

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA, O TERRITÓRIO E AS REDES DE ATENÇÃO:
INTERCAMBIAMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM MINAS GERAIS, BRASIL**

**PRIMARY HEALTH CARE, TERRITORY AND NETWORKS OF THE HEALTH CARE:
INTERCHANGEABILITY NEEDED TO INTEGRATE THE ACTIONS OF SUS IN MINAS
GERAIS, BRAZIL**

Rivaldo Mauro de Faria

Doutor em Geografia, Universidade Estadual de Campinas, Unicamp

Pós-Doutorando em Geografia, Universidade de Coimbra

rivaldogeo@hotmail.com

RESUMO

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, com o apoio do Ministério da Saúde, vem fazendo amplos esforços para universalizar o acesso à atenção primária à saúde, tendo em vista seu papel estratégico para a constituição das redes de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Por isso, passou a incentivar a adoção das Equipes Saúde da Família através do seu "Programa Estruturador Saúde em Casa". Associado a esse programa, criou o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS), cujo objetivo é oferecer um instrumento de planejamento e gestão territorial desses serviços, qualificando-os para cumprir seu papel de porta de entrada das redes de atenção à saúde. O objetivo deste artigo é discutir o planejamento territorial da atenção primária e das redes de atenção à saúde do SUS em Minas Gerais, Brasil. O pressuposto hipotético norteador da discussão é a interdependência existencial entre a atenção primária, as redes e o território. A metodologia utilizada é baseada num estudo teórico-descritivo, de um lado, e numa análise teórico-crítica, de outro. Portanto, tem uma dimensão de descortinamento da relação entre as redes, o território e a atenção primária, de um lado; e uma dimensão de apontamento sobre os modos como isso vem sendo planejado, de outro. Os resultados indicam avanços na construção das redes em Minas Gerais, mas há também questões teórico-metodológicas que precisam ser devidamente equacionadas, sobretudo em relação aos modos de inscrição territorial dos serviços.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; território, redes de atenção à saúde; planejamento territorial.

ABSTRACT

The Secretary of Health State of Minas Gerais, with the support of the Ministry of Health, have been making extensive effort to universalize the primary health care, given its strategic role in the formation the networks of the health care in the Unique Health System (SUS). Therefore, began to encourage the adoption of the Family Health Teams through of the "Program Structuring Health at Home". Associated with this program, was created the Master Plan of the Primary Health Care (PDAPS), whose goal it's provide an instrument to territorial planning and management of these service, qualifying them to fulfill the role as gateway of the network of the health in the SUS. The aim of this paper is discuss the territorial planning of the primary health

¹ Trabalho financiado pela Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

care and the networks of the health care the SUS in Minas Gerais, Brazil. The hypothetical premise of the discussion is the existential interdependence between primary health care, networks and the territory. The methodology is based on a theoretical study and descriptive, on one side, and a theoretical analysis and critical, of another. Therefore, have a dimension of discovery of the relationship between networks, territory and primary health care, on one side, and a dimension of note about the ways how this is being planned, of another. The results indicate improvements in the construction of networks in Minas Gerais, but there are also theoretical issues and methodological that needs to be addressed, especially on the forms of territorial definition of the services.

Key-word: primary health care; territory; network of the health care; territorial planning

INTRODUÇÃO

A prática da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) vem ganhando especificidades no Estado de Minas Gerais. Desde 2003 vem sendo implantada uma política de gestão estratégica denominada “Choque de Gestão”, que acabou por se constituir como o fundamento para as políticas públicas em todos os setores do governo. O Choque de Gestão, cuja aplicação prolonga-se na atual administração, pode ser definido como a busca pela eficiência e excelência na gestão dos serviços públicos, melhorando-se os atendimentos e reduzindo-se os gastos (CORRÊA, 2007). Trata-se, também, da adaptação de mecanismos administrativos usados no setor privado, agora aplicados à gestão pública.

Tomando-se como fundamento esse modelo de gestão, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG) passou a construir um modelo de gestão estratégica aplicada ao setor, tendo como objetivo o “Estado para Resultados” (CORRÊA, 2007). Vários projetos articulados foram desenvolvidos como o Saúde em Casa, Pro-Hosp, SUS Fácil, Transporte em Saúde, Farmácia de Minas e Gestão Regional do SUS, entre outros. Estes projetos se associam às chamadas redes prioritárias, que são alguns setores da sociedade e do próprio sistema de saúde que passaram a gozar de uma atenção especializada através de programas como o Viva Vida, Urgência e Emergência, HiperDia e Mais Vida.

Um aspecto interessante na gestão da saúde em Minas Gerais é que todos esses projetos e programas estão articulados entre si. Todos concorrem para produzir uma estratégia maior, perseguida há algum tempo pela política de Estado, que é a construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS). As redes devem integrar todas as ações e todos os projetos e convergir unisonamente para a melhoria das condições de saúde da população. Mas é preciso refletir sobre elas, sob o risco de não chegar a lugar nenhum.

As redes existem sem o território, esse é o ponto de partida deste artigo. E porque se organizam territorialmente, elas devem ser planejadas e geridas territorialmente. O território vem sendo considerado na modelagem das redes em orientações dadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008; 2010). Em Minas Gerais, elas vêm sendo organizadas na sua base (assim deve ser toda construção), pela definição da sua porta de entrada: a atenção primária. Mas é também importante refletir sobre essa porta, para não criá-la muito estreita, ou seja, incapaz de acolher os fluxos e as necessidades de saúde. A atenção primária é a própria base das redes de saúde, tudo passa (ou deveria passar) por ela. Sua associação com a “porta de entrada” se dá justamente porque ela é o primeiro contato do usuário com o SUS (BRASIL, 2012).

Atenção primária, redes e território são dimensões intercambiáveis. Mas não é uma troca apenas, um inter-relacionamento, mas um condicionamento existencial. Os serviços de atenção primária devem atender um público-alvo, um território definido (BRASIL, 2012). Sem isso não há porta, pois a porta é o próprio território, afirma Faria (2011). Obviamente, a porta se define pelos seus limites. O que permite concluir que planejamento territorial da atenção primária é o princípio da modelagem das redes, do seu desenho.

Cada serviço de atenção primária e seu território de abrangência é, portanto, uma porta de entrada das redes. Por isso, a SESMG está ampliando o acesso aos serviços “Saúde da Família”. Uma forma de criar várias portas, de alargá-las para permitir aos usuários acessá-las confortavelmente, equitativamente e resolutivamente.

Este artigo tem como objetivo discutir o planejamento e a gestão territorial da atenção primária e das redes de atenção à saúde do SUS em Minas Gerais. O pressuposto hipotético norteador da discussão é a interdependência existencial entre a atenção primária, as redes e o território. De modo que, como um dado do planejamento, o território perpassa as duas dimensões e vice-versa. A metodologia utilizada é baseada num estudo teórico-descritivo, de um lado, e numa análise teórico-crítica, de outro. Portanto, tem uma dimensão de descortinamento ou de desvendamento da relação entre as redes, o território e a atenção primária, de um lado; e uma dimensão de apontamento e de discussão sobre os modos como isso vem sendo planejado, de outro. Mas não há separação entre a descrição e a crítica. Por isso, o texto foi organizado em quatro seções também interdependentes. A primeira tem dimensão contextual, cujo olhar é abrangente sobre o tema. A segunda tem uma dimensão específica, adentrando as especificidades da política das redes de saúde de Minas Gerais. A terceira tem uma dimensão de apontamentos críticos sobre a prática de planejamento, nomeadamente a política da territorialização dos serviços e das redes do SUS em Minas Gerais. A quarta, por fim, tem uma dimensão normativa, inserindo-se, no debate do planejamento territorial das RAS, alguns elementos da política oficial sobre os modos de planejamento e gestão territorial do SUS.

