

## A TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO SUS: AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS PRÁTICOS IMPLEMENTADOS NUMA CIDADE DA REGIÃO SUL DO BRASIL

### TERRITORIALIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE IN SUS: EVALUATION OF RESULTS IN A CITY IN THE SOUTHERN REGION OF BRAZIL ABSTRACT

**Rivaldo Faria**

Doutor em Geografia (IG/UNICAMP)

Prof. Adjunto da Universidade Federal de Santa Maria

[rivaldo.faria@ufsm.br](mailto:rivaldo.faria@ufsm.br)

#### RESUMO:

A territorialização é uma diretriz para a organização dos serviços da atenção primária à saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Podemos defini-la como um processo social e político de convergência do modelo assistencial hospitalocêntrico para um sistema de atenção organizado em redes de atenção coordenadas territorialmente pela APS. A territorialização define o próprio desenho das redes e os nós de convergência de todos os fluxos. Poucos estudos, todavia, realizaram uma avaliação prática desse processo. O objetivo deste trabalho é avaliar a territorialização realizada numa cidade média da Região Sul do Brasil. Operacionalmente propõe-se desenhar a porta de entrada do SUS e entender como ela foi modelada em relação aos modelos de atenção e as condições sociais do território. A metodologia é baseada no levantamento de dados em fontes secundárias oficiais e inquérito nas Unidades Básicas de Saúde; modelagem dos dados em Sistema de Informação Geográfica e análise com recurso da estatística espacial. Os resultados mostraram uma atenção primária fragmentada em modelos de atenção que se sobrepõe e não convivem, há vazios assistenciais nas áreas mais carentes e a porta de entrada foi anarquicamente desenhada.

Palavras-chave: Territorialização. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

#### ABSTRACT:

Territorialization is a guideline for the organization of primary health care (PHC) services of the Brazilian Unified Health System (SUS). We can define it as a social and political process of moving from the hospital care model to a system structured in care networks. Territorialization draws the networks of attention and the nodes where the flows go. However, few studies have performed a practical evaluation of this process. The objective of this study is to evaluate the territorialization of health performed in a middle city of the Southern Region of Brazil. It is proposed to design the entrance door of SUS and to understand how it was modeled, considering the models of attention and the social conditions of the territory. The methodology is based on data collection in official secondary sources and survey in basic health units; modeling of data in Geographic Information System and analysis using spatial statistics. The results showed a fragmented basic attention on models of overlapping attention, there are care gaps in the most deprived areas and the door of entry was anarchically designed.

Keywords: Territorialization. Primary Health Care. Unified Health System.

#### INTRODUÇÃO

---

<sup>1</sup> Financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Recebido em: 23/08/2018

Aceito para publicação em: 04/10/2018

A atenção primária ou básica à saúde (APS) é definida no Brasil como o conjunto de ações organizadas em serviços descentralizados e programados para atender populações territorialmente adstritas (BRASIL, 2017). Tais ações envolvem tecnologias de cuidados complexas e múltiplas que abrangem a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação e são realizadas sob a forma de trabalho em equipe em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A definição do território de abrangência da UBS é o ponto de partida para o desencadeamento das ações na APS (MONKEN e BARCELLOS, 2005). Por território de abrangência entendemos uma área delimitada e cujos limites circunscrevem uma população sob responsabilidade sanitária de um serviço. Os limites desse território indicam, portanto, a porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, o serviço, e o contexto social de intervenção para a promoção e prevenção através das práticas de vigilância à saúde (FARIA, 2013).

Desde a década de 1990 diferentes expressões territoriais da atenção primária vêm sendo praticadas. Uma das mais importantes é a organização do sistema municipal através dos Distritos Sanitários (DS), assim designado no Brasil o que se popularizou na América Latina como Sistema Local de Saúde (SILOS). Os DS foram definidos como um processo social de mudanças das práticas sanitárias (MENDES, 1993), tal era a importância dessa expressão territorial do planejamento. Representavam ainda os ideais da descentralização e da constituição de uma escala do SUS onde poderiam ser coordenadas as ações de maneira integrada e sistêmica. Entretanto, a municipalização desordenada e a falta de instrumentos de normalização e financiamento próprios e adequados a um sistema distritalizado, levou ao arrefecimento dessa discussão ainda em fins do século.

Ainda na década de 1990 ganhou força a dimensão territorial de atuação das Equipes Saúde da Família (eSF) e com elas foram criadas mais duas escalas de planejamento: a área de abrangência da eSF e as microáreas de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Dessa forma, o SUS municipal foi sendo esquadrihado num modelo de planejamento hierárquico e ascendente (VIEIRA, 2009). O sucesso encontrado com esse modelo o elevou à natureza estratégica<sup>3</sup>, conferindo-lhe prioridade para a reorganização da APS no Brasil. Isso aconteceu de maneira mais objetiva e direcionada a partir da primeira Política Nacional da Atenção Primária (PNAB) (BRASIL, 2006), já no contexto do Pacto pela Saúde.

A PNAB sistematizou melhor os modos de organização territorial da atenção primária no Brasil e na sua segunda edição (BRASIL, 2011) definiu também o seu papel como porta de entrada e centro de comando das redes de atenção à saúde (RAS). Na PNAB foi ainda incorporada a territorialização como primeira atribuição comum a todos os profissionais envolvidos com a atenção primária. Isso era necessário porque, na verdade, a territorialização é a prática ou técnica de planejamento amplamente utilizada para definir os territórios de atuação das UBS e suas equipes (GONDIN e MONKEN, 2008).

Pouco se indagou, todavia, sobre a prática da territorialização da APS no Brasil, mesmo sendo ela a determinar o próprio desenho da porta de entrada do SUS. De fato, diferentes propostas de territorialização foram apresentadas (UNGLERT, 1993; TEIXEIRA, PAIM e VILASBOAS, 1998; MONKEN, 2003; 2008; GONDIM et al, 2008; GONDIM e MONKEN, 2008; FARIA, 2013; PESSOA et al, 2003, BEZERRA E BITOUN, 2017, entre outros), mas ainda não se fez ou se fez muito pouco uma avaliação adequada desse processo. A territorialização foi consagrada legalmente nos documentos (BRASIL, 1997; 2006; 2011; 2017), depois de ser apresentada como uma metodologia ou técnica de planejamento ascendente, fundamentada na participação social e na apropriação do território pelos serviços de saúde (UNGLERT, 1993; TEIXEIRA, PAIM e VILASBOAS, 1998). Tal como apresentada, de fato, parece ser adequada aos desafios do planejamento dos serviços pelos gestores da APS no município, embora críticas conceituais e de método tenham sido formuladas (SOUZA, 2004; FARIA, 2013).

Considerando a necessidade de exercícios de avaliação prática do planejamento territorial e da territorialização da APS no Brasil desenvolvemos um projeto com intuito de adentrar as secretarias municipais de saúde e avaliar como foram desenhadas territorialmente as áreas de atuação dos serviços, à luz e nos termos propostos pela PNAB. Do ponto de vista operacional o projeto propõe dois desafios práticos, quais sejam: desenhar a porta de entrada do SUS e entender como foi

<sup>3</sup> O Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em 1991, transformou-se, embora sem deixar de existir, em Programa Saúde da Família (PSF), este criado em 1994, e ainda no contexto da Norma Operacional Primária de 1996 (BRASIL, 1996), quando foi regulamentado o Piso Nacional da Atenção Primária, passou a ser discutido como estratégia para a reorganização da atenção primária no país.

modelada sua rede de atenção em relação ao modelo de atenção e as condições sociais do território. Esse texto apresenta os resultados encontrados numa cidade média do Sul do Brasil. Tais resultados, possivelmente não muito diferentes da realidade de muitos municípios brasileiros, poderão contribuir para a reflexão sobre a territorialização da APS do SUS e a importância da configuração de uma porta de entrada cujos limites sejam amplos, flexíveis e facilmente identificados pela população.

