

Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise

Regionalization of health in Brazil: an analytical perspective

Ligia Schiavon Duarte

Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde. São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: ligiaduarte@isaude.sp.gov.br

Umberto Catarino Pessoto

Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde. São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: umberto@isaude.sp.gov.br

Raul Borges Guimarães

Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Tecnologia. Departamento de Geografia. Presidente Prudente, SP, Brasil.
E-mail: raul@fct.unesp.br

Luiza Sterman Heimann

Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde. São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: luizash@isaude.sp.gov.br

José da Rocha Carvalheiro

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Departamento de Medicina Social. Ribeirão Preto, SP, Brasil.
Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde. São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: jrcarval@usp.br

Carlos Tato Cortizo

Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde. São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: tato@isaude.sp.gov.br

Eduardo Augusto Werneck Ribeiro

Instituto Federal Catarinense. São Francisco do Sul, SC, Brasil.
E-mail: eduardo.werneck@saofrancisco.ifc.edu.br

Resumo

Este artigo visa a contribuir com o debate sobre a política de regionalização do SUS e a constituição das regiões de saúde no Brasil. Compreendê-las pressupõe reconhecer a dicotomia entre saúde coletiva e saúde individual - que marca a história da saúde pública brasileira - e identificar as diferentes racionalidades que conduzem esse processo. Tais racionalidades permitem não apenas considerar o legado da municipalização no atual processo de regionalização, como também estabelecer nexos entre dois campos do conhecimento fundamentais para o debate, a epidemiologia e a geografia. A epidemiologia clínica, ao privilegiar a saúde individual, fundamenta um modelo assistencial que prioriza a otimização de recursos. O reconhecimento da saúde no seu conceito ampliado, na epidemiologia social, fundamenta um modelo de atenção voltado para os determinantes sociais. Com a geografia, podem-se formular regiões funcionais, baseadas na teoria de Christaller, ou regiões *lablachianas*, que reconhecem a estrutura social loco/regional, possibilitando a intervenção nos determinantes ou condicionantes da maneira de adoecer e morrer das populações.

Palavras-chave: Regionalização na Saúde; Regiões de Saúde; Municipalização na Saúde; Sistema Único de Saúde.

Correspondência

Ligia Duarte
Rua Santo Antônio, 590.
São Paulo, SP, Brasil. CEP 01314-000.

Abstract

This article aims to contribute to the debate on the SUS regionalization policy and the establishment of health regions in Brazil. Understanding them require to recognize the dichotomy between public health and individual health - which marks the history of Brazilian public health - and identify the different rationalities that lead this process. Such rationalities allow not only to consider the legacy of municipalization in the current regionalization process, as well as to establish links between the two fields of fundamental knowledge to the debate, epidemiology and geography. Clinical epidemiology, privileging individual health, gives basis to a healthcare model that prioritizes the optimization of resources. The recognition of health in its broader concept, in the social epidemiology, bases an attention model aimed at social determinants. With geography, functional regions can be formulated, based on Christaller's theory, or *lablachianas* regions which recognize the social loco / regional structure, allowing intervention in determining or conditioning the way of illness and death of populations.

Keywords: Regionalization in Health; Health Regions; Municipalization in Health; Brazilian National Health System.

Um pouco da história da saúde no Brasil

A história da saúde pública brasileira é marcada pela dicotomia entre saúde coletiva e saúde individual (Luz, 1978; Braga; Paula, 1986). Tal dicotomia possibilita evidenciar diferentes racionalidades na construção das políticas de saúde, ora privilegiando o uso racional dos recursos disponíveis, que tem como objeto principal a organização da oferta de ações e serviços de saúde, ora tendo como finalidade a transformação das condições de vida da população por meio de intervenções que vão além da oferta e acesso às ações e serviços de saúde. Essas racionalidades se fazem presentes ora de forma complementar, ora concorrente, apresentando preponderâncias que podem, ou não, alterar-se ao longo do tempo. Apreendê-las, na saúde pública, exige a compreensão do momento histórico e a identificação dos atores que conduzem o processo de construção da política.