O CONTEXTO DA IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DE MINAS GERAIS

Podemos dizer que a organização das RAS é uma proposta Constitucional. Conforme o texto da Constituição, em seu Artigo 198, “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]” (BRASIL, 1989, p.33). Portanto, é um Sistema Único de Saúde organizado em rede. Na verdade, esse caráter unificador e sistêmico, ao mesmo tempo hierarquizado e descentralizado, já denota sua organização em rede. Do contrário, o SUS inexistiria, pois não poderia ser único e muito menos sistêmico. O caráter de unicidade e sistemicidade do SUS está em relação direta com seus princípios de universalidade, equidade e integralidade. Dificilmente será universal um sistema desigual e desintegrado; como também é improvável a equidade num sistema parcial. Ademais, é também inviável um sistema integrado e desigual. Mas, entre estes três princípios doutrinários do SUS, a integralidade é a que mais exige a sua organização em redes de atenção.

As RAS têm como objetivo resolver o problema dos sistemas de saúde verticalizados e fragmentados, até então em vigor no Brasil, na América Latina e na maior parte do mundo (OPAS, 2010). Embora os avanços do SUS sejam significativos, há ainda uma lacuna no que se refere ao planejamento e gestão dos serviços, especificamente, e de modo mais evidente, em relação à integralidade das ações. Se essas são desarticuladas, o resultado será um esforço demasiado grande (e custoso) para se alcançar um resultado demasiado pequeno (MATOS, 2006). Até agora o SUS vem sendo organizado hierarquicamente em níveis de atenção ou de complexidade tecnológica, e ainda que uma política mais forte venha sendo desenvolvida em prol do primeiro nível (a atenção primária), há ainda o erro de pensá-los como etapas ou compartimentos diferentes da atenção (MATOS, 2006).

O SUS ainda se apresenta desarticuladamente ou, pelo menos, desarranjadamente, o que desemboca na descoordenação dos fluxos, de um lado, e na descaracterização dos papéis, nomeadamente dos serviços primários e especializados, de outro. Não raro, os fluxos se processam de vários lados, ou de um lado só, normalmente de um lado só, diretamente aos hospitais, reafirmando no dia a dia, uma visão hospitalocêntrica predominante. Ainda prevalece, entre os profissionais de saúde, uma visão excessivamente especializada e técnica da saúde, cuja manutenção pode muito bem ser explicada pela ausência de uma formação voltada para a atenção primária. Os gestores, da mesma forma, ainda incorrem no equívoco de pensar a atenção primária como um pacote de saúde pobre para os pobres (OMS, 2008), subvertendo seu papel de coordenação dos fluxos e centro do sistema de atenção. Os usuários, por fim, e em função de uma cultura médico-hospitalar predominante, acabam recorrendo aos hospitais para resolver problemas de saúde simples, de baixa complexidade tecnológica, e que poderiam ser tratados nos serviços de atenção primária.

Por isso, os hospitais, sobretudo os pronto-atendimentos, acabam realizando procedimentos que deveriam ser feitos na atenção primária. Por outro lado, e novamente não raro, os serviços de atenção primária se apresentam passivamente, quando deveriam comportar-se proativamente, antecipando-se aos agravos, prevenindo a doença e promovendo a saúde. Em consequência, também a atenção primária acaba incorporando uma forma de ser própria ou parecida com a dos pronto-atendimentos.

Apresenta-se, dessa forma, um cenário dúbio: há, de um lado, uma fragmentação, razão geral para um desarranjo sistêmico, para o descontrole dos fluxos; e há, de outro lado, uma descaracterização, razão geral para uma confusão sistêmica. É fragmentado o sistema cujas ações e processos são desarticulados e é descaracterizado o sistema cujas ações e processos são confusos. A confusão resulta da desarticulação e a desarticulação ganha vida no interior de uma confusão. Entretanto, e paradoxalmente, o resultado de uma fragmentação-descaracterização será uma desordem sistêmica, um não sistema.

Mesmo numa situação epidemiológica, diga-se, previsível, com índices de prevalência das doenças oscilando homogeneamente para um quadro geral de condições agudas, para as quais a busca pelo serviço é episódica, tal fragmentação reduz a capacidade de resposta do sistema (MENDES, 2009). Entretanto, não apenas Minas Gerais, mas o Brasil em geral, está vivendo, há pelo menos três ou quatro décadas, uma situação de mudança epidemiológica cada vez mais rápida, com aumento dos índices de prevalência das doenças de condições crônicas (SCHRAMM *et al*, 2004). Mas essa mudança também não é homogênea, como não é homogêneo o desenvolvimento social e econômico brasileiro. Por isso, há, de um lado, um cenário de prevalência de condições epidemiológicas agudas, com manutenção e até mesmo aumento das taxas de doenças infecciosas tradicionais, como a tuberculose, por exemplo. De outro, há o aumento dos índices das condições epidemiológicas crônicas, como, por exemplo, o aumento das doenças cardiovasculares. Associe-se a isso, conforme Mendes (2009), a agudização das condições crônicas, como é o caso, muito frequente, da busca episódica do serviço pelo paciente de Diabetes Mellitus, e a maior frequência da procura pelos serviços por causas externas, como os acidentes de trânsito e a violência doméstica, por exemplo. Então, não é um cenário simples de condições agudas e crônicas. E também não é uma geografia exata, pois as distribuições espaciais dessas condições serão resultadas das desiguais distribuições sociais.

Apresenta-se, portanto, um quadro social de complexidades em saúde. Mas o SUS não está, conforme Mendes (2008), organizado para responder a essas complexidades. De acordo com este autor, o modelo de atenção à saúde do SUS ainda está orientado para o atendimento às condições agudas de atenção ou para a agudização das condições crônicas. Predominando, portanto, um sistema passivo, acolhedor do paciente adoentado. Entretanto, num quadro de múltipla carga epidemiológica, com aumento gradativo de prevalência de condições crônicas, faz-se necessário um sistema proativo, capaz de responder a um continuum de cuidados integrados sistemicamente.