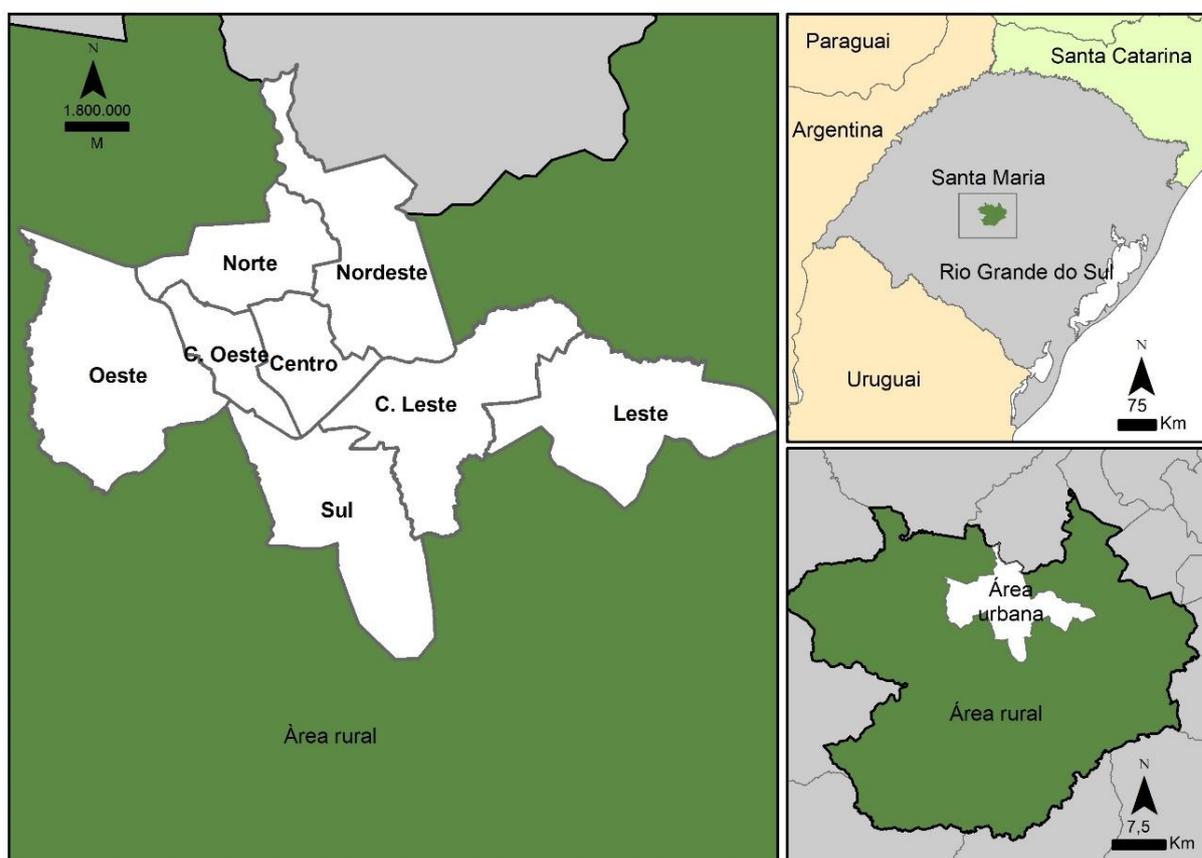
## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### Área de estudo

Santa Maria é uma cidade média de mais de 270 mil habitantes localizada na região central do Estado do Rio Grande do Sul (figura 1). Por razões de método e pelas especificidades econômicas e sociais, não foi avaliada a territorialização da área rural do município. A área urbana abrange um território de cerca de 140 km<sup>2</sup> e ali reside mais de 93% da população total do município e está dividida em oito regiões administrativas.

Considerando a definição de Corrêa (2007) para as cidades médias, Santa Maria pode ser classificada como um centro de drenagem e consumo da renda agrária regional, de um lado, e um lugar central caracterizado pela oferta de bens e serviços, de outro. A região central do estado é majoritariamente agrária, ligada à moderna produção de grãos, carne e fumo, e Santa Maria cumpre esse papel de encruzilhada entre uma realidade, ao mesmo tempo, local e global (ROCHA, 2012). Portanto, trata-se de uma cidade provedora de bens e serviços de todo tipo, seja para essa região produtora de uma moderna agricultura de exportação, seja para uma população residente e outra flutuante que ali vive temporariamente para estudar ou trabalhar (o município tem um dos maiores contingentes militares do Brasil e uma das maiores universidades públicas localizada no interior do país).

Figura 1: Localização da área urbana de Santa Maria e suas regiões administrativas no estado do Rio Grande do Sul e no Cone Sul latino-americano



Santa Maria é uma cidade de usos múltiplos: militar, ferroviário, universitário e corporativo (DEGRANDI, 2012). Historicamente cada um desses usos foram sendo sobrepostos e produziram formas e conteúdos que dão os contornos atuais ao território (SANTOS, 1996). A segregação social urbana, por exemplo, que é um sério problema nas áreas de ocupação irregular e periférica da cidade (ROCHA, 2012), é resultado histórico dessa sobreposição. O sistema de atenção à saúde e seus modos de organização também refletem esse processo histórico.

O papel de comando na oferta de serviços privados e públicos para uma hinterlândia regional, por exemplo, é uma de suas funções que pode colaborar para constituição de arranjos organizativos muito peculiares. Há uma demanda hospitalar muito significativa em Santa Maria. Por outro lado, há um sistema de exploração pelo capital corporativo que investe na venda de serviços privados em diversas áreas, das redes de farmácias às clínicas, hospitais e cursos universitários. Enfim, há uma rede sistêmica ligada à própria dinâmica social e territorial da cidade que lhe confere um perfil territorial e social próprio. É necessário considerar isso para entender o desenho da porta de entrada do SUS nesse local.

### Dados da rede de atenção primária

Todos os dados da rede de atenção primária foram levantados através na Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (SMS-SM), num trabalho conjunto e cujos resultados foram disponibilizados à própria secretaria. Por isso, como também se tratava de uma atividade colaborativa, a coleta de dados foi feita progressivamente, conforme demandas e necessidades da secretaria. Portanto, e isso é importante, havia o interesse da secretaria em compreender a organização territorial da sua rede de APS. Então, foi um trabalho lento, realizado em três fases que se estenderam nos anos de 2016, 2017 e 2018.

A primeira fase envolveu o estudo dos elementos da descrição, tais como a localização, categorização e georreferenciamento das unidades de atenção primária. Esse trabalho teve como ponto de partida as informações fornecidas previamente pela própria SMS-SM e, depois, foram atualizadas num trabalho de checagem em cada unidade de saúde.

A segunda fase, mais demorada, envolveu o mapeamento dos territórios de abrangência e as microáreas de responsabilidade de cada agente comunitário de saúde (ACS). Isso foi feito em visitação em cada unidade de saúde e mapeamento junto com os profissionais, sobretudo com valiosa colaboração dos ACS. A maioria dos dados relativos às áreas de abrangência desses serviços são feitos manualmente pelos profissionais e nem mesmo a secretaria de saúde dispunha dos limites precisos de cada unidade. Então, foi necessário fazer uma adequação da base analógica, com auxílio dos profissionais e com uso de imagens de satélite.

