

# O TERRITÓRIO E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: INTERCAMBIAMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL

*The territory and networks of health care: interchangeability needed to integrate the actions of SUS in Brazil*

**Rivaldo Faria**

**Universidade Estadual de Campinas / Universidade de Coimbra**

rivaldogeo@hotmail.com

## RESUMO

O objetivo deste artigo é discutir o território e as redes de atenção à saúde como dimensões intercambiáveis e integradas. As redes de atenção à saúde devem ser organizadas sobre uma dada realidade territorial; suas estruturas e ações devem atender essa realidade, atuando sobre ela e suas condições de saúde. As orientações para a modelagem das redes de saúde no Brasil reconhecem o território como uma dimensão da sua existência. Contudo, a prática do planejamento frequentemente o reduz a uma dimensão físico-geométrica, com função precipuamente administrativa. Perde-se, dessa forma, a dimensão social e múltipla do território. O risco desse modelo de planejamento é a criação de uma estrutura reticular incondizente com uma estrutura territorial previamente existente, o que resulta na fragmentação da atenção pela alocação equivocada dos recursos. A perspectiva teórica que fundamenta esta discussão é a dialética das redes e do território e o caminho metodológico é baseado nas orientações do Ministério da Saúde para a constituição das redes do SUS no Brasil. A discussão aponta a natureza territorial das redes e a necessidade de articulá-las para responder ao território como totalidade, como dimensão social concreta.

**Palavras-chave:** Redes de Atenção à Saúde. Território. Sistema Único de Saúde. Integração das ações.

## ABSTRACT

The objective of this article is to discuss the territory and the networks of health care as interchangeable dimensions and integrated. The networks of health care should be organized on a given territorial reality; its structures and actions must meet this reality, acting on it and their health conditions. The guidelines for the modeling networks of health in Brazil recognize the territory as a dimension of their existence. However, the practice of planning often reduces it to a physical-geometric dimension, with mainly administrative function. It is lost, in this way, the social dimension and multiple of the territory. The risk of this type of planning is the creation of a reticular structure at odds with a territorial structure previously existing. This results in fragmentation of the care by mistaken allocation of the resources. The theoretical perspective that is based this discussion is the dialectic of networks and the territory and the methodological approach is based on the guidelines of the Ministry of the Health for the constitution of the networks of the SUS in Brazil. The discussion points the territorial nature of networks and the need to articulate them to respond to the territory as totality, as concrete social dimension.

**Keywords:** Networks for Health Care. Territory. Unique Health System (SUS). Integration of the action.

## 1 CONSIDERAÇÃO INTRODUTÓRIA: A DIALÉTICA DAS REDES E DO TERRITÓRIO

Redes e território podem ser vistos dialeticamente, como em Santos (2004), ou antagonicamente, como em Castells (1999). Para o primeiro as redes são um dado do território, ao mesmo tempo produzindo-o e sendo produzido por ele. Para o segundo, as redes se sobrepõem ao território, eliminando sua existência pela eliminação de suas fronteiras. Milton Santos defende a existência de redes sociotécnicas; Manuel Castells defende uma sociedade reticular. As redes estão presentes em ambos, assim como a sua associação a um mundo global, mas a sua associação com o território é praticamente oposta.

Uma outra linha teórica, não oposta, mas também não similar às duas anteriores, é oferecida por Raffestin (1993). Conforme este autor, “a rede faz e desfaz as prisões do espaço, tornado território” (RAFFESTIN, 1993, p. 204). Portanto, a dialética é concebida em outra dimensão, ou seja, a da produção e anulação das fronteiras territoriais e do território pela emergência das redes. Então, não se trata de privilegiar uma dimensão em detrimento da outra, pois ambas se condicionam existencialmente. Raffestin (1993) prefere também pensar as redes de circulação e as redes de comunicação em separado e em conjunto. As primeiras expressando a materialidade das redes e dos fluxos nelas contidas e as segundas expressando toda imaterialidade dos fluxos e as intenções neles contidos. Materialidade e imaterialidade, entretanto, realizam-se dialeticamente e expressam, conforme o autor, toda relação de poder capaz de fazer e desfazer os territórios.

A dialética das redes e do território foi concebida por diversos autores (são exemplos, além dos já citados, os trabalhos de DUPUY, 1987; CLAVAL, 1988; OFFNER; PUMAIN, 1996; DIAS, 1995; MOREIRA, 2007), entre muitos outros). Uma revisão da literatura seria contraproducente, seja porque isso já foi feito por alguns dos autores supracitados, seja porque demandaria, apenas ela, um artigo em separado. Da mesma forma, uma epistemologia das redes e do território, embora importante, nos obrigaria a um enorme desvio em nossa proposta.

Importa perceber que a discussão das redes e do território é algo maior do que o debate das redes de atenção à saúde especificamente. Contudo, o modo de posicioná-las em relação ao território pode encontrar a mesma dubiedade anunciada no primeiro parágrafo deste texto. Em geral, o território é mencionado na modelagem das redes em várias experiências de planejamento de sistemas de saúde em todo o mundo. Mas apenas como um substrato ou, então, como distância geométrica a ser vencida. Há os fluxos de serviços e ações de saúde na rede, de um lado, e o território e as distâncias, de outro. Este último se apresentando muito mais como um obstáculo, do que como um dado do planejamento e da existência das redes de saúde.

A esse respeito, o título deste texto anuncia e deixa clara a posição aqui adotada: território e redes de saúde são dimensões intercambiáveis<sup>1</sup>, interdependentes e dialéticas (SANTOS, 2004); de modo que não é possível efetivar as redes sem a devida consideração territorial. Do contrário, tais redes se apresentariam fragmentada e desarticuladamente. E isso por razões a serem apresentadas neste texto.

Não há precedência das redes sobre o território, embora elas sejam responsáveis pela sua produção, pela sua existência. O contrário também é verdadeiro, ou seja, o território não vem antes das redes, embora seja condicionante para sua existência. As redes não devem ser pensadas apenas como um dado do território, mas como o território em movimento articulado, sistêmico (SANTOS, 2004). Se o território fosse um dado físico apenas, seria um objeto inerte (visto, evidentemente, num certo lapso de tempo). Nesse caso, seria apenas o condicionante físico das redes. Mas, como algo usado, portanto, vivo, o território é sistêmico, integrado, às vezes fragmentado e desarticulado, mas raramente isolado. Nesse sentido, o território se inscreve na ontologia das redes, ao mesmo tempo produzindo-as e sendo produzido por elas.

Por isso, não é possível projetar as redes de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) sem o devido “equacionamento” territorial, ou seja, sem uma racionalidade territorial que lhes dá existência e conformação. O desenho das redes supõe certo ordenamento territorial. É, inclusive, improvável tal desenho sem uma estrutura territorial muito bem montada. Afinal, as redes se apresentam como fluxos de pessoas, serviços e locais. Os fluxos, ainda que desordenados, se apresentam como deslocamentos entre locais, mesmo os fluxos virtuais. No caso da saúde, os fluxos se estabelecem entre serviços; são fluxos de usuários, informações e equipamentos. O trânsito se processa de vários lados e sua densidade será variável. Há saídas e chegadas, encaminhamentos e retornos, referenciamentos e contrargreferenciamentos. E o território indica a localização dos nós (os serviços) dessa rede, mas também a dinâmica dos fluxos e dos trânsitos.