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, com a participação da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, tem feito essa reflexão há certo tempo. E com intuito de responder a esse cenário de complexidades sociais e epidemiológicas está propondo a constituição das RAS. É verdade que essa não é uma reflexão e uma política do Estado de Minas Gerais apenas. Desde o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão (BRASIL, 2006) o Ministério da Saúde vem retomando o princípio constitucional da integralidade e aprofundando a discussão das RAS, sem as quais o próprio Pacto estaria comprometido. A publicação de diretrizes específicas e oficiais para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010) é resultado dos impactos, seja do Pacto pela Vida, que acentua a atenção primária à saúde e o território como elementos estratégicos a serem alcançados, seja do Pacto pela Gestão, que estabelece critérios práticos para as políticas de descentralização, regionalização e constituição das RAS do SUS. Contudo, é também verdade que em Minas Gerais as redes vêm sendo debatidas com mais afinco. Veja-se, por exemplo, e isso é muito peculiar em Minas Gerais, as redes integradas “Viva a Vida”, “Hiperdia”, “Mais Vida” e “ProHosp”.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 4), as RAS podem ser definidas como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão,

buscam garantir a integralidade do cuidado”. Seu objetivo é promover a integração sistêmica dos serviços e ações através das relações horizontais entre pontos de atenção, sendo a atenção primária o centro de comunicação entre esses pontos ou nós (serviços) no interior das redes.

Podemos encontrar múltiplas definições das RAS (WHO, 2008; BAZZOLI, 1999). Mas há algo de comum em meio a essa pluralidade e, não raro, divergência, nas diversas definições, qual seja: a integração horizontal das ações e serviços sob a coordenação da atenção primária. Com isso, desloca-se o centro de comando do sistema dos hospitais para os serviços de saúde primários. A integralidade é também um atributo comum às diversas definições das redes, embora também ela possa ser interpretada de modo múltiplo.

A modelagem das RAS em Minas Gerais vem sendo feita de acordo com as orientações dadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008; 2010; 2012). Não poderia ser diferente, evidentemente. Mas há especificidades e avanços, fruto de uma política estratégica com vista nos resultados. Um autor cuja participação e influência no Brasil, e especificamente em Minas Gerais, têm contribuído para a política das redes é Eugênio Vilaça Mendes (2007; 2008; 2009; 2012). Sua presença parece ser mais efetiva em Minas Gerais porque ele atuou como consultor da sua Secretaria de Estado da Saúde. Por isso, muitos textos utilizados nas oficinas de implantação das redes e nas formações dos planejadores e gestores da saúde de Minas Gerais são de autoria de Eugênio Vilaça Mendes. Mas sua presença não se restringe a Minas Gerais, obviamente. O próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2011) utilizam o referencial teórico deste autor para a discussão das redes.

De acordo com Mendes (2008, p. 6), as RAS podem ser definidas como

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, por custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada - e com responsabilidades sanitária e econômica por essa população.

Portanto, conforme o autor, não há hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas sim uma conformação horizontal entre eles. Daí a proposta que se faz pela substituição de um sistema hierárquico e piramidal, centrado nos hospitais e nas especialidades, para um sistema poliárquico, centrado na atenção primária como o nó intercambiador dos fluxos nas redes. De acordo com Mendes (2009), a atenção primária forma a base sobre a qual se assentam as redes de atenção, as chamadas redes temáticas (representadas pelos pontos de atenção secundários e terciários). Sem a atenção primária não há redes de saúde, conforme o autor, pois não há convergência e controle dos fluxos. Note-se que os fluxos não denotam a existência das redes. Não há redes sem fluxos, embora possa haver fluxos sem redes. As redes se definem pelos nós (serviços) e pelos fluxos que os ligam. Mas quando os fluxos são desordenados, não é possível reconhecê-los. Fluxos desconhecidos podem vir de toda parte, de qualquer nó ou de nó nenhum. Então, as redes se fragmentam, pois cada nó, ou cada serviço, tende ao isolamento.

Os fluxos devem entrar e sair das redes, não há impedimento. Mas essa entrada deve ser reconhecida e coordenada. O SUS deve ser universal, mas para isso deve ser acessível. Então, todos podem se dirigir aos serviços quando lhes convém. Mas convém ao serviço identificar essa pessoa, encaminhá-la. Do contrário é um fluxo sem controle.

É verdade que nem todas as pessoas acessam o SUS pela atenção primária, embora ela deva ser o contato preferencial, a porta de entrada do sistema e das redes (BRASIL, 2012). Mas o problema não está em as pessoas irem aos hospitais diretamente; o problema está em fazer dos hospitais o centro do sistema. A proposta das RAS é deslocar esse centro para a atenção primária, tornando-a o ponto de referência e de controle dos fluxos. Os fluxos continuarão a acontecer de vários lados no interior do SUS, e, provavelmente, mais densamente para os hospitais, sobretudo para os Pronto-Atendimentos. A diferença nas redes é que esses fluxos são reconhecidos, identificados e coordenados. De forma que, direta ou indiretamente, os fluxos passam pela atenção primária. Diretamente quando esses fluxos são encaminhados por ela e indiretamente quando os fluxos são (re) encaminhados pelos serviços especializados. O

que não pode é a pessoa entrar e sair do sistema sem a identificação da unidade de atenção primária responsável por ela. Portanto, é preciso que cada pessoa tenha um serviço de atenção primária como sua referência, sem a qual, novamente, não é possível identificar os fluxos e coordená-los. Daí a razão dos inúmeros esforços feitos para fortalecer a atenção primária no Brasil, especialmente através da sua estratégia mais ampla, a “Saúde da Família”.

O PROJETO SAÚDE EM CASA E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DE MINAS GERAIS

A atenção primária ou básica³ pode ser definida como um

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde [...]. 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 [...]. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. 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 (BRASIL, 2012, p. 19-20, grifo nosso).

Aqui temos, na verdade, não apenas a definição, mas também as diretrizes e os princípios da atenção primária impressos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Vê-se que são princípios amplos e as diretrizes foram construídas tendo em vista o papel da atenção primária como porta de entrada e centro de comunicação e comando das RAS do SUS.

No Brasil, e em Minas Gerais, a atenção primária é feita em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Saúde da Família é sua estratégia prioritária, conforme determina a PNAB (BRASIL, 2012). Dessa forma, cada UBS, com ou sem Equipe Saúde da Família (ESF), deve se organizar para atender um público-alvo, representado, em síntese, por um conjunto de famílias agregadas geograficamente.

A Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG), com apoio do Ministério da Saúde, tem feitos amplos esforços para universalizar a atenção primária em todo o Estado. Por isso, foi criado em 2005, e prorrogado em 2012, o “Programa Estruturador Saúde em Casa” (SESMG, 2005; 2012). Por seu papel central na consolidação das redes de atenção, o “Saúde em Casa” acabou se tornando também a âncora daqueles conjuntos de projetos citados na introdução deste artigo. Então, a partir da definição de indicadores diversos e com incentivos técnicos e financeiros, o governo passou a incentivar, através do “Saúde em Casa”, a adoção das ESF como política estratégica para a melhoria das condições de saúde da população. Por isso, nos últimos dez anos, os índices de cobertura dessas ESF cresceram de 25% para 75% da população de Minas Gerais, superando o crescimento da cobertura do país que foi de 37% para 63% no mesmo período (SIAB, 2012). Existem regiões inteiras do Estado, como o Jequitinhonha, por exemplo, onde essa oferta já foi universalizada, ou seja, cuja cobertura chega a 100% da sua população.