Na terceira fase, finalmente, que coincide com a segunda, foi realizado um inquérito nas unidades para se avaliar a infraestrutura física dos prédios, o número de profissionais envolvidos e o modelo de atenção adotado, se estratégia saúde da família ou modelo tradicional de organização da oferta e demanda.

Para realização do mapeamento foi utilizada base cartográfica fornecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Além dessa base foi ainda utilizada imagem do GoogleEarthPro que, pela gratuidade, é acessível à SMS-SM e ao gestor da unidade de saúde. Para conseguir uma boa resolução da imagem, realizamos cortes padronizados de oito mil/m<sup>2</sup> e os georreferenciamos com uso do programa ArcGIS da empresa Esri. Posteriormente, ainda com mesmo programa, criamos um mosaico das imagens, de forma que tivemos uma única feição com uma resolução adequada para visualizar as ruas e seus nomes.

A base cartográfica do IBGE, todavia, é bastante desatualizada para trabalhar, inclusive em relação aos próprios limites da área urbana. Por isso, utilizamos também cartas digitais disponibilizadas pelo Instituto de Planejamento Urbano (IPLAN) da Prefeitura Municipal de Santa Maria, nomeadamente os limites administrativos do município e da sua área urbana, limites das regiões administrativas, bairros e ruas.

### Condições sociais do território

As condições sociais do território foram avaliadas com uso de um indicador composto denominado Índice de Privação Social (IPS). A privação é um conceito múltiplo que pode ser operacionalizado para entender a pobreza. Todo pobre é privado de algo, embora nem todo pobre seja vulnerável (FARIA, 2017). Nessa acepção, a vulnerabilidade é um processo consequente, sendo que a privação é sua natureza desencadeadora. Portanto, é essa possibilidade teórica que está sendo explorada no conceito. Há diferentes formas de pensar e medir a privação social (FU; EXETER e ANDERSON, 2015). Uma delas foi apresentada por Carstairs e Morris (1990), que é a que utilizamos nesse trabalho. Pela sua fácil operacionalidade e possibilidade de ser posta em prática pelas secretarias de saúde, cremos que esse método pode ser bastante eficaz para subsidiar e avaliar os processos de territorialização.

O IPS foi proposto pelos autores para ser aplicado em pequenas áreas recenseadas da Escócia, que são expressões geográficas muito parecidas com os setores censitários do IBGE, no Brasil. Portanto, é adequado ao estudo das condições territoriais na microescala, que é a recorrentemente usada na territorialização da APS. Além disso, o método permite operacionalizar análise de indicadores compostos sem ter que recorrer às complexas operações da avaliação multicritério, o que o torna poderoso pela sua simplicidade e eficácia estatística.

Seguindo-se, então, a orientação de Carstairs e Morris (1990), elaboramos o IPS para a cidade de Santa Maria com base na seleção estratégica de variáveis do censo demográfico do ano de 2010. As variáveis a compor o modelo foram definidas a partir de experiências já aplicadas e bem-sucedidas na literatura (SANTANA et al, 2015; HARVARD et al, 2008 PAMPALON, R.; RAYMOND, 2000). São elas: (i) taxa de alfabetização da população de 15 a 64 anos; (ii) renda média por domicílio particular permanente e (iii) moradores em domicílios particulares permanentes com um ou nenhum banheiro e sanitário. O primeiro passo para se obter o IPS foi a elaboração dos indicadores brutos calculados pela relação simples entre numerador e denominador expressos em percentagem. Posteriormente esses indicadores foram padronizados pelo método z-score, conforme equação 1.

$$z_i = \frac{R - \mu[R]}{\sigma[R]} \quad (1)$$

Onde:

$R$  é o valor do score a normalizar;

$\mu[R]$  a média dos scores do indicador;

$\sigma[R]$  é o desvio padrão do mesmo indicador.

O IPS representa, dessa forma, a soma dessas variáveis padronizadas. A representação espacial no mapa foi feita com recurso ao método quantil (FERREIRA, 2014), assim definido pela sua capacidade de isolar os extremos de maior e menor privação. Foram ainda definidos cinco intervalos de classe para permitir, conforme recomendação de Ferreira (2014), boa inspeção visual e agregação de valores em ranges adequados conforme amplitude máxima e mínima do indicador.

### Considerações éticas da pesquisa

Esta é uma pesquisa aplicada numa área empírica e que usa dados secundários ou construídos a partir de uma ação colaborativa. Não há manipulação genética, não avalia o estado de saúde da população ou grupos de populacionais e não produz informação a partir de entrevistas consentidas que gere qualquer constrangimento possível indenização. Por conseguinte, não há personalização que possa acarretar qualquer identificação do sujeito da pesquisa, seja ele um sujeito singular ou coletivo. Esses dados estão de acordo com as orientações da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 (CNS, 2012), que define as diretrizes e normas das pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### A fragmentação do modelo assistencial da APS na cidade de Santa Maria

O primeiro e mais importante resultado encontrado na cidade de Santa Maria é a fragmentação do seu modelo de APS. Não houve a unificação do modelo assistencial em direção à Estratégia Saúde da Família, tal como previsto já na primeira edição da PNAB (BRASIL, 2006). Por isso, há no município três estruturas assistenciais que convivem, mas não convergem ou integram o sistema assistencial, e cada uma delas foram produzidas no processo histórico de constituição do SUS municipal, sempre numa situação de manutenção de estruturas antigas. Então, há ali Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS), que funcionam como os antigos Postos de Saúde da década de 1980, sem território definido ou população adscrita e com um modelo de oferta demanda espontânea. Há ainda o modelo dado pelas chamadas Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (eACS), que é, na verdade, herança do antigo Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). E há, por fim, as Equipes Saúde da Família (eSF), que incorporam o discurso estratégico mobilizado desde 1996 e sacramentado na PNAB.