O planejamento da localização dos serviços de saúde e o ordenamento dos fluxos são feitos considerando uma dada realidade socioterritorial. Os serviços determinam o território, pois como qualquer ação social podem intervir sobre ele, modelando-o. Mas sua projeção é feita sobre um território já dado, cuja existência se explica num dado contexto histórico. Planeja-se o território da saúde para, então, determinar a saúde do território (CARVALHO, 2003). Mas não é outro o território da saúde, pois, fosse assim, sua capacidade de intervir sobre as condições sociais do território seria comprometida. E isto pelo simples fato de que suas ações se tornariam incondizentes. O território é o ponto de partida e condição geral para o desencadeamento das ações em saúde, de modo que se pode inverter a máxima de Carvalho (2003) dizendo que a saúde do território (suas condições) deve ser o critério primeiro para se determinar o território da saúde.

Não é uma novidade, evidentemente, essa constatação. O documento base produzido pelo Ministério da Saúde para a modelagem das redes de atenção à saúde do SUS, por exemplo, indica o território, ou melhor, a territorialização, como primeira diretriz para sua estruturação (BRASIL, 2008). A construção de territórios sanitários é apontada por Mendes (2009) como o terceiro momento da construção das redes de atenção. Para a Organização Pan-Americana de Saúde (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2010), o território é o primeiro atributo das redes integradas de atenção à saúde. Não será diferente na literatura internacional o tratamento da questão da modelagem das redes (no que se refere, especificamente, ao papel do território), embora não seja infrequente certa confusão entre território, população e área.

A estruturação territorial das redes de atenção é, portanto, um fato. Contudo, acredita-se, há alguns equívocos em sua abordagem, fruto de um entendimento predominantemente político-administrativo ou físico-geométrico. E essa abordagem equivocada do território pode desembocar em práticas de planejamento e gestão igualmente equivocadas. É um planejamento territorial sem o território, para ser redundante (FARIA, 2011). Daí a importância de pensar as redes sob a perspectiva territorial, mas não secundariamente. Não é a única condição, evidentemente. Mas é a condição primeira, ou seja, a condição básica para o planejamento. Junto com a estruturação territorial, estão as demais estruturas: financeira, jurídica, administrativa, física, etc. São inseparáveis, mas são feitas em relação ao território.

O objetivo deste artigo é discutir o território e as redes de atenção à saúde como dimensões intercambiáveis e integradas. O SUS é o ponto de convergência da discussão, pois sua estrutura deve ser organizada territorialmente (universalizado e descentralizado) e sistemicamente, ou seja, em rede. Não é a investigação histórico-bibliográfica a preocupação deste texto; isso já foi feito por outros autores (MENDES, 2009; VÁSQUEZ et al., 2007; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2010; GONDIN, 2011; entre outros). Nossa intenção é entender a relação entre as redes e o território no contexto das políticas de saúde do SUS. “Território e redes”, vistos em conjunto e em sistema, perpassam os quatro tópicos deste trabalho, nomeadamente: i) o SUS como uma rede de serviços de atenção à saúde; ii) conceitos e diretrizes para a constituição das redes de atenção à saúde

do SUS no Brasil; iii) o território como um componente constitutivo das redes de atenção à saúde do SUS e iv) a territorialização das redes de atenção: criar territórios para os serviços ou adaptar os serviços aos territórios? Isto apresentado, podemos, então, adentrar o texto.

## 2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) COMO UMA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A ideia da construção de um sistema de atenção em rede está posta na Constituição Federal, no seu Artigo 198, quando diz que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma *rede regionalizada e hierarquizada* e constituem um sistema único [...]” (BRASIL, 1989, p. 33, grifo nosso). Na verdade, esse caráter unificador e sistêmico, ao mesmo tempo hierarquizado e descentralizado, já denota sua organização em rede. Sem isso o SUS inexistiria, essa é uma primeira questão que precisa ficar clara.

Mas, há ainda outro elemento integrador adicionado na Constituição Federal e também na Lei nº 8080/1990 (BRASIL, 1990) e se refere, de acordo com Santos e Andrade (2008), a integralidade da assistência. Para esses autores, este é o princípio do SUS que melhor o define como uma rede de serviços, pois é impossível sua efetivação em sistemas desarticulados e desintegrados. Na verdade, há uma relação de simbiose entre os três princípios doutrinários, pois dificilmente será universal um sistema desintegrado, assim como é improvável a integralidade das ações em sistemas parciais. E a equidade, conceito que se aproxima da ideia de justiça, não seria possível sem um sistema universal e também integrado.

Mas a integralidade denota mais diretamente um SUS organizado como uma rede de serviços, isso é verdade. De fato, as redes supõem fluxos coordenados e integrados, e nós que acolhem e direcionam esses mesmos fluxos. Por isso, Lenir Santos (2008) vai dizer que as redes não são apenas ajuntamento de serviços. Sem haver entrelaçamento, pressuposto para a existência de inter-relações, há apenas coleções e isolamento. Contudo, são diversos os sentidos da integralidade e cada um direciona certo modo de estruturação de redes de atenção. O estudo de Mattos (2006), por exemplo, apresenta três sentidos à integralidade. Uma primeira que a associa ao movimento que ficou conhecido como medicina integral. Nesse caso, a integralidade estaria ligada essencialmente a formação e a atitude do médico. No Brasil, a medicina integral ganhou contornos próprios e se associou à medicina preventiva, posteriormente representando um dos braços do Movimento Sanitário. Um segundo sentido se relaciona com a organização dos serviços e práticas de saúde. Nesse caso, a ideia de integralidade estaria associada, de um lado, a crítica à fragmentação do sistema de atenção, o que era realidade no Brasil nas décadas de 1970 e 1980 e, de outro, a crítica ao modelo de atenção centrado nos hospitais. A proposta de integralidade exigia certa horizontalização dos serviços como respostas às ações verticalizadas. Essa é uma concepção mais ampla de integralidade, pois remete a necessidade de organizar os serviços para responder socialmente às questões de saúde. Há, nesse caso, a crítica à ideia de organização dos serviços para as doenças; a concepção de saúde é ampliada; e a integralidade é, nesse contexto, a resposta apresentada. Por fim, a integralidade estaria associada a políticas especiais, desenhadas para responder a problemas de saúde que atingem grupos populacionais específicos. É o caso, por exemplo, do programa à saúde da mulher, saúde do idoso, entre outros.

Seja no seu aspecto mais amplo ou mais estreito, a integralidade é algo inseparável da existência de redes. E é exatamente por isso que as propostas de descentralização das ações do SUS nos três entes federados, e os diversos pactos estabelecidos entre eles, denota a convergência para produção de um sistema integrado de saúde. Há descaminhos nesse processo. Tanto é assim que alguns autores como Silva e Magalhães Júnior (2008) vão dizer que dos princípios do SUS, a integralidade talvez seja o menos alcançado.