Entretanto, diagnósticos da situação da atenção primária à saúde de Minas Gerais revelaram problemas relacionados tanto com os indicadores epidemiológicos, quanto aos indicadores dos serviços (ESPMG, 2008a). Observou-se que o sistema ainda se apresenta desintegrado e pouco resolutivo, o que faz aparecer enormes disparidades regionais em saúde. Embora este não seja um problema de Minas Gerais apenas, há especificidades nesse Estado, uma vez que a ampliação das ESF, conquanto tenha representado avanços na saúde, não alcançou resultados condizentes com essa ampliação. E esse quadro acabou por impor uma restrição à estratégia mais ampla de construção das RAS em Minas Gerais. Por isso, a partir de 2008 o “Programa Estruturador Saúde em Casa” passou a uma nova etapa, agora marcada pela necessidade de qualificar a gestão desses serviços, tornando-os mais resolutivos e integrados. É nesse contexto que se insere o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS).

O PDAPS pode ser entendido como uma resposta orgânica para o planejamento e a gestão da atenção primária à saúde em Minas Gerais (ESPMG, 2008a). Apresenta-se também como um

³ “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes” (BRASIL, 2012, p. 22).

pacote tecnológico que visa ordenar os serviços de saúde e conferir qualidade às suas ações. De fato, até então ainda não se havia produzido um modelo de planejamento dos serviços de atenção primária para todo o Estado. Por isso, cada Município utilizava modos próprios de planejamento, normalmente ligados aos manuais produzidos pelo Ministério da Saúde, mas sem uma padronização, nem mesmo um controle. Então, o PDAPS surge como uma forma de unificar esse planejamento. Além disso, conforme Silva e Mendes (2004), isso era fundamental para sair de uma municipalização autárquica para uma regionalização cooperativa. De fato, as RAS não podem conviver com autarquias, pois são baseadas em relações de solidariedades intermunicipais.

O PDAPS é composto de um conjunto integrado de dez oficinas de capacitação dos profissionais das equipes de saúde e sua aplicação é feita a partir da cooperação técnico-educacional entre a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e algumas universidades federais selecionadas para atuar em cada uma das macrorregiões de saúde deste Estado. As oficinas intercalam momentos presenciais e de dispersão e são realizadas nos municípios e nas microrregiões sanitárias de Minas Gerais. As intervenções propostas no plano envolvem a normalização da atenção primária através do Manual da Atenção Básica (BRASIL, 1999), realização de diagnósticos locais, organização dos processos de trabalho, organização das ações de vigilância, implantação de sistemas logísticos, implantação da assistência farmacêutica, incentivo financeiro, entre outros (ESPMG, 2008a). A operacionalização se realiza por uma rede de cooperação que vai do coordenador do PDAPS na universidade selecionada; dois tutores universitários responsáveis por cada uma das microrregiões localizadas no interior das macrorregiões do Estado; um técnico de cada uma das Gerências Regionais de Saúde (GRS), que se responsabiliza, juntamente com os tutores universitários, pelas microrregiões de saúde; os facilitadores, que são responsáveis pela aplicação das oficinas nos municípios e, por fim, os participantes, estes representados pelo pessoal envolvido com a gestão da atenção primária à saúde no município.

Toda essa estrutura organizativa tem como objetivo, em última instância, operacionalizar as RAS, definindo e qualificando a sua porta de entrada, tornando-a resolutive e equitativa. Por isso, a territorialização dos serviços de atenção primária à saúde é uma das primeiras atividades propostas no PDAPS. Obviamente, o que permite a identificação da porta de entrada e dos fluxos nas RAS é a definição do território de atuação dos serviços. Por isso, e não por acaso, ter um território adstrito é a primeira diretriz da atenção primária, conforme orienta a PNAB (BRASIL, 2012). Portanto, a territorialização é uma técnica de planejamento de maior importância na modelagem das RAS. Mas o que a desencadeia? Quais são os elementos presentes no ato territorializador destes serviços?

A TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MINAS GERAIS, BRASIL

Um estudo sistemático da territorialização da saúde no Brasil foi feito por Faria (2012). Não adentraremos o mérito histórico e epistemológico do tema novamente. É preciso antecipar que, como dado do planejamento, conforme Souza (2004), não há uma territorialização da saúde, pois, tudo está naturalmente territorializado. Em outras palavras, não há uma territorialização aplicada a um setor, pois, fosse assim, teríamos que pensar o território como parcialidade. Se isso é possível, há que se encontrar uma abordagem territorial que a satisfaça e a justifique. Há, isto sim, a territorialização como resultado de relações sociais de poder, como materialização das territorialidades em um dado momento histórico (RAFFESTIN, 1993). A saúde e os serviços são um dado do território, também o territorializam, mas não como uma dimensão e sim como uma relação múltipla e complexa com os demais atores do território.

A territorialização é o processo de constituição do território, afirma Sacks (1986). Mas o processo não existe como um dado em si mesmo. É o que desencadeia o processo o que deve ser considerado em termos de análise e de planejamento. Ora, o que desencadeia a territorialização são as relações sociais de poder (as territorialidades), motivadas por razões variáveis no espaço e no tempo (RAFFESTIN, 1993). Neste ponto sim, podemos encontrar abordagens diversas, pois depende da forma de teorizar as relações sociais e o próprio território produzido por elas.

Não se pode negar o posicionamento de corte que estamos estabelecendo ao questionar uma territorialização da saúde. Com isso não estamos desconsiderando as inúmeras contribuições

dadas para a produção de uma tecnologia de planejamento baseada na territorialização (UNGLERT, 1993, MONKEN, 2003, TEIXEIRA, PAIM e VILASBOAS, 1998; MONKEN e BARCELLOS, 2005; GONDIM *et al*, 2008; GONDIN e MONKEN, 2008, entre muitos outros). Mas é preciso considerar outros vieses a seu respeito, sobretudo o que o termo encaminha enquanto prática. A territorialização denota algo de fora que se projeta e se impõe. Se impõe porque é algo intrínseco ao ato territorializador. É alguém ou alguma instituição que se apropria, segundo uma motivação, uma estratégia. A territorialização é o processo de criação de territórios. Portanto, em relação à saúde, a territorialização cria territórios para os serviços. Entretanto, conforme Faria (2013), devem-se criar territórios para os serviços ou adequar os serviços aos territórios?

A proposta contida no PDAPS é o esquadramento do território municipal através da definição das áreas de atuação das Unidades de Básicas de Saúde (UBS) e das Equipes Saúde da Família (ESF) no seu interior. A definição de limites de atuação dos serviços de atenção primária é uma exigência da PNAB (BRASIL, 2012). O que o PDAPS traz de novidade é um conjunto de metodologias para fazê-lo.

A concepção teórica da territorialização presente no PDAPS é dada em Mendes (1993). Este autor propõe a criação de territórios em níveis escalares, partindo-se do território-distrito (o território-município como unidade operacional é algo que está implícito) para o território-área (representado pela área de atuação da UBS) e, finalmente, o território-microárea (representado pela área de atuação do Agente Comunitário de Saúde). Há a preocupação do autor em conceber o território enquanto algo em permanente construção, um território-processo (MENDES, 1993), não apenas um território-solo, um dado físico apenas.