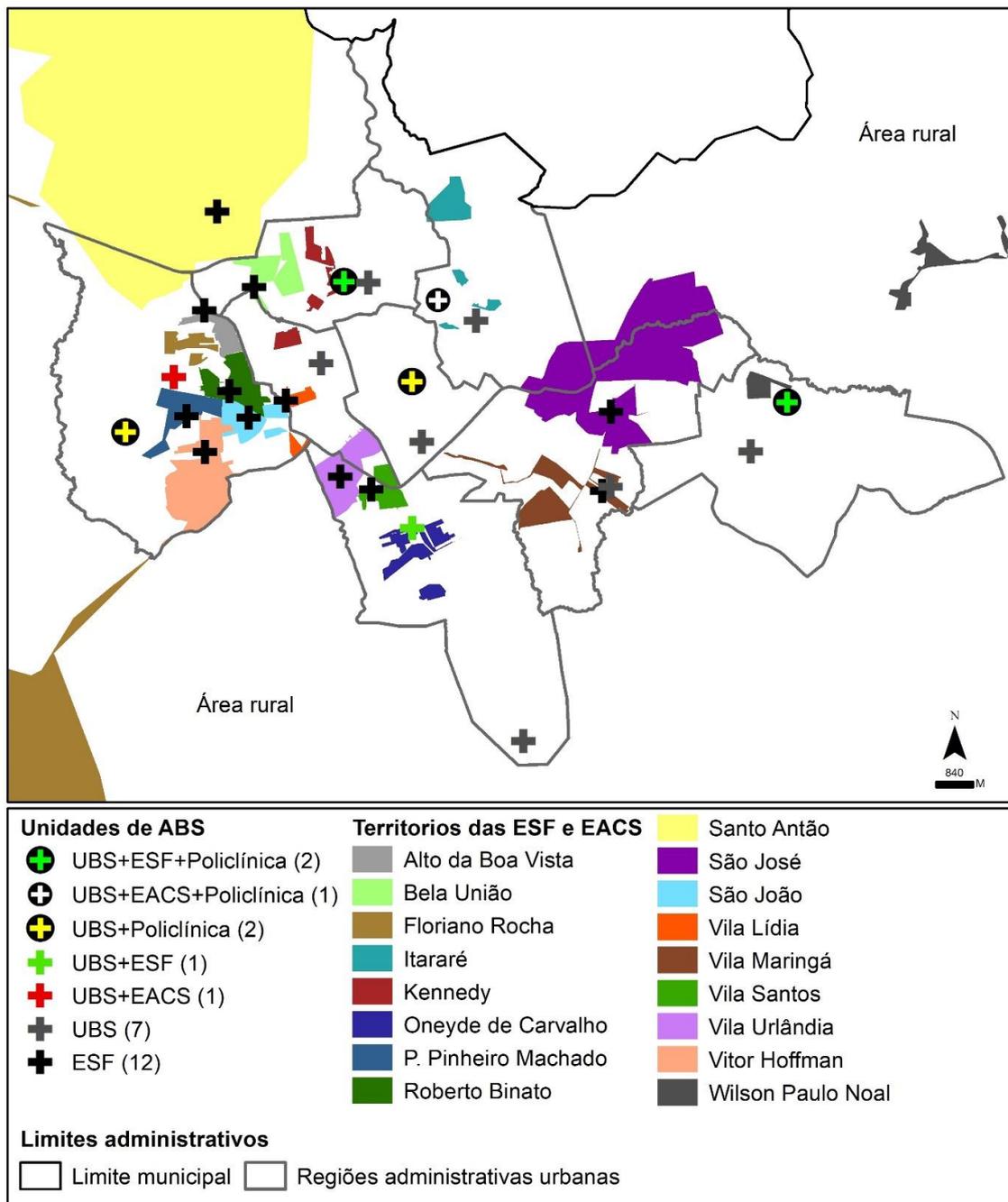
A figura 2 apresenta o desenho territorial dessas três estruturas. Consideremos cada uma delas separadamente.

A estruturação assistencial das UBS tradicionais é o exemplo mais claro da fragmentação da APS em Santa Maria. Há mesmo entre elas estruturas sobrepostas que não se integram. Em geral, as UBS tradicionais não obedecem a padrões assistenciais, não funcionam em equipes e não possuem um público-alvo. A cidade de Santa Maria possui 14 unidades que funcionam nesse modelo tradicional de oferta e demanda, sem território definido e população adscrita. A programação das ações é feita, nesse caso, conforme uma demanda vinda de toda parte, sem controle dos fluxos e sem referência territorial. Portanto, são portas de entrada “desterritorializadas”, ou seja, os serviços não têm responsabilidade sanitária por um território definido. As consequências desse modelo são muitas, entre as quais a impossibilidade de desenvolver ações de promoção, uma vez que os serviços têm um comportamento passivo em relação à população (TOMASI et al, 2011). Em geral, serão inviabilizados os princípios de atenção primária, tais como a coordenação dos fluxos e a continuidade da atenção. Noutros termos, trata-se de um modelo baseado no paradigma médico-assistencial, muito parecido com o que é feito nos pronto-atendimentos (FERTONANI et al, 2015). Por isso, a programação é um cardápio de ações gerador de filas e enormes constrangimentos, uma vez que é o consultório e não o território o fator ordenador dessas ações.

Portanto, essa natureza “desterritorializada” é um elemento comum e negativo a todas essas UBS tradicionais. Todavia, o problema se intensifica não apenas por uma política equivocada de manutenção do modelo, que é algo criticado na literatura (ESMERALDO et al, 2017; PAIM, FERTONANI et al, 2015), mas ainda de sobrecarga e deterioração da própria estrutura tradicional. De tal forma que nem mesmo suas ações médico-assistenciais são adequadamente realizadas. Isso ocorre, principalmente, pela política de reaproveitamento de recursos físicos e humanos. Das 14 UBS tradicionais, apenas 7 tem função restrita à sua função de UBS tradicional. Outras 7 são pulverizadas pela sobreposição de estruturas coexistentes e divididas. Em todos esses casos os serviços partilham o mesmo prédio, mas funcionam de maneira independente, inclusive com diferentes registros no Cadastro Nacional de Equipamentos de Saúde (CNES). Por isso, UBS+eSF (1 unidade), UBS+eACS (1 unidade) e UBS+Policlínica (2 unidades), por exemplo, não integram ações, mas apenas partilham espaço. Há casos de três estruturas sobrepostas, como as UBS+eSF+Policlínica (2 unidades) e UBS+eACS+Policlínica (1 unidade).

No caso das UBS onde também funcionam serviços das eSF e eACS, ocorre, ao mesmo tempo, duas formas de oferta e demanda, sendo uma espontânea, no caso das UBS, e outra controlada territorialmente através do cadastro populacional, no caso das eSF e eACS. Um caso peculiar à Santa Maria é a instalação de policlínicas nos prédios das UBS. Mais peculiar ainda é que nesses casos não há apenas o aproveitamento da estrutura física (o que já é algo complicado, uma vez que as UBS têm um padrão próprio para as ações da atenção primária), mas também dos recursos humanos. Não é raro que os mesmos profissionais atuem nos dois serviços. Imagine-se para o usuário entender isso, uma vez que é inclusive difícil descrever essa estrutura.

Figura 2: Distribuição das unidades de APS na área urbana de Santa Maria, Rio Grande do Sul, e territórios de atuação das eSF e eACS



A instalação de policlínicas nos prédios da UBS é representativa da visão ideológica da APS em Santa Maria. Obviamente é uma visão hospitalocêntrica. Inclusive equivocada com relação à normativas. Devemos esclarecer que as policlínicas têm uma função fundamental na rede assistencial e funcionam como suporte às UBS, mas não podem substituí-las, que é o que, efetivamente, está ocorrendo. Por definição, as policlínicas são unidades ambulatoriais de média complexidade e devem ser pensadas como atenção secundária, ao passo que as UBS, pela obviedade do termo, são as unidades físicas onde são realizados os trabalhos da atenção primária.

Em geral, a manutenção das UBS tradicionais em Santa Maria pode ser definida como a preservação de um arranjo produzido para escamotear um completo desarranjo e descontrole assistencial da APS. Os custos sociais podem ser graves, como o estrangulamento da rede hospitalar pela incapacidade de atender toda a população, piora dos indicadores de saúde, surtos e eventos epidêmicos, entre outros.

Relativamente às eACS, podemos pensá-las na mesma situação de manutenção de estruturas tradicionais que precisam ser ressignificadas pelo modelo estratégico preconizado pelo Saúde da Família. São duas equipes, nomeadamente Itararé e Floriano da Rocha, que herdaram a estrutura do antigo PACS da década de 1990 e assim permaneceram. Esse modelo está previsto na PNAB (BRASIL, 2017), mas a mesma normativa recomenda que ele tenha um caráter transitório. No caso de Santa Maria, o transitório parece que se tornou permanente.

Finalmente, as eSF, num total de 17 equipes, são as que convergem para o modelo assistencial preconizado pela PNAB. Não sem problemas, alguns dos quais serão apontados nesse texto. Uma das características da fragmentação assistencial, nesse caso, é o isolamento, ou seja, não há integração dessas estruturas. Outra característica da fragmentação é o próprio desenho territorial das suas áreas de atuação, que é uma questão que merece considerações específicas.