Um documento recente publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) para estabelecer as diretrizes para a organização das redes de atenção no país, também reconhece os desafios a serem enfrentados para a integração do SUS, um processo ainda não consolidado, afirma o documento. Tais desafios se apresentam também como obstáculos a serem vencidos e expressam elementos de fragmentação do sistema de atenção, a exemplo da questão do financiamento e alocação dos recursos; a capacidade de gestão da produção e humanização das ações; a integração dos serviços privados e públicos; o acesso; a intersetorialidade; a judicialização da política de saúde; entre outros (BRASIL, 2008). E para enfrentar esses desafios, o mesmo documento menciona a necessidade de se articular as dimensões que estruturam o arcabouço institucional do SUS. São elas: dimensão da pactuação, planejamento e gestão intergovernamentais (relações internas ao Estado); dimensão da vontade política e do controle social (relações Estado-sociedade); dimensão da contratação de unidades de provisão dos serviços (relações entre Estado e mercado); dimensão de alocação de recursos financeiros (relações entre financiadores); dimensão das decisões legislativas e judiciais (relações entre Poderes do Estado); dimensão do modelo de atenção (relações entre provedores, profissionais e cidadãos) e a dimensão da articulação com outras políticas sociais (reações de intersetorialidade na seguridade social).

Portanto, há, ao mesmo tempo, por parte do Ministério da Saúde o reconhecimento dos desafios e das ações necessárias para enfrentá-los. Evidentemente, são ações amplas, pois relacionam várias dimensões sociais, políticas e econômicas e exigem, antes de qualquer coisa, a mobilização do Estado e da sociedade. É um projeto de longo prazo, não há dúvida. Contudo, devem ser reconhecidos e valorizados os diversos instrumentos que vêm sendo pactuados para a constituição de uma rede interfederativa de saúde em todo o país, com destaque para o Pacto pela vida, em defesa do SUS e da gestão (BRASIL, 2006).

### **3 CONCEITOS E DIRETRIZES PARA A CONSTITUIÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS NO BRASIL**

Há na literatura internacional inúmeras definições de redes de atenção à saúde (mencione-se, por exemplo, os trabalhos de BAZZOLI, 1999; ROBINSON; CASALINO, 1996). Embora o debate tenha ganhado corpo na década de 1990, a ideia de integrar os serviços de saúde e constituir redes remonta ao início do século XX, a exemplo do clássico Relatório Dawson<sup>2</sup>. Uma extensa pesquisa bibliográfica sobre o conceito de redes de atenção à saúde foi feita por Mendes (2007). Este autor observa, a partir de relatos de experiências em redes de atenção em alguns países, que existem vários modos de organizá-las. Não há variações entre autores apenas, mas também entre países e organizações. Por isso, o Ministério da Saúde se viu obrigado a publicar uma Portaria para estabelecer, em âmbito nacional, as diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2010). Mesmo porque, as redes supõem solidariedades interfederativas para sua efetivação e uma dupla interpretação poria em risco a própria constituição das redes do SUS.

Considerem-se, pois, algumas orientações dadas pelos órgãos oficiais, principalmente pelo Ministério da Saúde. De modo geral, as redes de atenção são propostas como solução aos sistemas fragmentados de saúde. E isso é algo de comum em meio à pluralidade e, não raro, divergências nas definições sobre as redes. Para a Organização Mundial da Saúde (apud MENDES, 2009) as redes são como um sistema integrado cuja gestão e oferta de serviços de saúde são feitos de modo que as pessoas recebam um *continuum* de atenção. Ou seja, as redes devem permitir a integração da atenção, não apenas a integração dos serviços. Do contrário é uma rede desnecessária. Um exemplo prático no caso do SUS é a integração dos prontuários dos pacientes, de modo que toda vez que o usuário acessar o sistema, seja possível ao profissional conhecer seu histórico de saúde. Veja-se que o que se está integrando, em última instância, é a atenção, não apenas tecnologia.

## A Organização Panamericana da saúde entende as redes de atenção como

una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una **población definida**, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve. (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2010, p. 31, grifo nosso).

Novamente está posta a ideia de integração da atenção. Mas há um conteúdo de novidade: a responsabilização por uma população definida. Quem se responsabiliza é a rede de serviços ou de organizações. É uma rede apenas, mas circunscrita geograficamente ou territorialmente. Obviamente, o que define uma população, entre outras, é sua localização.

Há duas dimensões importantes e inseparáveis nessa definição (territorial?) das redes de saúde pela OPAS: a responsabilização pelos serviços e o público definido. A primeira dimensão obriga a existência da segunda e a segunda é condição para a realização da primeira. São essas duas dimensões que colocam o território, ou melhor, o planejamento territorial, como elemento central para a modelagem das redes de atenção. Por isso, quando lista os atributos das redes de saúde, a Organização Panamericana da Saúde (2010) define a população e o território como seu primeiro atributo. Interessante notar que se trata de um único atributo, ou seja, território e população são instâncias inseparáveis. Ressalte-se que tal atributo está ligado ao modelo assistencial, ou seja, está relacionado com a política de planejamento.

O Ministério da Saúde, através da Portaria 4.279 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), entende as redes como uma importante estratégia para superar a fragmentação da atenção e para aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS. Na verdade, a fragmentação deriva do próprio funcionamento político-institucional do sistema, não há separação entre essas duas instâncias. Dessa forma, as redes são entendidas como um modo de conferir um novo arranjo institucional ao SUS, integrando suas ações para garantir maior efetividade e eficiência às mesmas e, dessa forma, assegurar a maior qualidade da atenção ao usuário.

As redes são 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 (BRASIL, 2010, p. 3)”.

Em outro momento, o mesmo documento vai afirmar que as redes devem promover uma integração sistêmica das ações e serviços do SUS, com provisão de uma atenção contínua e integral. Interessante notar que as redes são tomadas como condição para a realização do princípio da integralidade, associando ou alinhando a referida Portaria ao que propõe a Constituição Federal. Mas há também um conteúdo de novidade nesta Portaria, fruto dos debates que são feitos em torno do SUS nesses mais de vinte anos de sua existência. As redes são caracterizadas pela “[...] formação de relações horizontais entre pontos de atenção com centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde [...]” (BRASIL, 2010, p. 4). Dessa forma, as redes serão marcadas pelas horizontalidades das relações, inclusive devem alterar o sistema baseado nas relações verticais entre níveis de diferentes densidades tecnológicas. Acredita-se que tal verticalidade está na base da fragmentação do sistema, um sistema hospitalocêntrico (MENDES, 2009). Veja-se que há o objetivo claro do Ministério da Saúde em alterar a verticalização e centralização em torno dos hospitais, para uma horizontalização das ações e centralização de comando na atenção primária. Nesse caso, a referida Portaria sinaliza uma mudança institucional importante ou pelo menos um objetivo institucional de grande impacto, pois altera, conforme destaca Mendes (2009), uma concepção vigente na normativa do SUS que é a de um sistema hierárquico ou piramidal.