De acordo com a orientação dada no PDADS (ESPMG, 2008b), o processo de territorialização é operacionalizado em três fases: i) fase preparatória, momento em que são levantados dados gerais como mapas, documentos e informações que serão utilizadas para “recortar” o município; ii) fase da delimitação, quando o território é dividido em áreas de atuação dos serviços de atenção primária à saúde e; iii) fase da apropriação do território, momento em que processa a territorialização propriamente dita, ou seja, as áreas divididas na fase anterior são apropriadas pelos serviços de saúde. A fase preparatória tem pouca significância em termos de entendimento do território, pois são dados descritivos, funcionando muito mais como um instrumento a ser utilizado na segunda fase, do que um diagnóstico para sua efetivação. A primeira fase é apenas um momento de coleta de dados instrumentais que permitem dividir o território ou territorializar o território, para ser redundante. O cerne dessa proposta da territorialização está na segunda fase, quando o território municipal é definitivamente recortado, dividido ou seccionado. De fato, tudo se processa posteriormente em torno dessas delimitações ou recortes territoriais. Numa sequência simples, pode-se dizer que, primeiro, criam-se os recortes espaciais no interior do território político do município e, em seguida, os serviços de saúde se apropriam desses recortes, os territorializam. Portanto, o fundamento do processo está no estabelecimento dos limites entre esses recortes, pois são eles que determinam o processo de territorialização das unidades de atenção primária à saúde.

É importante questionar essa ordem, ou seja, a definição dos limites e dos recortes, seguida da sua apropriação. O estudo da constituição do território tem como fundamento as relações sociais de poder, são elas que produzem os limites e não o contrário (RAFFESTIN, 1993). A territorialização da saúde é precedida pela criação dos limites, o que é estranho, já que é a territorialização que deveria estabelecê-los. Poder-se-ia perguntar se a constituição desses limites já não comportaria em si essas relações sociais de poder. Evidentemente que sim, porém, isso desautoriza pensar numa territorialização da saúde, haja vista que os limites foram criados antes mesmo da sua apropriação pelos serviços de saúde. Poder-se-ia ainda perguntar se é possível pensar em territórios criados desse modo, ou seja, se é provável existirem territórios antes mesmo de serem apropriados. A resposta irá depender do entendimento do conceito de território. Neste caso, ou seja, na territorialização da saúde proposta no PDAPS, o que se está criando são territórios político-administrativos. O que faz jus ao uso da expressão territorialização aplicado a um setor, nomeadamente a saúde. Quem cria o território, nesse modelo, é o Estado. Entretanto, este território político pode não ser o mesmo território das pessoas. A burocracia, por exemplo, que é algo muito comum no planejamento político do Estado, é um elemento de maior importância para esse “desajuste entre territórios”.

De fato, conforme Faria (2011), a burocracia costuma ser alheia ao território. Embora o PDAPS tente superar isso, inserindo, por exemplo, mecanismos democráticos para o planejamento dos serviços (o programa deve envolver todos aqueles que estão trabalhando com a atenção primária no município e não apenas os que estão nos gabinetes das secretarias), não deixa de se apresentar como uma abordagem política do território, com viés democrático, mas sem deixar de ser burocrático.

A questão central que se coloca é saber como são estabelecidos os limites dos serviços no interior do município, já que, como se afirmou, a definição dos limites precede e determina o processo de territorialização dos serviços de saúde. A terceira oficina do PDAPS (ESPMG, 2008b) determina a divisão do território e o estabelecimento dos seus limites a partir de uma série de critérios previamente definidos e variáveis conforme a escala de recorte de planejamento e gestão. Para a delimitação do território municipal são considerados critérios geográficos, riscos ambientais, densidade populacional, aspectos políticos, econômicos e culturais, malha viária e transporte, equipamentos sociais e pontos de atenção à saúde. Essa divisão do município equivaleria à criação dos distritos sanitários. Os critérios utilizados são relativamente amplos e estão relacionados com as condições territoriais como um todo. Observa-se a preocupação da análise sistemática do território, inclusive a preocupação pelo entendimento das múltiplas relações de poder que o produzem. Contudo, não são definidos os procedimentos metodológicos e as ferramentas de análise para a realização desse estudo do território. E sem tal estudo os critérios não poderiam ser definidos, pois eles não existem objetivamente como um banco de dados espacialmente referido. Senão, têm-se apenas impressões subjetivas do território. Por exemplo, sabe-se onde é o centro urbano, mas seus limites são imprecisos; são conhecidos os bairros mais carenciados, mas não suas tipologias e diferenças econômicas e sociais são desconhecidas; a malha viária é identificada, mas a dinâmica dos fluxos é praticamente insondada.

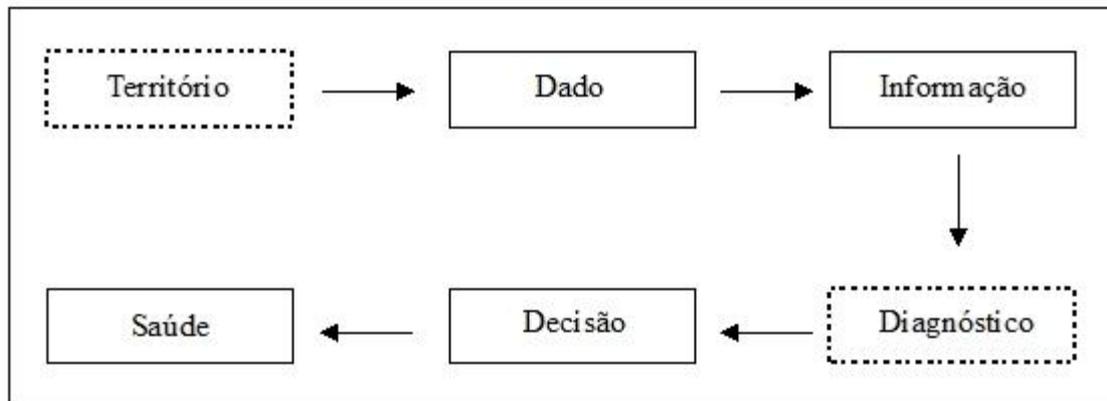
Uma vez estabelecidos os limites e recortes no interior do território municipal, o passo seguinte é a delimitação dos territórios das unidades de atenção primária à saúde, nomeadamente as UBS e ESF. Para isso, o PDAPS (ESPMG, 2008b) propõe que se considerem os seguintes critérios: pontos de atenção à saúde, equipamentos e serviços sociais existentes, áreas de lazer existentes, áreas de risco ambiental, áreas de assentamentos e invasões e áreas de aglomeração urbana. Também aqui, há a clara intenção de que a divisão seja estabelecida conforme as condições gerais do território. Entretanto, o plano não explica o porquê desses dados e não de outros, ou qual a razão que levou à seleção dessas variáveis e não de outras. Ademais, a delimitação dos territórios das unidades de saúde tem como ponto de partida as próprias unidades de saúde. Desse modo, os recortes são realizados no seu entorno ou na proximidade dessas unidades. E isso pode se apresentar como um problema em alguns casos. Por exemplo, se os serviços foram instalados desigualmente no território, os limites criados para a sua atuação refletirão essas mesmas desigualdades.

