder também pode ser instituído através das redes de relacionamento humano que se constituem no espaço, segundo afirma Giddens (1989). Segundo Milton Santos (2000)

O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi (p. 96).

As considerações feitas por Santos (2000) dão significado ao estudo do território em diferentes ciências, inclusive no campo saúde. Para ele, o estudo do território provoca o leitor, movendo-o para um raciocínio amplo em compreender a categoria território, já que é na base territorial que todos os eventos acontecem.

Nessa concepção, é importante reforçar que todo o processo de adoecimento de uma população, bem como os determinantes sociais que implicam em variação da homeostasia tem estreita relação com o território, estando nele os elementos que permitem o desenho do processo saúde-doença. Nesse sentido, cabe menção ao conceito de território apresentado por Saquet & Silva (2008), para os quais o território pode ser considerado o palco onde as transformações acontecem, tanto como "locus" de fatores determinantes como também o cenário de poder.

Desse modo, o conceito de território na saúde vai muito além da representação do espaço político-operativo. Nele se verifica a dinâmica do processo de adoecimento da população, de modo que seja possível criar uma imagem do território, muito além do espaço geográfico. Importante ressaltar que essa imagem criada não é estática ou imóvel, mas apresenta um movimento próprio, que precisa ser observado com atenção.

Para Pereira & Barcelos (2006) o território não pode ser compreendido apenas do ponto de vista geográfico, mas como discutido, como um território-processo, no qual a sociedade se estrutura e reproduz suas relações de vida, organiza o processo social e criam e recriam sua história. É nesses moldes que atuam as equipes de saúde da família, caracterizando um modelo que destaca a importância do indivíduo no contexto da família e da sociedade.

Para Bitoun (2000) destaca-se a existência de pelo menos três tipos de território, em sentido amplo, nessa concepção de território-processo: o primeiro é um território de escuta, observado na fase de coleta de informações para se atingir a equidade; o segundo é um território administrativo, quando são definidas articulações com outros territórios; e o terceiro é um território de realizações. Nesse âmbito de análise, em consonância com que MENDES (1993) coloca, o território-processo se materializa como processo social de mudança das práticas sanitárias.

Souza (2001) reforça o contexto acima ao colocar que o território deve ser apreendido em múltiplas vertentes com diversas funções, sinalizando a existência de múltiplos territórios. Na saúde, podemos citar o território de vulnerabilidade social que pode repercutir nos casos de tuberculose, territórios de prostituição, territórios da violência, do narcotráfico e outros muitos que podem ser tanto temporários quanto permanentes. Saquet (2004) acrescenta que esse território

é produzido espaço-temporalmente pelas relações de poder engendradas por determinado grupo social. Dessa forma, pode ser temporário ou permanente e se efetiva em diferentes escalas, portanto, não apenas naquela convencionalmente conhecida como o território nacional sob gestão do Estado-Nação (p. 81).

O que podemos inferir a partir do que foi acima exposto é pressupor que a multiterritorialidade, discutida por Haesbaert (2004) se aplica de modo glorioso no campo da saúde como gestor de serviços com vistas à atenção, promoção e prevenção, junto a outras territorialidades locais, fruto do conjunto de fatores que influenciam no resultado final da qualidade da atenção dada à população.

Como já visto, o PSF tem sido considerado como a mais importante alternativa para a reorganização do sistema de saúde brasileiro (VIANA & POZ, 1998; BRASIL, 1996). Como forma de territorialização, ele permite a demarcação de um espaço onde a equipe de saúde irá atuar, tendo no núcleo familiar a base para o desenvolvimento de suas ações. Assim, a dinâmica territorial é imprescindível para o sucesso do programa.

Outro ponto importante de análise é o processo de acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que criam condições interferindo substancialmente no processo saúde-doença (MONKEN e BARCELLOS, 2005). A manutenção da cadeia de transmissão de doenças de veiculação hídrica, por exemplo, possui estreita relação com a situação ambiental; e aspectos de vulnerabilidade social refletem nos altos índices de tuberculose. Esses são exemplos que representam a importância do território para efetivação das ações da Estratégia Saúde da Família.

As construções sociais são dinâmicas e estão em constante transformação, de modo que dinamiza o território, conferindo-lhe, de acordo com que já foi apresentado, movimento constante. Esse movimento precisa ser interpretado não somente à luz da atualidade, mas também das construções passadas, revelando tendências. Essa análise permite que a equipe se antecipe à ocorrência de eventos que possam causar danos à saúde da população.

Nesse campo de observação, o da gestão, surge a necessidade da qualificação na assistência à saúde, de modo que o serviço seja capaz de atender a essas demandas impostas pela comunidade no âmbito da multiterritorialidade. Isso tão somente foi possível a partir do estabelecimento de uma unidade territorial de qualificação da assistência, sendo, portanto, unidade de planejamento (BRASIL, 2001).