As diretrizes para a implantação das redes de atenção à saúde do SUS no Brasil foram dadas em documento publicado pelo Ministério da Saúde em 2008 (BRASIL, 2008). São oito diretrizes, cuja lista é encabeçada pela territorialização (Quadro 1). Não há uma hierarquia de diretrizes; obviamente, cada uma delas indica uma maneira de existir das redes de atenção. Mas a territorialização parece perpassar todas as demais, condicionando-as ou envolvendo-as direta ou indiretamente. Por isso, parece ter sido propositalmente posta como a primeira diretriz organizativa das redes.

**Quadro 1:** Diretrizes das redes de atenção à saúde do SUS no Brasil.

Diretrizes	Definição
Territorialização	Delimitação de uma população de responsabilidade da Rede Regionalizada de Atenção à Saúde
Modelo de atenção	Fundamentado na organização do cuidado pela atenção primária.
Intersetorialidade	Articulação com as demais políticas sociais.
Planejamento estratégico integrado	Estruturado regionalmente a partir da identificação de prioridades de intervenção.
Modelo de Co-gestão	Fundamentado em instrumentos capazes de dar suporte gerencial suficiente para fornecer materialidade ao modelo de atenção e ao planejamento estratégico.
Financiamento conjunto intergovernamental	Estruturado para reduzir os estímulos à fragmentação, compondo incentivos ao compartilhamento e à eficiência da gestão.
Modelo de governança	Estruturado para proporcionar estabilidade e unicidade ao processo decisório.
Participação e controle social	Possibilitar a formação de vontade política e exercício de suas prerrogativas constitucionais de controle social.

**Fonte:** Brasil, 2008, adaptado por Faria, 2012.

Observe-se: i) a participação popular exige identificação territorial entre população e serviços; ii) o modelo de governança deve permitir a criação de bases institucionais para gerenciar um território determinado; iii) o financiamento deve ser compartilhado, ou seja, deve se estabelecer entre entes federados localizados territorialmente; iv) o modelo de co-gestão deve dar suporte à materialização do modelo de atenção, voltado para a atenção primária, num território definido; v) o planejamento estratégico deve ser feito regionalmente ou territorialmente, do contrário é, inclusive, difícil criar uma estratégia; vi) a intersetorialidade deve se estabelecer entre setores político-sociais de um determinado território; e, por fim, vii) o modelo de atenção terá uma circunscrição territorial baseado numa atenção primária equitativa e resolutiva.

A importância do território na constituição das redes de atenção está dada também na Portaria 4.279 (BRASIL, 2010), notadamente no tópico que trata dos atributos dessas redes no SUS. Novamente, e não por acaso, população e território encabeçam uma lista de quatorze atributos, entre os quais se destaca a necessidade de extensa gama de serviços distribuídos equitativamente no território; uma atenção primária estruturada como porta de entrada do sistema, cujo desencadeamento se dá com a definição do território de atuação desses serviços; a prestação de serviços especializados no lugar adequado, ou seja, dispostos segundo uma racionalidade territorial muito bem definida; uma atenção centrada no indivíduo, na família e na comunidade, o que sugere uma atenção endereçada territorialmente; a existência de mecanismos de continuidade e coordenação do cuidado, novamente colocando o território como condicionante, pois os fluxos se expressam como deslocamento entre serviços e nos territórios. Em síntese, assim como as diretrizes, parece que também os atributos das

redes não se realizam sem que direta ou indiretamente seja estabelecida sua definição territorial de abrangência, isso nas diversas escalas e segundo as diversas expressões territoriais dos serviços conforme suas especialidades.

Portanto, o território é um condicionante geral para a existência das redes de saúde do SUS. Por isso, não é difícil também concluir que uma definição equivocada do território pode levar a um planejamento equivocado das redes. Obviamente, as diretrizes organizativas seriam comprometidas direta ou indiretamente. Por isso, dedicar-se-á o próximo tópico para tratar especificamente o território como componente das redes.

#### **4 O TERRITÓRIO COMO COMPONENTE CONSTITUTIVO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS**

Quais são os elementos constitutivos das redes? A simples existência dos serviços não denota uma organização em redes. Nem mesmo o intercambiamento das ações, pois, não raro, a integração acontece de um lado só ou ainda esparsamente conforme o tempo e o tipo de serviço. Não há redes sem território, pois o trânsito acontece entre serviços e locais. As pessoas e os serviços estão localizados territorialmente. Mas apenas essa localização também não permite a existência das redes.

Para muitos as redes ganham existência na medida dos investimentos em equipamentos, da aplicação de recursos financeiros ou do aumento de pessoal. Uma estrutura será necessária, é verdade, do contrário não será possível coordenar os fluxos e integrar os serviços. Não há redes sem os nós, evidentemente, e tecnologias que permitam os deslocamentos. Seria como falar em redes de cidades sem cidades e estradas que as interligam. Mas apenas a estrutura não sinaliza sua existência. Esclareça-se, aliás, que a construção das redes de atenção tem como finalidade, entre outros, otimizar os recursos e diminuir os custos (MENDES, 2009). Talvez o principal investimento seja mesmo em pessoal, pois a estrutura montada só efetiva a existência das redes na medida das relações entre profissionais e serviços.

De acordo com Mendes (2009), são três os elementos constitutivos das redes de atenção: a população (e território), a estrutura operacional e o modelo de atenção. Veja-se que a questão infraestrutural está relacionada com a dimensão operacional apenas, pois população-território e modelo são elementos a serem resolvidos numa dimensão muito mais teórico-metodológica.

A razão de ser das redes e dos serviços são as pessoas. Mas também os sistemas de saúde fragmentados operam para as pessoas. Apenas que tal operação se faz desarticuladamente ou descoordenadamente. O mesmo se aplica aos serviços privados. Suas operações são feitas para atender uma demanda, diga-se, cada vez maior. Mas é um atendimento condicionando a um pagamento. Não existem redes, mas processos e procedimentos realizados aleatoriamente, conforme a demanda. A diferença, neste caso, e isso têm enormes implicações em termos organizacionais, é que nas redes os serviços operam segundo uma população definida, colocada sob sua responsabilidade sanitária. Conforme Mendes (2009, p. 144), “[...] não há possibilidades das redes de atenção à saúde, sejam elas privadas ou públicas, serem implantadas sem uma população adscrita”.

Mas tal adscrição de clientela passa, entre outros, pela definição geográfica da sua localização. Por isso, conforme o Ministério da Saúde “[...] as redes devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade” (BRASIL, 2010, p.12).