A territorialização vem sendo também tomada como um instrumento de diagnóstico das condições de vida e saúde ao nível do município e da área de atuação da ESF (ESPMG, 2008b). Ao se apropriarem dos recortes espaciais criados na segunda fase da operacionalização da territorialização, os serviços de saúde realizam o cadastro da população residente, definindo exatamente a população que lhe é adscrita, ou seja, a população sob sua responsabilidade. O cadastramento e monitoramento dessa população devem permitir a produção de uma base de dados que, uma vez analisados, irão produzir um painel de informações. Essas informações são, então, tomadas como fundamento para as decisões e ações a serem empreendidas em cada território de atuação dos serviços.

Portanto, a territorialização, ou seja, a criação dos territórios de atuação dos serviços de atenção primária à saúde é o processo através do qual serão realizados os diagnósticos locais de saúde (figura 1). De modo que, o seu desencadeamento acaba também se tornando o ponto de partida do planejamento e gestão da atenção primária à saúde como um todo.

Não há como negar que é inovadora a estrutura do plano. O fato de tomar o território como ponto de partida já representa um enorme avanço. Entretanto, toda essa estrutura depende, em última instância, dos modos como são territorializados os serviços. O diagnóstico é o segundo movimento, vem depois e depende do que se processa no primeiro, ou seja, da definição do território. A tomada de decisões, por sua vez, irá apenas refletir esses dois movimentos anteriores.

Figura 1 - Representação esquemática do planejamento territorial dos serviços de atenção primária à saúde em Minas Gerais, Brasil



Fonte: Faria, 2012.

Pode-se perguntar se a territorialização deve anteceder o diagnóstico ou se o contrário não seria o correto. Não seria o diagnóstico uma prática também importante para a territorialização dos serviços? Se o conhecimento (diagnóstico) do território é um processo que vem depois da territorialização, então como esta última está sendo processada? De fato, o diagnóstico é feito a partir do cadastramento da população pelo Agente Comunitário de Saúde. Mas o cadastramento é condicionado numericamente pela oferta padronizada para cada UBS/ESF. A PNAB determina inclusive uma fórmula, representada pela razão população/2.400 (BRASIL, 2012). Portanto, burocracia se impõe como condicionante primeiro do ato territorializador.

Acredita-se que o diagnóstico deve anteceder a definição dos limites territoriais dos serviços e acompanhar as suas ações para a construção e programação das decisões a serem tomadas (FARIA 2012). Portanto, deve ser um processo contínuo. Os serviços de atenção primária, sobretudo com as ESF, têm feito esse diagnóstico, por exemplo, sistematizando as informações no banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Mas tal diagnóstico precisa também anteceder a implantação dos serviços, inclusive para poder alocá-los equitativamente.

Ora, essa reflexão é de suma importância para a modelagem das redes de atenção. Obviamente, territórios desiguais implicam desiguais portas de entrada para o SUS (FARIA, 2013). E uma base comprometida pode prejudicar toda a construção das RAS. Com isso não estamos negligenciando os vários componentes das redes de atenção, como os sistemas logísticos, os sistemas de apoio e as redes temáticas ligadas às especialidades (MENDES, 2009). Mas toda essa estrutura depende, em última instância, da inscrição territorial dos serviços e da resolutividade das ações na atenção primária e em cada um dos seus territórios adistritos.

Já é consenso o uso da territorialização como prática de planejamento no Brasil. A PNAB inclusive determina como primeira atribuição dos profissionais da atenção primária participar do processo de territorialização dos serviços. Portanto, estamos discutindo uma prática oficial de Estado. Mas é uma prática oficializada primeiramente na universidade: a começar pelas oficinas de territorialização oferecidas por Unglert (1993); passando pela tecnologia educacional proposta por Monken (2003); às reflexões sobre os múltiplos territórios de Gondim (2011), até a inscrição num dicionário de educação profissional (GONDIM e MONKEN, 2008), e mais algumas dezenas de teses e artigos publicados. Agora, no âmbito das RAS, a

territorialização ganha uma dimensão ainda mais estratégica e também mais impactante, pois, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), o território é primeiro atributo das redes.

Há que se refletir, portanto, sobre a viabilidade da prática da territorialização na definição da porta de entrada das RAS. Mas isso de modo abrangente, não apenas em relação às formas, mas as normas também. Nesse sentido, acresce referir algumas questões sobre as normas oficiais de ordenamento territorial do SUS e de suas RAS.

OS INSTRUMENTOS NORMATIVOS DE ORDENAMENTO TERRITORIAL DAS RAS DO SUS

A principal dificuldade no planejamento territorial das RAS é produzir instrumentos normativos capazes de responder à complexidade do território. No Brasil essa dificuldade se intensifica devido a sua extensão territorial, sua enorme população e as profundas desigualdades territoriais. É difícil, veja-se, produzir instrumentos de modelagem das RAS que sejam adequados para atender realidades tão distintas como a amazônica, a nordestina e a paulistana, por exemplo. Em escalas geográficas menores, da mesma forma, as desigualdades territoriais e os diferentes modos de uso do território desafiam os instrumentos oficiais de planejamento. Um é o planejamento das RAS no Vale do Jequitinhonha, outro é o planejamento na Região Metropolitana de Minas Gerais. Em grandes aglomerações urbanas as dificuldades são ainda intensificadas, pois os usos são mais densos e variados e os condicionantes territoriais como a infraestrutura, sobretudo o transporte; os modos de vida social e produtiva; os serviços públicos, incluindo-se os de saúde; entre tantos outros, são bem mais complexos e integrados.

Mas desde a criação do SUS, há pouco mais de vinte anos, diversos instrumentos vêm sendo propostos e melhorados. O principal deles, sem o qual as RAS inexistiriam, é a política da descentralização dos serviços. A descentralização é um princípio constitucional do SUS, posteriormente aprofundada nas Leis que o regulamentam (nomeadamente as Leis 8.080/90 e 8.142/90) e nas Leis de sua operacionalização (que vão das Normas Operacionais Básicas ao Pacto pela Saúde). Não entraremos no mérito descritivo dessas normativas. Importa entender que a descentralização fortalece o município como ente federativo gestor do SUS, sobretudo dos serviços de atenção primária que, dada a menor complexidade tecnológica de suas ações, são reconhecidamente os serviços mais descentralizados e territorializados. Mencione-se que a maioria dos municípios brasileiros é hoje responsável pela gestão plena da atenção básica, ou seja, cabe a eles, mediante financiamento próprio e repassado pelo Estado e pela União, coordenar todas as ações de planejamento e gestão territorial desses serviços.

Todavia, inúmeros autores, como Silva e Mendes (2011), por exemplo, vêm criticando essa descentralização. Não porque seja um problema, mas porque nem sempre é acompanhada do empoderamento dos municípios. Ao contrário, há uma progressiva desconcentração dos serviços e responsabilidades, de um lado, e um processo de centralização jurídica e financeira, de outro. O resultado prático é a dificuldade, já anunciada, de adequar os serviços aos perfis do território. E isso ocorre porque, com a centralização e a perda de autonomia, os instrumentos normativos se tornam inflexíveis e incapazes de se ajustar às realidades locais e subnacionais. Entretanto, os instrumentos normativos de planejamento territorial das RAS criados pela SESMG, como é o caso do PDAPS, são feitos de acordo com esse pacto federativo, ainda que atravessamentos e descaracterizações lhe sejam frequentes. Por exemplo, o arranjo territorial da porta de entrada das RAS é definido conforme orientação da PNAB (BRASIL, 2012), segundo a qual cada Unidade Básica de Saúde deve atender uma população adscrita numericamente definida e cada ESF deve ser constituída por um grupo de profissionais também previamente definido. O que o PDAPS fez foi acrescentar elementos novos de planejamento e avaliação, mas sem alterar essa estrutura mais ampla.