Uma terceira forma de analisar a importância do território para a saúde é a categorização dos diversos territórios de operacionalização da ação, ou seja, do processo de trabalho da equipe. O primeiro deles é o território-distrito, conceituado como a delimitação político-administrativa usada para a organização da atenção, composto por diferentes unidades de saúde; o território-área corresponde à delimitação da área de abrangência da unidade de saúde, na qual a equipe irá atuar; o território-microárea é, por sua vez, a área de atuação do agente comunitário de saúde; por fim, o território-residência, lugar de residência da família.

A complexidade em estudar o setor da saúde, e aqui especificamente, o PSF, na perspectiva da ação do Estado e a partir do território enquanto espaço onde as relações de poder ocorrem, reside no fundamental entendimento de que a saúde não pode ser feita exclusivamente pelo “setor de saúde”. Hoje, é preciso cuidar da saúde do território e não somente da saúde dos corpos biológicos, de modo que seja compreendida como dimensão social da cidadania.

A ADSCRIÇÃO COMO FERRAMENTA JUSTIFICADORA DA IMPORTÂNCIA DO TERRITÓRIO PARA O PSF

Ao buscarmos a relação entre os serviços oferecidos pelo PSF, a concepção de território e a importância que a população possui neste contexto, o termo mais bem empregável é o de “*adscrição*”, que diz respeito ao território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família.

Ao analisar a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecida pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, coloca como fundamento básico a existência de um território adstrito. A “(...) *adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou grupos a profissionais, como o objetivo de ser referência para o seu cuidado*” (BRASIL, 2011). Tal

adscrição seria a base para o processo de trabalho e elemento base para o planejamento, a programação e o desenvolvimento de ações que tivessem impacto na situação de saúde da coletividade.

Nesse sentido, o sucesso e a qualidade das práticas desenvolvidas pelas unidades de saúde dependem do processo de vinculação da comunidade aos profissionais que integram a equipe. Segundo a portaria 2.488/2011, do Ministério da Saúde, esse vínculo "(...) consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde" (BRASIL, 2011).

A partir da compreensão adequada do termo adscrição, fica evidente que a implantação do PSF em nível local deve seguir uma série de etapas: cadastramento da comunidade com realização de entrevista, consolidação das informações, identificação das microáreas de risco, elaboração de um plano de ação, mapeamento de área de atuação da Equipe de Saúde da Família (ESF), programação das atividades e o acompanhamento e a avaliação (COSTA NETO, 2000). O que o autor reforça nada mais é do que as responsabilidades dos profissionais, mantendo a coordenação do cuidado, mesmo que, para a efetivação desse cuidado, busque outros mecanismos que garantam a integralidade da atenção.

A adscrição de clientela é preconizada como um dos fundamentos da atenção básica, conforme portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Ter um território adscrito significa, ainda segundo esse instituto legal, permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento das ações, conforme demandas dessa clientela (BRASIL, 2011).

Após implantada a unidade de saúde, deve-se considerar as características locais que permitam que o primeiro desenho do território seja realizado. Assim, as características e as territorialidades locais devem ser consideradas seja de modo positivo ou não no desenvolvimento do PSF (COSTA NETO, 2000).

Esse mecanismo de vinculação reforça a importância do território para o PSF, visto que implica em longitudinalidade do cuidado ou da atenção oferecida à comunidade ao longo do tempo e de modo permanente. Assim, a fenomenologia do território é objeto de observação constante da PSF, já que nesse processo de vinculação, as histórias de vida da população adscrita não são perdidas.

Por fenomenologia entende-se o estudo dos fenômenos e tem como objetivo, segundo Holzer (1997), de estudar a constituição do mundo através das experiências concretas do homem, de modo que tais experiências sirvam-lhe para orientar suas ações. Em saúde, a compreensão dessas "*vivências intencionais da consciência para perceber como aí se produz o sentido dos fenômenos, o sentido do fenômeno global que se chama mundo*" (DARTIGUES, 1973, p.30) é de suma importância para a promoção de saúde da população.

Nesse momento, a fenomenologia tenta aproximar as ciências da comunidade, ou seja, ações e projetos a partir das experiências antes praticadas pelas pessoas que compõem o território, suas percepções do mundo e suas identidades (HOLZER, 1997). No território do PSF, é importante que a equipe leve em consideração todo o conjunto de experiências e vivências dos cidadãos, não subjugando ou ignorando.

Desse modo, o território caracteriza-se por ser uma dimensão vivida do espaço, ou seja, constituído de elementos dinâmicos, os seres humanos e suas relações. Segundo Paula (2011), "*a dimensão vivida não é apenas uma face do fenômeno, ela o funda*" (p.109). Daí a importância de compreender a fenomenologia do território.