Em suma, as redes denotam uma circunscrição territorial. Serviços especializados serão concentrados territorialmente, mas precisam agir segundo uma racionalidade territorial, pois também devem atender uma demanda definida territorialmente (ou regionalmente). Nesse caso, o modo como será pensado o território irá depender do tipo de serviço, de sua natureza. Os de alta complexidade tecnológica estarão concentrados nas grandes e médias cidades, ao passo que os de média

complexidade estarão mais dispersos. Entretanto, não há uma hierarquia entre serviços e suas tecnologias ou entre territórios e suas escalas, pois, se assim fosse, não existiriam as redes. Mas também não há uma única dimensão territorial de intervenção e de prática. Serviços de atenção primária terão uma circunscrição territorial possível de atuação por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou por uma Equipe Saúde da Família (ESF). Não será a mesma a dimensão territorial de atuação dos serviços de oncologia, por exemplo. Os territórios e os serviços, nessa ordem, formam uma unidade integrada porque os fluxos no seu interior podem ser adequadamente coordenados mediante tecnologias e metodologias de diversos tipos.

Redes e fluxos supõem sentido e direção. Assim, pessoas e serviços se deslocam territorialmente, mas não de modo desordenado. Aliás, não existem redes sem fluxos, embora possa haver fluxos sem redes. No contexto do SUS, por exemplo, podem ser identificados fluxos entre serviços sem necessariamente constituir redes de atenção, pois se apresentam como fluxos desordenados, mal arranjados e fragmentados. A formação de redes de atenção supõe certo ordenamento desses fluxos, o que não é possível senão através da integração dos serviços e seus territórios. Assim, na atenção primária, por exemplo, as pessoas serão acolhidas e os fluxos serão ordenados e direcionados para os serviços especializados, conforme a necessidade. Mas, não se trata de um fluxo tipo mão única. Se a atenção primária referencia os fluxos para os níveis de atenção especializada do SUS, estes, por sua vez, devem contra-referenciar e/ou encaminhar os fluxos como um retorno para a atenção primária. Por isso, a atenção primária se define como nó intercambiador do sistema de atenção, pois acaba “gerenciando” todo o fluxo e toda a rede.

A estrutura operacional das redes, que é constituída pelos nós e pelas ligações materiais e imateriais que os comunicam, deve ser organizada de modo a efetivar essa sua dimensão territorial de que se fala. E, por fim, o modelo de atenção - de dimensão proativa, voltado para uma atenção primária resolutive e capaz de integrar ações para situações crônicas e agudas de saúde - será representado por um modelo lógico capaz de oferecer atenção continuada para populações territorialmente definidas.

Portanto, os três componentes das redes de atenção têm o território como seu elemento condicionante, novamente apresentando-o como ponto de convergência para a sua existência. E exatamente por isso, faz-se importante a reflexão sobre seus sentidos para a saúde, especialmente para aqueles dedicados à prática do planejamento.

## **5 A TERRITORIALIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO: CRIAR TERRITÓRIOS PARA OS SERVIÇOS OU ADAPTAR OS SERVIÇOS AOS TERRITÓRIOS?**

Não seria prudente, dado o exposto, encerrar esse texto sem uma breve consideração sobre o modo como o território vem sendo pensado na prática do planejamento do SUS no Brasil. Fala-se breve porque também não seria possível dedicar ao tema o espaço que lhe é devido. Um trabalho realizado por nós (FARIA; BORTOLOZZI, 2013) propõe exatamente responder a pergunta anunciada nesse tópico. Ali sim pode-se encontrar uma discussão aprofundada do tema.

De modo geral, o planejamento territorial do SUS vem sendo feito através da chamada de “territorialização da saúde”<sup>3</sup>. É uma política e uma técnica de planejamento utilizada para delimitar as áreas de atuação dos serviços e das redes de atenção. Inúmeras abordagens teóricas do planejamento territorial têm influenciado essa territorialização dos serviços. Em geral, conforme Faria (2012), trata-se de uma prática administrativa, baseada no modelo de “planejamento físico-territorial clássico”, tal como exposto por Souza (2010). Por isso, acaba também incorporando uma natureza burocrática e inflexível própria desse modelo de planejamento.

Entretanto, há também avanços na direção do planejamento participativo e, mais recentemente, na direção de um planejamento autonomista. A descentralização dos serviços de saúde,

com a maior responsabilização dos municípios, foi um processo fundamental nesse sentido. De fato, a descentralização levou os serviços ao território e estes, por sua vez, passaram a habitá-lo, ou, para ser redundante e num sentido mais amplo, passaram a territorializá-lo. O planejamento participativo passou a ser proposto, então, como forma de empoderamento local, dando à descentralização os sentidos que lhe são próprios, não apenas desconcentrando os serviços. Dessa forma, não apenas os instrumentos oficiais de participação, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde (BRASIL, 1990), passaram a ser melhor praticados, como também novas formas de participação popular passaram a ser propostos em diferentes escalas espaciais.

Sob esse contexto descentralizador das ações e dos serviços de saúde do SUS, associado à necessidade da criação de mecanismos de planejamento e gestão mais participativos, ganhou importância no Brasil o “planejamento estratégico situacional” (PES) de Carlos Matus (1993). Embora tenha sido criado para aplicação no setor econômico, o PES foi sendo adaptado para a área da saúde, sobretudo em programas relacionados ao planejamento territorial dos serviços de saúde do SUS. De fato, o PES acabou se constituindo uma plataforma metodológica, quase uma cartilha, não raro presente em orientações oficiais do Ministério da Saúde, como o texto produzido em Brasil (1999). Mas talvez não se encontre um exemplo mais importante dessa influência Matusiana que a criação do Sistema de Planejamento do SUS, o PlanejaSUS, cuja criação, ela mesma estratégica, deve permitir a produção de uma cultura de planejamento baseada em ações efetivas e práticas, tendo em vista a busca de resultados (BRASIL, 2009).

O PES acabou se constituindo ainda mais importante nas propostas de territorialização da saúde, tendo em vista a possibilidade de “situar” estrategicamente os territórios de atuação dos serviços de saúde. Ademais, a natureza prática da territorialização, baseada em ações efetivas para delimitação do território, se adequa muito bem aos princípios do PES, entre os quais se destacam o planejamento ascendente, a participação popular e sua natureza processual.

Uma das primeiras metodologias de territorialização da saúde no Brasil foi proposta por Unglert (1993). O SUS ainda era uma criança e inexistiam ferramentas de planejamento adaptados à realidade local, sobretudo à escala do Município. A territorialização era uma forma de preencher essa lacuna e, especificamente naquele momento, ganhou papel estratégico na criação dos Distritos Sanitários<sup>4</sup> (MENDES, 1992). Posteriormente, sobretudo nesse início de século, passou também a ser uma prática corrente na definição das áreas de atuação dos serviços de atenção primária à saúde, sendo até mesmo incorporada na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

De acordo com Unglert (1995), a territorialização pode ser definida como o processo de apropriação do espaço pelos serviços à saúde. Em termos práticos, pode também ser entendida como o processo de criação de territórios de atuação das unidades de atenção à saúde, justificando, assim, o uso do termo territorialização, ou seja, processo de criação de territórios. Esse foi o modo encontrado para resolver a questão da definição das áreas de atuação dos serviços, isto é, territorializando-os e cadastrando (adscrição de clientela, como é chamada) a população do seu interior.