Tentativas de flexibilização desses instrumentos de planejamento territorial vêm sendo feitas, mas sem alterar essa estrutura federativa concentradora, cujas decisões estão sempre à dependência do Ministério da Saúde. A última publicação da PNAB, por exemplo, incluiu elementos de flexibilização importantes, como é caso da criação de ESF adaptadas ao atendimento de populações ribeirinhas, comunidades quilombolas, indígenas e mesmo moradores de rua. Contudo, embora importantes, dificilmente esses mecanismos de flexibilização serão capazes de atender a diversidade territorial brasileira, novamente devido a complexidade que lhe é inerente. Por isso, políticas subnacionais, como a que vem sendo feita

em Minas Gerais, ainda que tentem “driblar essa rigidez” do planejamento territorial, não poderão superá-las decisivamente, pois estão condicionadas pelo próprio pacto federativo.

Conseqüentemente, o esquema do planejamento territorial apresentado na figura 1 não difere muito da tríade (“serviços-oferta-território”) da territorialização da saúde apresentada e criticada por Faria (2013). De acordo com este autor, e tendo em vista as orientações oficiais do Ministério da Saúde, a localização e tipologia dos serviços de saúde e sua capacidade de oferta são os principais determinantes do processo de territorialização das RAS. Como são determinantes artificiais e burocráticos, os limites territoriais dos serviços de saúde serão igualmente artificiais e burocráticos. Iniquidades ou mesmo conflitos territoriais serão produzidos por esse modelo, pois os limites artificiais serão incondizentes com limites territoriais realmente existentes. É o caso da ESF que, condicionada pela oferta e no limite do seu território de atuação, acaba atendendo apenas o lado direito de uma rua, por exemplo. E o que dizer à população do outro lado dessa rua? Que ela tem que fazer uso de outra unidade de saúde, quando ela existe. Imaginando-se que exista, ainda assim será difícil convencer o cidadão da existência desse limite, pois sua definição obedeceu a critérios geométricos e numéricos apenas. As conseqüências serão inúmeras e vão desde a não identificação da população com o serviço de saúde (e isso é muito importante nas ações de prevenção e promoção, assim como na coordenação e controle dos fluxos na atenção primária) até uma ideia mais “democrática” do Pronto Atendimento, pois este é acessível para uma demanda espontânea, vinda de toda parte.

Veja-se que o problema está relacionado com os limites territoriais das unidades de atenção primária à saúde. E como resolver essa questão? Parte da solução é novamente apresentada por Faria (2013) segundo o qual é necessário inverter essa tríade, privilegiando-se o território como ponto de partida do planejamento e a demanda como elemento de definição da atuação do serviço de atenção primária (“território-demanda-serviços”). Essa inversão faz também mudar a racionalidade da apropriação do território (da territorialização) para o reconhecimento e adaptação dos serviços ao território.

Reconhecer os perfis ou feições territoriais, eis à proposta que deve antecipar a definição artificial e burocrática dos limites territoriais dos serviços e das RAS do SUS. Porém, não sem se constituir, também ela, um instrumento normativo de planejamento territorial. Embora possa parecer contraditório, a norma é uma condição, numa República Federativa como a brasileira, para o planejamento territorial. Fala-se sobre o “reconhecimento” e não a “criação” de territórios justamente para ampliar os mecanismos de flexibilização já incorporados pelas últimas normativas. É exemplo de maior importância a publicação da Portaria N° 4.279 (BRASIL, 2010), que define para todo o país, as diretrizes para organização das RAS. De acordo com essa Portaria (item 4), “[...] não há como prescrever um modelo organizacional único para as RAS [...]”. Por isso, e intencionalmente, a mesma Portaria determina como primeiro atributo das redes “[...] a população e o território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde [...]”. De certa forma está aqui presente a tríade anteriormente anunciada e segunda a qual são os perfis do território que devem determinar os modos de oferta dos serviços de saúde do SUS (território-demanda-serviços).

Sob a perspectiva das normas é preciso ainda reconhecer duas questões importantes para o planejamento territorial. A primeira é a dificuldade, intrínseca ao processo político, de responder, no tempo adequado, as constantes mudanças territoriais. Ocorre que a normatização obedece a um caminho burocrático necessário para sua validação, ao passo que o território a transcende. De fato, embora a própria norma e o processo de normatização serão importantes modificadores do território, há outros fatores ou forças que lhe dão forma. Nesse caso, o empoderamento dos municípios através da descentralização (não apenas a desconcentração dos serviços) pode contribuir para a produção de respostas políticas mais rápidas e efetivas, haja vista que se trata de uma realidade próxima e da qual os próprios planejadores, políticos e gestores fazem parte.

A segunda questão está relacionada com os impactos dos instrumentos normativos. Nesse caso, o acolhimento das mudanças, sobretudo pelos municípios, pode variar. Ainda hoje, por exemplo, há arranjos locais que preferem a organização dos serviços em Distritos Sanitários, ideia tão divulgada na década de 1990 e que, conforme Gondim *et al* (2008), entrou no ostracismo nesse início de século. Da mesma forma, muitos municípios ainda trabalham com o

antigo modelo do Programa Saúde da Família (PSF), quando as equipes ainda podiam funcionar independentemente das Unidades Básicas da Saúde (UBS). Ou seja, ainda não incorporaram a natureza estratégica que lhe foi dada e sua integração às UBS. Outras situações ainda são comuns, como a permanência da demanda espontânea na atenção primária e a dificuldade em constituir o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, conforme as novas regulamentações.

No caso de Minas Gerais, por exemplo, houve uma disseminação rápida do PDAPS em todo o Estado. A descentralização das ações em forma de oficinas de implementação regionalizadas, sob a coordenação de um representante local, foi determinante para isso. Mas os impactos são sentidos desigualmente, a depender, inclusive, das características sociais e políticas do local. Essa dificuldade, que, em geral, é produzida pelas assimetrias sociais e políticas locais, irá impor certa restrição ao pacto territorial e normativo para a constituição das RAS. Haverá uma dissonância, se assim podemos nos referir, entre o discurso teórico presente nas normas e a prática efetivamente. Mencione-se que essa dissonância será maior ou menor a depender do próprio pacto federativo brasileiro. Por isso, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) inova em relação às normas operacionais que lhe antecedem, pois representa exatamente um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre os três entes federativos.

Interessante notar que o principal elemento inovador do Pacto pela Saúde é justamente a gestão, com destaque para a integração das ações entre os três níveis da federação. Por isso, o planejamento territorial das RAS será tema central do discurso desde então. Tanto é assim que as normativas específicas de modelagem das RAS são produzidas depois do Pacto pela Saúde, como que respondendo às demandas do próprio pacto. Da mesma forma, o fortalecimento da atenção primária, sem a qual as redes inexistiriam, será outra dimensão estratégica do planejamento territorial do SUS desde então. E a publicação da Política Nacional da Atenção Primária à Saúde será a resposta mais efetiva nesse sentido.