### **A estreita e desordenada porta de entrada da APS de Santa Maria**

Podemos genericamente mencionar que há duas portas de entrada do SUS em Santa Maria. Uma territorializada, nas eSF e eACS, e outra não territorializada, nas UBS tradicionais. A estrutura territorializada atende uma população adscrita que hoje soma 73.694 habitantes, o que equivale a 27,1% do total da população residente na área urbana de Santa Maria. Considerando apenas as eSF, esse valor é de 25,5%.

É estreita a porta de entrada do SUS através das eSF em Santa Maria. A média de cobertura brasileira é de 56,2% e a do Rio Grande do Sul é de 49,5% (MALTA et al, 2016). Portanto, não houve em Santa Maria, ao contrário da maioria dos municípios brasileiros, uma política de expansão das eSF, o que reforça a já dita visão hospitalocêntrica do seu modelo de atenção. Isso gerou uma dependência das UBS tradicionais, que devem, nesse caso, responder por mais de 70% da sua população. Daí o fato curioso e preocupante que é multiplicidade de funções das UBS, que passam a incorporar ações de nível secundário, ou seja, de natureza clínica, mas se recusam a incorporar a Estratégia Saúde da Família.

Na verdade, as UBS tradicionais de Santa Maria se recusam a trabalhar como equipes territorializadas. Então, se considerarmos, por exemplo, as orientações da nova PNAB (BRASIL, 2017), segunda a qual cada UBS, construída conforme a estrutura mínima, deve agregar quatro equipes, teremos um enorme problema em Santa Maria. A nova PNAB reconhece duas modalidades de equipes, a saber, a eSF e a chamada equipe de atenção básica (eAB), e orienta que cada equipe deve atender uma população de 2.500 a 3.500 habitantes. Embora ela permita arranjos locais, ou seja, variações nesse quantitativo, é de se supor que as quatorze UBS tradicionais da área urbana de Santa Maria têm uma capacidade de atender cerca de 42 mil habitantes, o que equivale a 15,9% da sua população (isso considerando que elas abrigam, tal como hoje organizadas, não mais que uma eAB).

Com esses cálculos podemos afirmar que mais da metade da população de Santa Maria não tem acesso à APS, pelo simples fato de que a oferta é incondizente com a demanda. Esse cálculo poderia ser ainda pior, uma vez que as unidades desterritorializadas escamoteiam uma situação grave, uma vez que, para efeitos, todas as pessoas não cadastradas nas eSF e eACS, são potencialmente usuários das UBS tradicionais. Na prática, todavia, isso não acontece, do contrário não haveria uma lista ou fila<sup>4</sup> de espera para atendimento médico, o que é uma prática corriqueira.

Portanto, é estreita a porta de entrada do SUS em Santa Maria, possivelmente mais estreita que a observada no restante do Brasil (AZEVEDO e COSTA, 2010). O problema, todavia, intensifica-se porque o desenho dessa porta é extremamente desordenado. Com recurso ao superlativo, pois uma

<sup>4</sup> Recentemente se propôs abolir as filas formadas por usuários que dormem à beira das UBS para atendimento em Santa Maria. No seu lugar foi implementado o sistema de agendamento via telefone. Na prática, todavia, isso ajudou a escamotear uma situação que não mudou nada, pois as filas continuam existindo através de um sistema de marcação por telefone que pode durar meses.

inspeção visual na figura 2 revela desarranjos reveladores de uma dificuldade enorme de pensar o território da APS. Consideremos algumas situações.

Um primeiro desarranjo é a não separação do território urbano e rural. Embora a complexidade dos usos pode subverter o limite político-administrativo e estender o tecido urbano sob o rural (LEFEBVRE, 2002), há clara diferença na alocação dos serviços nesses dois espaços. E isso não apenas em termos organizacionais (como, por exemplo, na população adscrita, que deverá ser muito menor no território rural), mas assistenciais, pois é outro mundo do trabalho e outras dinâmicas que produzem diferentes necessidades de saúde. Há três equipes em Santa Maria que estão instaladas simultaneamente nesses dois territórios diversos: Floriano da Rocha e Santo Antão (à oeste); São José e Wilson Paulo Noal (à leste e centro leste) (figura 2). Entre outros problemas, isso dificulta também ações intersetoriais, uma vez que, em geral, demais setores estarão circunscritos territorialmente.

Um segundo desarranjo, mais complexo e problemático, é a alocação territorial dos serviços, sobretudo no que refere aos seus limites. Citemos três casos, por exemplo, em que a unidade está instalada fora do território da própria equipe. São as equipes Floriano da Rocha (oeste); Itararé (nordeste) e Wilson Paulo Noal (leste). É uma situação inusitada, uma vez que, em geral, o território e a população adscrita são definidos a partir de uma unidade e não o contrário. Portanto, não há, contraditoriamente, relação entre a unidade e o território que lhe corresponde. Uma das razões desse estranho divórcio entre a unidade e seu território pode estar relacionado com o processo burocrático de instalação e com enorme equívoco de gestão. As secretarias não consideram em seus planos e nem mesmo em suas normativas que o território é dinâmico. Por isso, há um engessamento da própria gestão que inviabiliza a alteração dos limites de atuação das equipes de APS. Portanto, isso reflete, nos termos de Mendes (1993), um planejamento político-burocrático que entende o território como uma superfície geométrica de demarcação de uma ação.

Outras situações de desarranjo são representadas pela descontinuidade territorial das equipes. São os casos das unidades São João e Floriano da Rocha (oeste); Vila Lídia (centro-oeste); Kennedy (norte); Itararé (nordeste); Oneyde de Carvalho (sul); Vila Maringá (centro-leste) e Wilson Paulo Noal (leste). Todos esses casos mostram unidades divididas em frações territoriais definidas sem adequado critério social, demográfico e epidemiológico. Normalmente essas descontinuidades ocorrem devido a um acidente geográfico (lagos, rios, área de vegetação) ou ao perfil social e econômico (por exemplo, um condomínio de elevado padrão). Não é o caso de Santa Maria. De fato, ali tais descontinuidades estão fundamentalmente associadas à falta de planejamento territorial ou, em outras palavras, faltou fazer a territorialização dos serviços segundo critérios geográficos e sociais adequadamente definidos.

Esse desenho anárquico dos limites territoriais das equipes traz inúmeras consequências organizacionais e assistenciais. A própria gestão da equipe é muito dificultada, pois é uma população adscrita num raio geográfico enorme (Vila Maringá: 10,5 km; Floriano da Rocha: 58,9 km; São José: 13,1 km) e, por outro lado, há população ao redor da equipe que está desassistida. Além disso, e mais importante, dada a complexidade do espaço urbano, cada fragmento territorial acaba conformando diferentes perfis sociais de saúde (FARIA, 2013), o que torna o trabalho muito mais difícil. A resolutividade deverá ser avaliada, pois ela também será tanto maior quanto mais rápida a capacidade de resposta em termos de prevenção e promoção, e essa capacidade está numa relação direta com o território de atuação da equipe.