Inúmeras contribuições vêm sendo dadas no sentido da produção de uma tecnologia de planejamento, baseada na territorialização da saúde (UNGLERT, 1993, 1995; TEIXEIRA, PAIM; VILASBOAS, 1998; MONKEN, 2003, 2008; MONKEN; BARCELLOS, 2005, 2007; GONDIN, 2011; GONDIN; MONKEN, 2008; GONDIN et al., 2008). Muito se avançou, sobretudo porque fomentou o debate territorial do SUS e sua importância para a alocação equitativa dos serviços e das ações. Entretanto, apesar de se apresentar como uma prática geográfica, a política da territorialização carece de um estudo propriamente geográfico - embora, obviamente, o debate territorial não seja um atributo único e particular da geografia. Isto também reflete, conforme Pereira e Barcellos (2006, p. 48), “[...] a preocupação em operacionalizar o conceito de território, sem, no entanto, uma discussão sobre os seus múltiplos sentidos”.

Existe uma lacuna, continuam os autores, que “[...] pode ser constatada pela pequena participação dos geógrafos em todos os níveis desse programa”, referindo-se eles à Saúde da Família, ou seja, à atenção primária.

Uma pequena consideração crítica à territorialização da saúde foi feita por Souza (2004)<sup>5</sup>. A autora contrapõe-se ao uso do termo, alegando se tratar de um equívoco, pois o território é uma totalidade inerente a todas as coisas. Dessa forma, a questão não está na territorialidade ou na territorialização, afirma, mas no uso do território pela saúde.

Uma contribuição recente na reflexão sobre os sentidos teóricos e práticos da territorialização vem sendo feita por Faria (2011; 2012; 2013). O autor aponta o caráter essencialmente político desta prática e os problemas metodológicos da “criação” de territórios para a saúde. Como conceito, a territorialização é o processo de constituição de territórios, mas a problemática não está no processo, mas nas relações sociais que o desencadeiam, ou seja, nas territorialidades produzidas num dado momento histórico. A territorialização é o processo; as territorialidades são as estratégias, destaca Sack (1986). O processo é a prática, a produção, efetivamente. As estratégias são as relações de poder efetivadas conforme diferentes demandas (econômicas, políticas, culturais). Nesse caso, o processo, ou seja, a territorialização será o resultado da demanda da política de planejamento dos serviços do SUS.

A territorialização envolve sempre uma ação, mas o problema não está na ação em si, mas no que a motiva e lhe dá existência. Por isso, continua Faria (2012), ao privilegiar a ação, tal prática comporta dois grandes riscos. O primeiro é o entendimento do território a partir dos processos que o constituem e não a partir de si mesmo como totalidade. E na medida em que privilegia o processo, ou seja, a ação, acaba incorporando um viés essencialmente pragmático. O uso do termo territorialização já denota esse pragmatismo, pois se apresenta como uma prática de criação de territórios da saúde. O território em si é algo secundário, pois são os serviços que se apropriam e definem seus próprios limites territoriais. O segundo risco é o entendimento parcial do território, pois, novamente, ao privilegiar a ação, privilegia a dimensão social que a desencadeia. Nesse caso, a dimensão política será privilegiada, negligenciando-se as dimensões econômica e cultural. A consequência será a fragmentação do território, pois os limites de atuação dos serviços de saúde nem sempre serão condizentes com os limites dos territórios do cotidiano, os territórios das pessoas. Esse “desajuste” de limites territoriais, se assim podemos nos referir, pode levar à ineficácia das ações, pois os serviços deixam de atender os territórios das pessoas para atender seus próprios limites territoriais.

De acordo com Faria (2013), esse modo de planejar os serviços e as redes se expressa muito bem na tríade “serviços-oferta-território”, de modo que, como dado do planejamento, o território vem depois. A capacidade de oferta do serviço será o critério mais importante para se definir os limites territoriais de abrangência dos serviços nessa tríade. Por isso, o mesmo autor propõe inverter essa tríade, privilegiando o território como primeira dimensão do planejamento do serviço e sua oferta. E considerando o território como realidade social concreta, ou seja, como realidade histórica, relacional e dialética (SANTOS, 2004), está-se privilegiando as pessoas que o produzem. Tem-se, nesse caso, o dimensionamento da demanda e das características dessa demanda a partir do reconhecimento do território. Os serviços vêm depois, pois devem se adaptar aos perfis dos territórios e das pessoas e suas condições de saúde. “Território-pessoas-serviços” é uma tríade que faz alterar a racionalidade do planejamento baseado na oferta. E isso implica, entre outras coisas, a não padronização e a flexibilização dos limites.

Também no planejamento das redes de atenção a ideia de territorialização parece se impor. É verdade que a territorialização da saúde remete à ideia de responsabilização. A apropriação de uma área exige isso. Nesse sentido, o seu uso encontra razão de ser. Contudo, a simplificação dos sentidos do território, associado aos condicionamentos da territorialização - oferta padronizada, racionalização, burocratização, entre outros - pode gerar certa incompatibilidade de limites territoriais. Há, de um

lado, os limites dos territórios político-administrativos e, de outro, os limites dos territórios realmente existentes, o território como totalidade da vida de relações (SANTOS, 2004). O risco nesse caso é a alocação equivocada dos serviços, o que gera incompatibilidades entre a oferta e a demanda. As consequências, entre outras, serão a menor resolutividade das ações; a dificuldade em reconhecer e coordenar os fluxos; a aplicação equivocada de recursos; os custos elevados, entre outros.

Observe-se, como exemplo, e para finalizar este texto, o processo de territorialização em Mendes (2009) e a proposição dada pelo Ministério da Saúde nesse sentido (BRASIL, 2008, 2010).

De acordo com Mendes (2009), as redes de atenção à saúde exigem a construção social de territórios/população. É uma territorialização, ou seja, uma construção de territórios da saúde. O que a determina? A população. Tanto é assim que o autor preferiu unir os termos território/população. Isso poderia parecer uma redundância, pois quem produz os territórios são as pessoas, ou seja, a população. Mas, neste caso, não, pois, o que determina o que será territorializado, em última instância, é a população.

Observe-se que o termo “população” denota uma expressão bem mais genérica do que, por exemplo, pessoas ou mesmo habitantes. População é um número. O seja, a territorialização é uma construção político-administrativa tendo em vista uma população numericamente e previamente definida. Não são as pessoas que territorializam suas ações e criam seus territórios; são os serviços que territorializam suas ações tendo em vista uma população definida.

Ainda para esse autor, a territorialização é o ponto de partida para o conhecimento da população de uma rede de saúde. Novamente, a ligação que se faz entre território e população. Mas, nesse caso, a territorialização está sendo tomada como uma técnica que permite conhecer a população. Dessa forma, se fosse necessário definir uma sequência de ações, poder-se-ia estabelecer a seguinte: primeiro os serviços de saúde se apropriam de uma determinada área, territorializando-a, depois se cadastra toda a população no seu interior e, ao final, reconhecem-se as pessoas e suas necessidades. Por isso, a territorialização é o mecanismo que permite conhecer essas pessoas. Porém, e aqui uma provocação já feita em outro momento (FARIA, 2011), não seria o contrário o mais adequado? Ou seja, não seria melhor conhecer as pessoas e seus territórios para, depois sim, adequar os serviços às suas características?