Portanto, os instrumentos normativos produzidos mais recentemente são condizentes com uma política territorial integradora, com foco na atenção primária como a porta de entrada nas RAS. O próprio território vem tendo primazia nas últimas orientações, sobretudo quando o Pacto pela Saúde reconhece a impossibilidade de prescrever um modelo único das redes para todo o país. Exemplo, nesse sentido, é o próprio PDAPS de Minas Gerais (embora deva ser novamente assinalada a importância de antecipar, à definição do território, o seu reconhecimento). De fato, as oficinas locais de modelagem das RAS, conforme orientação metodológica do PDAPS aproximam os instrumentos normativos do dia a dia da gestão pública de saúde do SUS. O que pode favorecer a produção de respostas mais rápidas, como também mais efetivas. Ademais, esse processo pode ser ainda determinante para a flexibilização do plano e das próprias normativas, uma vez que os municípios, através das diversas formas de representação, como, por exemplo, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), podem reivindicar as adaptações, reformulações ou mesmo alterações que considerarem necessárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo apontou a natureza inseparável das redes de atenção, da atenção primária e do território. Não há redes sem o território, pois o que lhes dá existência são os nós, ou seja, os pontos de atenção à saúde localizada territorialmente. A atenção primária é o nó mais importante, pois tudo converge em sua direção, nela os fluxos devem entrar e sair. A atenção primária é a porta de entrada das redes, mas essa porta se define pelos seus limites. E os limites são dados pela definição do território de atuação dos serviços. Portanto, uma alocação territorial equivocada do serviço de atenção primária implica uma alocação equivocada da porta de entrada das redes de atenção. E isso determina a própria existência das redes. Então, o planejamento territorial é algo central no desenho das RAS no Brasil e em Minas Gerais.

O “Programa Estruturador Saúde em Casa” representa uma política do governo do Estado de Minas Gerais para a construção das RAS, universalizando o acesso à atenção primária e definindo sua porta de entrada. Há que se enaltecer essa política, cujos resultados quantitativos parecem satisfazer os objetivos pactuados no programa. Mas há ainda que qualificar esses serviços, tornando-os mais resolutivos e equitativos. O PDAPS surge nesse contexto, como resposta orgânica ao planejamento e gestão territorial desses serviços. É uma

resposta positiva, abrangente. Mas há elementos que precisam ser devidamente equacionados, em especial, a territorialização dos serviços.

De fato, a territorialização cria territórios para os serviços. Mas a “criação” denota uma nova existência, um novo limite que se projeta. Ora, os limites já estão dados, os territórios já existem como totalidade das relações sociais. O PDAPS aponta o território como ponto de partida do planejamento. Entretanto, o diagnóstico e o reconhecimento vêm depois. Por isso, e contraditoriamente, o território acaba sendo secundarizado, pois, primeiro são criados os limites, processo pelo qual o território municipal é recortado, depois são apropriados. Talvez, e essa foi uma provocação feita no texto, seja mais adequado reconhecer os limites primeiramente, depois adaptar os serviços aos limites reconhecidos.

Obviamente, há que se adentrar mais profundamente o debate da territorialização das redes de saúde do SUS. Há que se inserir também temas novos, como a questão das escalas e a intersectorialidade das ações. O que seria inviável num único artigo. Para o que se pretendeu, ou seja, discutir o caráter inseparável da atenção primária, do território e das redes de atenção, o artigo apresentou uma contribuição importante. Afinal, o território é base, e como toda base, deve ser planejada com cuidado. É com esse cuidado que se quis agregar ao debate do SUS em Minas Gerais a necessidade de pensar os intercambiamentos entre essas três dimensões: o território, a atenção primária e as redes de atenção.

REFERÊNCIAS

BAZZOLI, G. J. *et al.* A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos. **Health Services Research**, Chicago, v. 33, n.6, p. 1683-1717, 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 4.279: Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, 31 de dezembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CORREIA, I. M. Planejamento estratégico e gestão pública por resultados no processo de reforma administrativa do estado de Minas Gerais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 487-504, 2007.

ESPMG – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 1: Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2008a.

ESPMG – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 3: Diagnóstico Local**. Belo Horizonte: ESPMG, 2008b.

FARIA, R. M. de. A territorialização como política e como tecnologia de gestão dos serviços de atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde: análise de uma prática geográfica da saúde. In: BORTOLOZZI, Arlêude (org.). **Cidades reivindicadas: territórios da luta, das utopias e do prazer**. São Paulo: Olho d'água, 2011, p. 29-47.

FARIA, R. M. de; BORTOLOZZI, A. A territorialização como proposta para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS: análise de uma prática geográfica da saúde. **Geografia**, Rio Claro, v. 37, n. 3, p. 431-444, 2012.

FARIA, R. M. de. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. Uberlândia, **Hygeia**, v. 9, n. 16, p. 131-147, 2013.

GONDIM, G. M. de M. **Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?** Rio de Janeiro, 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

GONDIM, G.M. de M.; MONKEN, M. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio Cesar França (org.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSVJ, 2008, p. 392-399.

GONDIM, G. M. de M. *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, C. *et al* (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 237-255.

MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: MATTOS, R. A. de; PINHEIRO, R (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC-UFRJ/ABRASCO, 2006, p. 39-64.

MENDES, E. V. Território: Conceitos Chave. In: MENDES, Eugênio Vilaça, et al (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1993, p. 166-169.

MENDES, E. V. **Modelagem das redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4 (suplemento), p. 3-11, 2008.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MONKEN, M. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância à saúde**. Rio de Janeiro, 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ, 2003.

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

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca**. Lisboa, Ministério da Saúde, 2008.

OPAS – Organización Pan-Americana de la Salud. **La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hojave Ruta para su Implementación en las Américas**. Washington DC: OPAS, 2010.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

RAFFESTIN, C. **Por Uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993.

SACK, R. **Human territoriality: Its theory and history**. New York: Cambridge University Press, 1986.

SCHRAMM, J. M. de A. et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doenças no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SESMG – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Resolução SES Nº 661, de 22 de março de 2005**. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acessado em: 22 de dezembro de 2012.

SESMG – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Resolução SES Nº 3.579, de 26 de dezembro de 2012**. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acessado em: 15 de janeiro de 2013.

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica. **Cadastramento Familiar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB>. Acessado em: 23 de dezembro de 2012.

SILVA, M. V. C. P. da; MENDES, E. V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte, 2004. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acessado em: 02 de fevereiro de 2011.

SOUZA, M. A. A. Uso do território e saúde: refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: SPERANDIO, A. M. G. **O processo de construção de municípios potencialmente saudáveis**. Campinas: IPES Editorial, 2004, p. 57-77.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 7, n.2, p. 7-28, 1998.

UNGLERT, C. V. de S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org). **Distritos Sanitários: processo social de mudança nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1993, p 221-235.

WHO - World Health Organization. **Integrated health services - what and why? Technical Brief. No. 1**. Geneva: WHO, 2008.