Um terceiro desarranjo, finalmente, é infraestrutural e está também associado à ideologia política do modelo assistencial. A gestão reflete essa ideologia. Em primeiro lugar, a UBS tradicional não é, embora devesse ser, o local de trabalho de muitas eSF de Santa Maria. O que ocorreu é que as UBS tradicionais se constituíram como um serviço a parte, inclusive com sistemas de gestão muito diferentes (por exemplo, os horários de funcionamento e remuneração profissional). Por isso, historicamente as eSF e eACS de Santa Maria foram instaladas fora das UBS, em prédios improvisados, alugados ou não, como um outro serviço da rede de APS. Portanto, ainda não se integrou o modelo de APS, e é isso que faz existir uma porta de entrada definida territorialmente nas eSF e outra ainda por ser desenhada nas UBS tradicionais. Importante referir que esse problema não é uma particularidade de Santa Maria, mas uma realidade que vem sendo enfrentada por muitos ou senão a maioria dos municípios brasileiros (MARTINS et al, 2016).

A primeira normativa a definir o modelo Saúde da Família como estratégia de reorientação das UBS tradicionais foi a Portaria 1.886/GM (BRASIL, 1997). Todavia, só mesmo na primeira PNAB (BRASIL,

2006) isso ficou mais claro, ou seja, as eSF deveriam não apenas estar, mas ressignificar o trabalho nas UBS tradicionais. Isso não aconteceu em Santa Maria. Das 19 equipes da sua área urbana, apenas 5 estão instaladas em UBS. As demais estão instaladas em prédios próprios, mas sem a infraestrutura recomendada pela PNAB (BRASIL, 2017), sendo que 4 delas estão literalmente improvisadas em galpões, casas alugadas ou escolas (tabela 1).

Em segundo lugar, ainda é crônico o problema da falta de recursos humanos, isso para não adentrar questões relacionadas à formação e ao baixo incentivo salarial. Citemos o caso dos agentes. A área urbana de Santa Maria tem 108 microáreas, mas, na ocasião da pesquisa, apenas 87 agentes estavam ativos. Mencione-se que cada eSF deveria ser composta uma equipe mínima de quatro a seis ACS, isso segundo a normativa em vigor na ocasião desta pesquisa (BRASIL, 2011), tendo também a presença do médico, enfermeiro e técnico e enfermagem. Portanto, há muitas microáreas descobertas em Santa Maria, e isso é um problema, porque sem a busca ativa do agente, a equipe perde sua capacidade de desenvolver ações territorializadas.

A gestão dos recursos humanos é outro problema. Por exemplo, a média de população cadastrada nas eSF é de 4.015 (considerando apenas as que estão integralmente na área urbana), mas há equipes com população de pouco mais de 2.000 e outras com mais de 6.000. O máximo recomendado por equipe, isso na ocasião da pesquisa, era de 4.000 habitantes. Na nova PNAB (BRASIL, 2017) esse máximo recomendado é de 3.500. Portanto, há uma sobrecarga de trabalho enorme em várias eSF de Santa Maria, e isso pode inviabilizar ações adequadas.

Tabela 1: Relação das eSF e eACS da área urbana de Santa Maria, RS.

Nome da unidade	Nº Equipes	Região	População	Instalação	Microáreas	Agentes ativos**
Alto da Boa Vista	1	Oeste	5.090	Improvisada	6	6
Bela União	1	Norte	3.265	Prédio próprio	4	1
Floriano Rocha*	1	Oeste	3.489	Improvisada	5	5
Itararé	1	Nordeste	2.355	Prédio próprio	4	4
Kennedy	1	Norte	3.944	Prédio próprio	8	8
Oneyde de Carvalho	1	Sul	3.610	Prédio próprio	5	3
P. Pinheiro Machado	1	Oeste	4.245	Prédio próprio	6	4
Roberto Binato	2	Oeste	7.696	Prédio próprio	12	11
Santo Antônio*	0	Rural	300	Prédio próprio	1	0
São João	1	Oeste	2.100	Improvisada	5	4
São José	2	C. Leste	12.010	Prédio próprio	12	9
Vila Lídia	1	C. Oeste	2.660	Prédio próprio	5	4
Vila Maringá	1	C. Leste	4.430	Prédio próprio	6	4
Vila Santos	1	Sul	4.885	Improvisada	9	8
Vila Urlândia	2	Sul	7.770	Prédio próprio	11	10
Vitor Hoffman	1	Oeste	4.720	Prédio próprio	6	5
Wilson Paulo Noal*	1	Leste	1.125	Prédio próprio	3	1
Total	19	...	73.694	...	108	88

\* Apenas população e agentes da área urbana

\*\* Considerados ativos os agentes que estavam efetivamente trabalhando na ocasião da visita à unidade.

Fonte: eSF e eACS da área urbana de Santa Maria (elaboração: Erthal e Faria, 2018)

Essas duas dimensões da discussão aqui postas, ou seja, a estreiteza e o desordenamento da porta de entrada do SUS em Santa Maria, parecem indicar uma APS como um pacote seletivo de ações para uma população carenciada. Isso é um problema, é claro, pois contradiz os princípios da própria atenção primária. Mas podemos ainda fazer um importante exercício de entender se essa estreita porta está pelo menos atendendo a população mais carenciada da cidade. Isso porque a PNAB recomenda que as áreas de vulnerabilidade social ou de risco devem ter uma cobertura de 100% de ACS. Esclareça-se que as edições anteriores da PNAB (BRASIL, 2006, 2011) já indicavam a necessidade de cuidado maior com a população mais vulnerável. Portanto, essa é uma tarefa que, espera-se, deve (ou deveria) ter sido realizada.

### **A territorialização da APS e a privação social da cidade Santa Maria, RS**

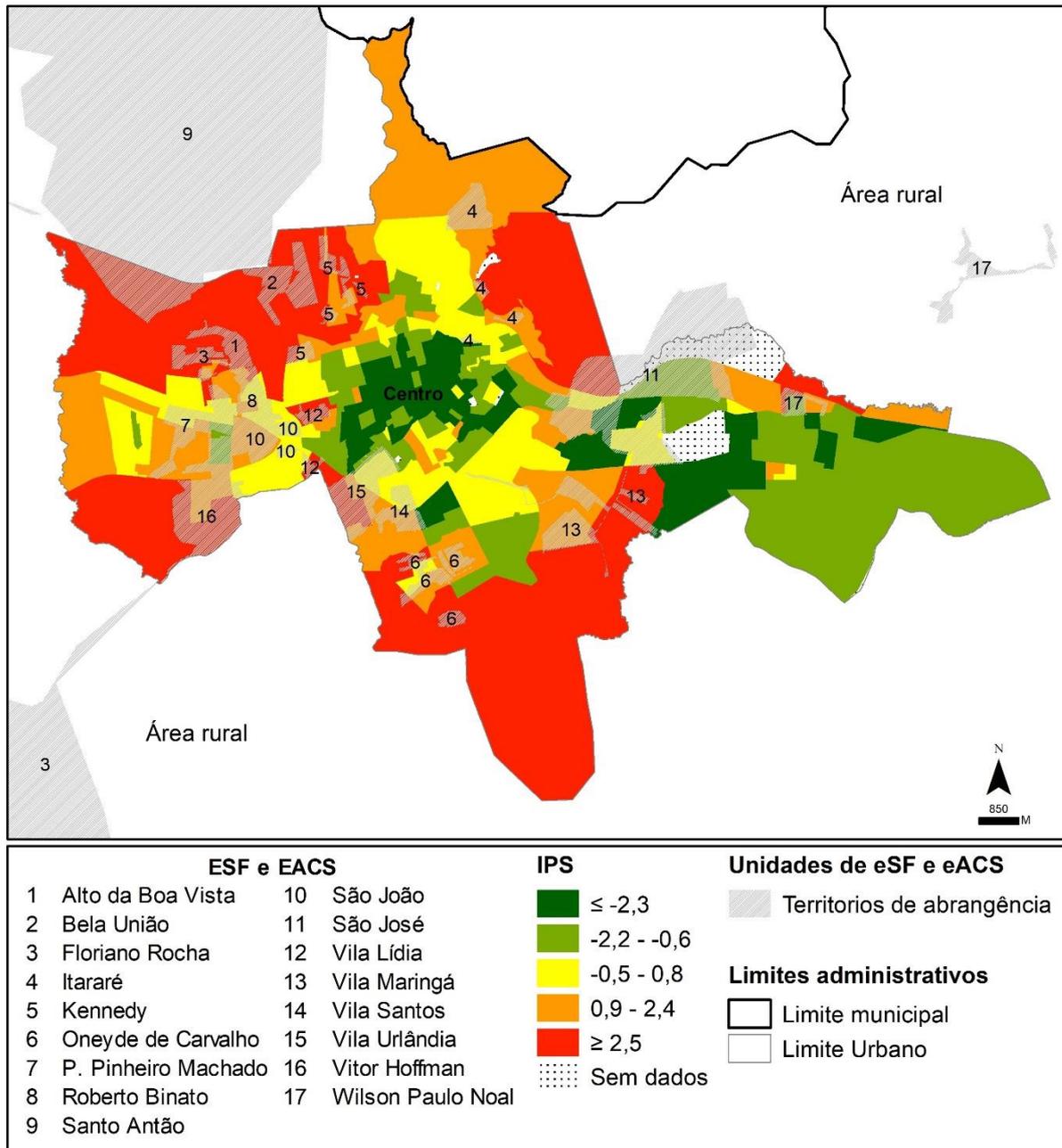
A figura 3 apresenta o IPS calculado para a cidade de Santa Maria e os territórios de atuação das eSF e eACS. Geograficamente é fácil identificar um centro menos carenciado (primeiro e segundo quintil) e uma periferia mais carenciada, com destaque para as regiões sul, oeste, norte e nordeste (quarto e quinto quintil). Entre elas há uma área de transição (terceiro quintil) e uma extensão do centro em direção à região leste, possivelmente uma nova centralidade (ROCHA, 2012), onde também são encontradas as áreas menos carenciadas (primeiro e segundo quintil).