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), por sua vez, define a territorialização como a delimitação de uma população sob responsabilidade da rede regionalizada de atenção à saúde. Há uma confusão entre território e região, em primeiro lugar. Mas a confusão maior está novamente entre população e território. Há uma completa inversão, pois não é possível que a territorialização delimite a população. O contrário, ou seja, o que define o processo territorializador, suas forças, energias e estratégias, são as pessoas (aqui numericamente vistas como uma população). O território não pode vir antes das relações sociais que lhe dão existência.

Ainda nesse texto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p. 30) vai afirmar que “[...] o processo, as estratégias e instrumentos utilizados na territorialização devem permitir compreender os determinantes sociais do processo saúde-doença específicos daquele espaço-população”.

Também aqui, como em Mendes (2009), a territorialização é um instrumento que permite conhecer as pessoas “territorializadas” pelos serviços. Uma incongruência, obviamente. Além disso, o Ministério parece associar a territorialização a um espaço-população. Sabe-se que uma coisa é o território, outra é o espaço e ambos são produzidos pelas pessoas. E para completar o trecho citado acima, o Ministério da Saúde vai dizer que:

Essa compreensão deve ser a base da definição dos fundamentos do modelo de atenção mais adequado à população para a qual está organizada Rede Regionalizada de Atenção à Saúde, permitindo a identificação dos *perfis populacionais* em termos de

situação de saúde e a projeção de soluções adequadas a cada um deles (BRASIL, 2008, p. 30, grifo nosso).

Está claro, nesse trecho, que a territorialização não é uma prática secundária na organização e estruturação das redes. Através dela será possível, conforme a citação, identificar os perfis populacionais para se projetar soluções adequadas. Contudo, acredita-se, o modo como se territorializa pode determinar o modo como se identifica os perfis dessa população. Não há separação entre um perfil populacional e um perfil territorial. Um deve levar ao outro. Mas, aqui, a territorialização é tomada como um modo de estabelecer os limites de atuação dos serviços; só depois o perfil da população será devidamente reconhecido. Aliás, a territorialização é um critério para tal reconhecimento. O que se está indagando é se o reconhecimento deve vir antes ou depois do estabelecimento dos limites territoriais de atuação dos serviços. Ao que parece a territorialização é um modo de esquadrihar o território, de recortá-lo para tornar possível reconhecer a população no seu interior. Contudo, o critério “população” (ou seja, número), impõe-se como condicionante, pois territorializa-se conforme a capacidade de oferta de serviço.

Também a Portaria 4.279 (BRASIL, 2010) quando trata dos atributos das redes de atenção utiliza os termos população e território conjuntamente, novamente indicando que o que define o segundo é a população numericamente determinada. População e território precisam ser definidos e entendidos, afirma a Portaria, pois só assim se podem ofertar serviços adequados. Nesse caso, há certo avanço, pois, agora, são os serviços que se adequam. Mas a questão territorial ainda se apresenta problemática, pois não está devidamente claro que territorialização é essa, e que território se está produzindo.

Portanto, faz-se necessário esclarecer os termos norteadores da prática do planejamento territorial das redes. As proposições para a territorialização da saúde denotam, diga-se positivamente, uma preocupação territorial com os serviços do SUS. Mas é fundamental entender as relações de poder aí presentes e o resultado prático em termos de mudanças nas condições de vida. A esse respeito, novos estudos precisam ser feitos, sobretudo na sua dimensão prática e dos seus impactos sobre as condições de vida das pessoas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O território é frequentemente mencionado como um atributo e uma diretriz das redes de atenção à saúde do SUS. Isso é positivo e evidencia a preocupação dos órgãos de planejamento com a materialização territorial das redes de atenção. As redes de saúde são necessárias porque estamos vivendo no mundo das redes e dos territórios. Mas elas se apresentam particularmente necessárias para integrar as ações do SUS, tornando-o sistêmico e encaminhando-o para o cumprimento de seus princípios. Assim, há, de um lado, uma realidade social que se apresenta e exige respostas condizentes e, de outro, uma realidade de planejamento cujas exigências, entre outras, devem ser a resolutividade e a equidade das ações.

Território e redes são dimensões intercambiáveis, dialéticas; isto foi evidenciado logo na introdução deste artigo. Mas no contexto do SUS essa questão ganha especificidades, sobretudo, porque ele deve se arranjar integradamente. Seria, inclusive, improvável tal integração sem a constituição das redes, pois, supõe-se que haja conexão, intecambiamentos de ações e serviços, co-responsabilização, entre outros. Isto ficou evidenciado no primeiro tópico tratado neste artigo.

A relação entre redes e território foi também observada na definição das redes pelo Ministério da Saúde. O escrutínio das principais definições dadas na bibliografia internacional certamente encaminharia nessa mesma direção, embora haja grande divergência de posições. Fato é que o

território, frequentemente expresso como população, está sempre se apresentando como um determinante da existência das redes de saúde. E porque é determinante, vem sendo apresentado como diretriz e atributo das redes. O terceiro ponto deste texto apresentou, a partir das diretrizes e atributos das redes dadas pelo Ministério da Saúde, a natureza determinante do território na constituição das redes de atenção à saúde.

O quarto ponto do texto fez uma incursão teórica, baseada na proposição de Eugênio Vilaça Mendes, para mostrar o território como componente das redes. Portanto, sem o qual, seria inviável seu desenho e modelagem. Isso foi importante para mostrar quão delicado é planejar e gerir os territórios do SUS. Ademais, não se trata de um território físico apenas, geométrico. Planeja-se o território planejando-se as pessoas que o produzem e o utilizam. Ou seja, o privilegiamento do território na modelagem das redes não é para atender um pragmatismo do planejamento, mas para adequar os serviços às pessoas e suas necessidades. Portanto, sua importância vai além do ato do planejamento em si, pois tem relação com a vida das pessoas.

Isso levou a encerrar este artigo com uma provocação teórico-crítica ao que se está chamando de “territorialização da saúde”, pois, acredita-se, malgrado o uso do termo, é uma prática de planejamento que secundariza o território. Ou, pelo menos, é uma prática simplificada de planejamento territorial. A territorialização cria territórios para o SUS, mas o território já está dado, já existe como totalidade. Daí a crítica posta no título desse tópico: devemos criar territórios para as redes de saúde (territorializar) ou seria mais viável adequar os serviços aos territórios? O risco da territorialização é o pragmatismo e a produção de territórios político-administrativos (burocráticos?) incondizentes com os territórios das pessoas. É o território dos serviços, talvez não o das pessoas. Em trabalhos publicados pelo autor, essa questão foi mais detidamente pensada. Mas não poderia ter sido ignorada nesse texto, afinal, como diretriz e atributo, o território vem sendo planejado no SUS através da territorialização. E é sempre importante dar sentidos aos termos e expressões, pois, não raro, eles justificam políticas e ações. Nesse caso, em particular, ou seja, no debate territorial das redes do SUS, este texto se apresentou como uma contribuição geográfica na busca desses sentidos.