Ter um território adscrito significa a materialização do princípio da equidade, que é basilar para efetivação do sistema público de saúde como resultado da luta da população brasileira. E mais, é nesse território onde o planejamento se manifesta em suas múltiplas facetas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi exposto ao longo deste artigo, podemos concluir que o cenário Neoliberal e de Reforma do Estado serviram de plano de fundo para a implantação do Programa de Saúde da Família no Brasil, bem como influenciaram na sua elaboração.

Conforme visto, a ação do Estado pode influenciar tanto positivamente na implantação de uma política pública, materializada através de um programa, quanto negativamente. Esse resultado dependerá do jogo de interesses estabelecidos e das relações de poder que caracterizam o território e das condições sócio-políticas, materiais e humanas.

Podemos concluir também que o conceito de território permeou a implantação e permeia a efetivação do PSF, de modo que suas ações levam em consideração a fenomenologia do território, tratando saúde não mais, unicamente, como um desequilíbrio das funções biológicas, mas resultado de uma série de relações que se manifestam.

Por fim, fica evidente a atualidade e relevância da compreensão dos múltiplos territórios na efetivação do direito a saúde, na redução das desigualdades e na garantia que os princípios do SUS sejam concretizados.

Referências

- AGUIAR, Z.N. **SUS**: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.
- BITOUN, J. A política de saúde e as inovações na gestão local. Cidadania, cidade é notícia. Recife: **Etapas**. v. 4, 2000, (Abril/Maio).
- BRASIL. **Programa de Saúde da Família (PSF)**. Brasília: 1994.
- BRASIL. **Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília: 2011.
- BRASIL. **Saúde da família – Uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: 1996.
- CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CLAVAL, P. **Espaço e poder**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1979.
- COELHO, R.C. **Estado, governo e mercado**. 2ª edição-reimpressão – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2012.
- COHN, A. Mudanças econômicas e políticas na saúde no Brasil. In: Laurell, A.C, organizador. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1996.
- CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cad. Saúde Família**. 1996, janeiro-junho.
- COSTA NETO, M. M. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: MS, 2000.
- DARTIGUES, André (1973): **O que é a Fenomenologia**. Rio de Janeiro, Eldorado, 163 p.
- ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.
- GARCIA, J.C. Importancia de los sistemas locales de salud em La transformacion de lós sistemas nacionales de salud. **OPAS/OMS**. Publicacion científica, nº 519, 1990.
- GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização**: do ‘fim dos territórios’ à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
- HOLZER, W. **Uma discussão fenomenológica sobre os conceitos de paisagem e lugar, território e meio ambiente**. Revista Território, ano li, nº 3, jul./dez. 1997.
- MARQUES, R.M; MENDES, A. Novas incertezas sobre o financiamento da saúde. **Gazeta mercantil**, 13/9. p.4. São Paulo, 2000.

MENDES, E.V. et al. Território: Conceitos Chave. In: **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, HUCITEC; Rio de Janeiro, ABRASCO, 1993,p. 166-169

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 21, n. 3, p.898-906, 2005.

NOGUEIRA, V. M. R. **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro**: construindo uma nova agenda. 2002. 347 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

PAIM, J, et al. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, 2011. Disponível em: www.thelancet.com.

PAULA, F. **Sobre a dimensão vivida do território**: tendências e a contribuição da fenomenologia. *GeoTextos*, vol. 7, n. 1, jul. 105-126

PEDROSA, J I S; TELES, J B M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**. v. 35, n.3, p.303-311, jun. 2001.

PEREIRA, M.P; BARCELOS, C. O território no programa de saúde da família. **Hygeia**, 2(2):47-55, jun 2006.

RAFESTINI, C. **Por uma geografia do poder**. Tradução de Maria Cecília. França. São Paulo: Ática, 1993.

SAQUET, M.A. Território: diferentes interpretações na literatura italiana. In: **Território e desenvolvimento**: diferentes abordagens. Francisco Beltrão: Unioeste, 2004.

SAQUET, M. A; SILVA, S.S. MILTON SANTOS: concepções de geografia, espaço e território. **Geo UERJ** - Ano 10, v.2, n.18, p. 24-42, 2008.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização** - do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SILVA, O. A. A influência recíproca na ação: o Estado e as associações no território do sisal. In: **(Geo)grafias dos movimentos sociais**. 1ª edição: Editora UEFS, 2010.

SOARES, LT. As atuais políticas de saúde: o risco do desmonte neoliberal. **Rev. Bras de Enfermagem**, 53: 17-24;2000.

SOUZA, M.J.L. O território: sobre espaço e poder. Autonomia e desenvolvimento. In: **Geografia, conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Betrand Brasil, 2001.

VIANA, A.L.D; POZ, M. R.D. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saude da Família. *Physis*: **Rev. Saude coletiva**. Rio de Janeiro, 8(2): 11-48, 1998.