Essa representação é bastante didática para a territorialização, seja para seu diagnóstico, seja para sua reconfiguração. Em primeiro lugar, será necessário repensar a localização dos territórios de atuação das eSF e eACS. Embora as unidades estejam localizadas periféricamente, talvez numa intenção de instalá-las nos bairros mais carenciados da cidade, há áreas de elevada privação social que não são atendidas. Isso ocorre especialmente nas regiões sul, oeste, norte e nordeste. Por outro lado, há áreas de menor privação que são atendidas pelas equipes, como é o caso da unidade São José (11).

Em segundo lugar, é importante considerar a dinâmica territorial. A privação social tende a se espalhar, ao passo que as áreas mais desenvolvidas tendem a se concentrar. É fácil identificar no espaço urbano as áreas de extrema privação, como também as de extrema concentração de renda, por exemplo (VILLAÇA, 2009). Isso pelo menos nos casos previstos pelo autor, uma vez que, na atualidade, são muito comuns sobreposições de áreas mais e menos carenciadas, embora mesmo nesse caso haverá uma tendência à segregação, seja pela imposição de muros físicos (por exemplo, os condomínios), seja pelos muros simbólicos (HAMMETT, 2001). No caso de Santa Maria, 39,8% da sua população urbana (99.831 pessoas) reside nos dois quintis de maior privação, e 39,5% nos dois quintis opostos de menor privação (99.122 pessoas). Há, portanto, significativa equivalência entre ambos. Mas as áreas de maior privação social estão espalhadas periféricamente em todas as regiões, ao passo que as áreas de menor privação estão concentradas no sentido centro-leste. As primeiras são também mais extensas e com menor densidade demográfica, justamente pelo fato de estar na franja urbana. Isso lhes confere uma dinâmica territorial peculiar, pois são áreas que ainda estão se fazendo urbanas, assim representadas por loteamentos ou área de ocupação irregular de precária infraestrutura. Não é preciso muito esforço para entender que a população tende a crescer mais rapidamente nessas áreas e os agentes de produção do espaço urbano, sobretudo os promotores imobiliários, com a conivência do estado, tendem a intensificar suas ações (CORRÊA, 1999). Em resumo, desenvolvem-se processos extremamente dinâmicos de produção de formas e conteúdos que vão sendo ressignificados para produzir a riqueza e a pobreza simultaneamente (SANTOS, 1979).

Na verdade, os processos demográficos e epidemiológicos são muito diferentes em cada nível da privação social e os serviços devem responder a essas necessidades. Tal como está desenhada a porta de entrada do SUS em Santa Maria hoje, podemos dizer que isso não está acontecendo. Obviamente, se as equipes atendem apenas 27,1% do total da população urbana (73.694, conforme dados da tabela 1) e as áreas mais privadas equivalem a quase 40%, uma boa parte dessa população não tem acesso aos serviços. Daí basta incluirmos as localizações equivocadas e a infraestrutura precarizada, para entender que a maior parte dessa população mais carenciada acorre aos pronto-atendimentos do SUS.

Figura 3: Índice de Privação Social (IPS) e territórios de abrangência das ESF e EACS da área urbana de Santa Maria, RS



Esse cenário permite considerar um “hospitalocentrismo” exacerbado em Santa Maria, para além do comumente praticado na maioria dos municípios brasileiros. Isso porque nem mesmo a produção de uma APS como um pacto de serviços seletivos para os pobres (FLEURY, 2013), foi viabilizada nesses trinta anos pós-constituente. Não se aplicam os princípios do SUS, pois onde não há universalidade, não há também integralidade e equidade. Talvez o processo histórico explique esse modelo, mas isso só seria possível com um escrutínio muito cuidadoso.

Por exemplo, talvez fosse possível estabelecer uma relação com o fato de ser ela uma cidade provedora de serviços de saúde para toda região central do estado. Isso levou a produção de modelo piramidal marcado pela maior densidade de equipamentos hospitalares (MENDES, 2011). Também levou a produção de um mercado importante para exploração pela iniciativa privada. Outra

característica que se poderia citar é sua população flutuante. Só a Universidade Federal de Santa Maria abriga uma população de quase trinta mil habitantes, daí incluímos os militares (é uma das cidades com maior contingente militar do Brasil) e veremos que boa parte dessa população reside temporariamente em Santa Maria. Obviamente, a população pobre não é, em sua maioria, universitária e nem militar, mas essa característica social e histórica pode contribuir para a organização territorial da saúde.

O pobre é enraizado no território, mas, em geral, não é ele a determinar as políticas territoriais. Não é a população mais carente a que está efetivamente a determinar as localizações das eSF, por exemplo. No entanto, é essa a população efetivamente usuária do sistema. A população localizada nas áreas mais privadas de Santa Maria não é flutuante, como o é a sua população universitária e militar. O pobre se move para trabalhar, quando tem trabalho, mas retorna ao seu território e nele procura os serviços de que necessita (SANTOS, 1987). Nem sempre, todavia, os encontra, como é o caso da APS. No caso de Santa Maria, por exemplo, há inequivocamente vazios assistenciais, que são assim representados por territórios desassistidos dos serviços. A territorialização da APS, que se inscreve nos próprios princípios constitucionais do SUS no Brasil, é essa política territorial que pode readequar o sistema para atender universalmente, equitativamente e de maneira integrada as necessidades de saúde e vida da população e de maneira especial daquela mais necessitada.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A territorialização internaliza o modelo de atenção à saúde do SUS (TEIXEIRA, PAIM e VILASBOAS, 1998). A proposta de tornar a atenção primária o centro das redes de atenção e, portanto, o nó de convergência de todos os fluxos, onde as ações são contínuas e integrais, só é possível pela responsabilização sanitária e territorial. Sem isso a entrada e os fluxos podem acontecer de qualquer lado do SUS, ou de um lado só, normalmente nos hospitais e pronto-atendimentos.