## AGRADECIMENTOS

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento, e à Professora Dra Arlêude Bortolozzi, pela orientação.

## NOTAS

<sup>1</sup>A expressão intercâmbio, e seus derivados intercambiamentos, intercambiáveis, está sendo usada aqui como relação, não apenas como troca como comumente é tomada. E como relação entre duas instâncias - redes e território - é possível concebê-las integrada e dialeticamente como em M. Santos (2004).

<sup>2</sup>O Relatório Dawson foi publicado em 1920 por solicitação do governo inglês. Sua missão era organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região, integrando medicina preventiva e curativa (KUSCHNIR; CHORNY, 2012).

<sup>3</sup>Há certa confusão no uso de certas terminologias ao se definir a territorialização. O Dicionário de Educação Profissional assim a define:

[...] um processo de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações;

um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.) [...]; um caminho metodológico de aproximação e análise sucessivas da realidade para a produção social da saúde [...] (GONDIN; MONKEN, 2008, p. 397, grifo nosso).

Portanto, termos como técnica, método, instrumento (tecnologia) e metodologia, são usados numa relação sinonímica. O que é um erro, pois existem diferenças em suas aplicações. Para se evitar isso, este estudo utiliza o termo técnica ao se referir à territorialização, pois se apresenta como uma proposta de intervenção na realidade, tratando-se muito mais de uma técnica de planejamento e gestão dos serviços de saúde do SUS.

<sup>4</sup>Os Distritos Sanitários foram propostos como modelo de gestão do SUS na escala municipal. Entretanto, com a expansão da atenção primária baseada no modelo Saúde da Família, foi-se perdendo essa concepção de planejamento territorial do SUS, embora não houvesse nenhuma restrição normativa, não houve também incentivo político-administrativo.

<sup>5</sup>“Fala-se muito hoje em territorialização da saúde. Isto é um enorme equívoco. Vimos anteriormente que o território usado é algo que se impõe a tudo e a todos. Logo, falar em territorialização de uma coisa é uma tautologia, pois todas as coisas necessariamente estão “territorializadas”. Nada pode ser adjetivado com território. Ele é inerente a existência das coisas. É, portanto, errado falar em “territorialidade da saúde”, pois ela só pode significar um uso do território, este é inerente a ela. A discussão, portanto, é outra: aquela da distribuição sócio-espacial ou sócio-territorial dos serviços de interesse social, inclusive a saúde” (SOUZA, 2004, p. 70).

## REFERÊNCIAS

- BAZZOLI, G. J. et al. A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos. **Health Services Research**, Chicago, v. 33, no. 6, p. 1683-1717, 1999.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1989.
- BRASIL. Lei 8.080/90. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento com enfoque estratégico**: uma contribuição para o SUS. Brasília, DF, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 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, DF, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva - trajetória e orientações de operacionalização. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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, DF, 31 dez. 2010.

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

CARVALHO, N. M. **Os territórios da saúde e a saúde dos territórios**: discutindo o processo de territorialização em saúde a partir do caso de um serviço de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre, RS. 2003. 155f. Dissertação (Mestrado em Administração)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. Tradução: Roneide Venâncio Majer. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CLAVAL, P. Réseaux territoriaux ancrés. In: DUPUY, G. (Org.). **Réseaux territoriaux**. Caen: Paradigme, 1988. p.17-161.

CUNHA, J. P. P. da; CUNHA, R. E. da. **sistema unido de saúde**: princípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

DIAS, L. C. Redes: emergência e organização. In: CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. (Org.). **Geografia**: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. p. 141-162.

DUPUY, Gabriel. Les réseaux techniques sont-ils des réseaux territoriaux? **L'Espace Géographique**, Paris, n. 3, p. 175-184, 1987.

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, A. (Org.). **Cidades reivindicadas**: territórios da luta, das utopias e do prazer. São Paulo: Olho d'água, 2011. p. 29-47.

FARIA, R. M. de. **A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde**: perspectivas de adequação aos perfis do território urbano de Pouso Alegre-MG. 2012. 315f. Tese (Doutorado em Geografia)- Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 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 aos perfis do território. **Hygeia**: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, v. 9, n. 16, p. 131-147, 2013.

FARIA, R. M. de; BORTOLOZZI, A. Planejamento territorial dos serviços da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS): criar territórios para os serviços ou adaptar os serviços aos territórios? In: SAQUET, M. (Org.). **Estudos territoriais na ciência geográfica**. São Paulo: Outras Expressões, 2013. p. 145-164.

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: Fiocruz, 2008. p. 237-255.

GONDIN, G. M. de M.; 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.

GONDIM, G. M. de M. **Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?** 2011. 256 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Rio de Janeiro, **Ciênc Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n.5, p. 2307-2316, 2012.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 1993. t .I, II.

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, 2006. p. 39-64.

MENDES, E. V. A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário. In: MENDES, E. V. (Org.). **A vigilância à saúde no Distrito Sanitário**. Brasília, DF: OPAS: OMS, 1992. p. 7-19.

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

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre as redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2007.

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. Contexto, território e 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.; 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.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: CORBO, A. M. D'Andrea; FONSECA, A. F (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz, 2007. p. 177-224.

MOREIRA, R. Da região à rede e ao lugar: a nova realidade e o olhar geográfico sobre o mundo. **Etc, espaço, tempo e crítica**, Niterói. v. 1, n. 3, p. 56-70, 2007.

OFFNER, J. M.; PUMAIN, D. **Réseaux et territoires: significations croisées**. Paris: l'Aube, 1996.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/Brasil. **Redes integradas de servicios de salud**: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación em las Américas. Washington, DC: OPAS: OMS, 2010.

PAIM, J. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

PEREIRA; M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa Saúde da Família. **Hygeia**: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Uberlândia, v.2, n. 2, p. 47-55, 2006. Disponível em: <www.hygeia.ig.ufu.br>. Acesso em: 15 dez. 2010.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

ROBINSON, J. C.; CASALINO, L. P. Vertical integration na organizational networks in health care. **Health Affairs**, Millwood, v. 15, no. 1, p. 7-22, 1996.

SACK, R. D. **Human territoriality**: its theory and history. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SANTOS, L. O que são redes? In: SILVA, S. F. da (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS**: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA: Conassem, 2008. p. 29-34.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. de. A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. In: SILVA, S. F. da (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS**: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA: Conassem, 2008. p. 23-28.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2004.

SILVA, F. da; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S. F. da (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS**: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA: Conassem, 2008. p. 69-85.

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, SP: IPES Editorial, 2004. p. 57-77.

SOUZA, M. J. L. **Mudar a cidade**: uma introdução crítica ao planejamento e à gestão urbanos. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

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

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

UNGLERT, C. V. de S. **Territorialização em saúde**: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente. 1995. Tese (Livre Docência)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

VÁSQUEZ, M. M. H. et al. Una red para promover sistemas de salud basados en la atención primaria de salud en la Región de las Américas. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, DC, v. 21, n. 5, p. 261-273, 2007.

**Data de submissão:** 07.05.2013

**Data de aceite:** 06.06.2014

License information: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.