O fato de Santa Maria não ter completado o projeto da territorialização, que é resultado da manutenção e sobreposição de diferentes modelos, é bastante significativo da dificuldade de desconstruir um sistema hospitalocêntrico, baseado nas condições agudas da atenção, para um sistema reticular baseado nas condições crônicas (MENDES, 2011). A instalação de policlínicas nas UBS é exemplo de uma anarquia que confunde níveis e funções que devem se completar, mas não se amalgamar. Fica bastante evidenciado também a ideia de uma atenção primária seletiva, como um pacote de saúde para os pobres, na linha da defesa neoliberal dos economistas de Rockefeller e do Banco Mundial (PAIM, 2012). Essa é uma das razões porque Santa Maria não assumiu a estratégia saúde da família como possibilidade de reorganização assistencial. Atrasou para fazer isso e hoje tem uma cobertura irrisória de pouco mais de ¼ da sua população. O problema é que possivelmente não o fará nesse momento de exacerbação das políticas neoliberais no país.

O quadro torna-se ainda mais complexo porque a avaliação mostra que nem mesmo a população mais carente tem acesso universal à estratégia saúde da família. Ou seja, nem mesmo um pacote de saúde para os pobres foi viabilizado em Santa Maria. O IPS mostra, por exemplo, que quase 40% da população urbana vive nas áreas mais carentes. Só esse número já demonstra inadequação entre oferta e demanda. Para piorar, todavia, as áreas das equipes foram anarquicamente desenhadas, sem critérios adequados, descontínuas e fragmentadas. Então, temos cerca de ¼ da população atendida em condições que são relativamente precárias em termos de organização territorial das ações.

Portanto, a rede de APS de Santa Maria não tem, hoje, capacidade de resposta adequada aos problemas de saúde da população. As consequências, sabemos, é o abarrotamento dos hospitais e pronto-atendimentos, dificuldade de realizar promoção e prevenção e a lentidão na busca de soluções para a vigilância à saúde. A solução, também sabemos, passa por uma política territorial da saúde, a começar pela universalização da oferta, depois pela unificação do modelo assistencial e pelo desenho da porta de entrada. Só assim será possível a realização dos princípios da atenção primária construídos nesses trinta anos do SUS no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, A. L. M. e COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000029>
- BEZERRA, A. e BITOUN, J. Metodologia participativa como instrumento para a territorialização das ações da Vigilância em Saúde Ambiental. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3259-3268, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17722017>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886/GM/MS de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas de Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União** 1997; 22 dez.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 6 de novembro de 1996: redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde e aprova a NOB 01/96. **Diário Oficial da União** 1996; 6 nov.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União** 2017; 22 set.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União** 2011; 24 out.
- BRASIL. Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União** 2006; 29 mar.
- CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº. 466, de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes>. Acessado em: 15 de setembro de 2016.
- CARSTAIRS, V. e MORRIS, R. **Deprivation and health in Scotland**. Health Bull, Edinburgh, v. 48, p. 162-175, 1990.
- CORRÊA, R. L. Construindo o Conceito de Cidades Médias. In: SPOSITO, M. E. (Org.). **Cidades Médias: espaços em transição**. São Paulo: Expressão Popular, 2007, p.23-33.
- CORRÊA, R. L. **O espaço urbano**. São Paulo: Ática, 1999.
- DEGRANDI, J. O. **Verticalidades e horizontalidades nos usos do território de Santa Maria - RS**. 2012. 299f. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz, 2012.
- ESMERALDO, G. R. O. V. et al. Tensão entre o modelo biomédico e a estratégia saúde da família: a visão dos trabalhadores de saúde. **Rev. APS**, v. 20, n. 1, p. 98-106, 2017.
- FARIA, R. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação aos perfis do território. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 9, n. 16, p. 131-147, 2013.
- FARIA, R. Territórios da privação social nas cidades brasileiras: uma reflexão conceitual. In: BORTOLOZZI, A. e BERENGUEL, O. (Org.). **Cidades interativas: do contexto informacional às práticas socioespaciais integradas**. 1ed. São Paulo: Olho d'Água, 2017, p. 9-24.
- FERREIRA, C. M. **Iniciação à análise geoespacial**. São Paulo: Editora Unesp, 2014. 343p.
- FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.
- FLEURY, S. Atenção Primária à Saúde e Seguridade Social. In BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (org). **Seminário Internacional Atenção Primária à Saúde: Acesso Universal e Proteção Social**. Brasília: CONASS, 2013, p. 19-26.

- FU, M.; EXETER, D. J.; ANDERSON, A. The politics of relative deprivation: A transdisciplinary social justice perspective. **Social Science & Medicine**, v. 133, p. 223-232, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.024>
- GONDIM, G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 237-255.
- GONDIN, G. M. M. e MONKEN, M. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSVJ, 2008. p. 392-399.
- HAVARD, S. et al. A small-area index of socioeconomic deprivation to capture health inequalities in France. **Soc. Sci. Med.**, v. 67, n. 12, p. 2007-2016, 2008. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.031>
- HAMNETT, C. **Social segregation and social polarization**. In: PADDISON, R (org.) Handbook of Urban Studies. Editora: Sage, London, 200, p. 162-176.
- LEFEBVRE, H. **A Revolução Urbana**. Tradução de: MARTINS, S. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2002.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.
- MARTINS, J. S. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 11, n. 38, p. 1-13, 2016. [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1252](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1252)
- MENDES, E. V. (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1993.
- MENDES, E. V. **Redes de atenção à saúde**. Brasília: Brasília: OPAS, 2011.
- MONKEN, M. Contexto, território e o processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: BARCELLOS, C. (org.). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008, p. 141-163.
- MONKEN, M. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância à saúde**. 2003. 170 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.
- MONKEN, M. e BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>
- PAIM, J. A vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção a saúde. In: CZERESNIA, Dina (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 165-181.
- PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, v. 36, n. 94, p. 343-347, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000300004>
- PAMPALON, R.; RAYMOND, G. A deprivation index for health and welfare planning in Quebec. **Chronic Dis. Can.**, v. 21, n. 3, p. 104-113, 2000.
- PESSOA, V. M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800009>
- ROCHA, L. H. M. **Padrão Locacional da estrutura social: Segregação Residencial em Santa Maria - RS**. 2011. 503f. Tese (Doutorado), Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.
- SANTANA, P. et al. Mortality, material deprivation and urbanization: exploring the social patterns of a metropolitan area. **International Journal for Equity in Health**, Baltimore, v. 14, n. 55, p. 1-13, 2015.

SANTOS, M. **Pobreza urbana**. São Paulo: Hucitec, 1979.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Nobel, 1987.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço**: técnica, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

SOUZA, M. A. A. Uso do território e saúde: refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: SPERANDIO, A. M. G. (org.) **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 SUS**, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998. <https://doi.org/10.5123/S0104-16731998000200002>

TOMASI, E. et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11. p. 4395-4404, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200012>

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistema de saúde. In: MENDES, E. V (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1993. p. 221-235.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14 (Supl. 1), p. 1565-1577, 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800030>

VILLAÇA, F. **Espaço intra-urbano no Brasil**. São Paulo: Studio Nobel, Fapesp, Lincoln Institute, 2009.