No Brasil, como já havia ocorrido nos países industrializados, a saúde pública cumpriu função chave no processo de modernização social. Além de conter as epidemias, também cabia às ações de saúde garantir a produtividade do trabalho e a ordem social (Luz, 1978; Braga; Paula, 1986; Carvalheiro; Marques; Mota, 2013). Dessa forma, a política de saúde brasileira vai sendo formulada em sintonia com a lógica de estruturação do capitalismo no território nacional.

Coerente com o processo de modernização do país, Braga e Paula (1986) apontam o caráter "restrito" da política de saúde, que ocorreu sem a indução de movimentos populares transformadores, mas na acomodação social às novas formas de produção (Luz, 1978; Braga; Paula, 1986). As ações de saúde pública organizadas no período levaram a intervenções de saúde pontuais e fragmentadas - socialmente, setorialmente e territorialmente - não se configurando em um projeto de integração nacional.

Além da fragmentação social e espacial, vale ressaltar que um grande conjunto de ações concernentes à saúde da população foi formulado e executado em diferentes instâncias governamentais, algumas vezes sob a influência de organismos internacionais. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), fundado em 1942, foi criado a partir de acordo entre os gover-

nos dos Estados Unidos e do Brasil. Os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), vinculados aos sindicatos, sofriam grande influência dos interesses específicos das categorias profissionais. Além disso, diferentes ministérios exerciam ações de saúde pública “complementares ou coincidentes” conforme apontam Singer, Campos e Oliveira (1978).

Nesse processo de comando desintegrado e resultados sociais e territoriais heterogêneos, a política de saúde nacional organizou-se a partir de dois subsetores: o de saúde pública, baseado principalmente no modelo sanitarista-campanhista, e o da assistência médica, calcado no modelo assistencial-privativista (Carvalho; Marques; Mota, 2013). Apesar da coexistência entre eles ao longo do tempo, é possível afirmar que esse último, na perspectiva da medicina previdenciária, se amplia a partir da década de 1950, junto com a mudança do padrão de industrialização brasileiro, e passa a se constituir em um requerimento efetivo para o processo de trabalho.

O modelo de atenção que se desenvolveu nesse contexto tem como objeto de intervenção o indivíduo, fortemente calcado no modelo flexneriano de formação e atenção médica especializada (Pessoto, 2010). Faz mister ressaltar que, mesmo no contexto de expansão do paradigma flexneriano, é possível identificar nesse período diversas iniciativas, em diferentes países, que preconizavam as teorias preventivistas, conformando “um movimento de articulação das abordagens interdisciplinares no campo médico e de saúde ao tratar do processo saúde-doença” (Carvalho; Marques; Mota, 2013, p. 10). Na América Latina esse movimento se expressa no chamado “sanitarismo desenvolvimentista”, da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), que fortalece o discurso preventivista no Brasil (Carvalho; Marques; Mota, 2013).

Apesar do fortalecimento do discurso preventivista nesse período, o modelo que se consolida é o da medicina previdenciária que, por ser fortemente calcada na assistência médica e no uso de tecnologia, acaba gerando a ampliação do gasto público e estimula a estruturação de uma avançada organização capitalista do setor (Braga; Paula, 1986), sem, no entanto, produzir a melhora da condição de saúde da população (Singer; Campos; Oliveira, 1978).

A despeito da contradição que se verifica entre o aumento dos gastos públicos, resultante da pressão do recém-estruturado setor médico, e a piora da condição de saúde da população, a reforma na saúde, efetivada em 1968 com o “Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde”, aprofunda o modelo baseado na medicina previdenciária e explícita, pela primeira vez, a dicotomia entre saúde coletiva e individual (Singer; Campos; Oliveira, 1978; Luz, 1978).

Mesmo reconhecendo a existência de iniciativas regionais de desenvolvimento de ações calcadas mais fortemente no modelo preventivista, como aquelas realizadas por Walter Leser na Secretaria da Saúde Pública e Assistência Social do Estado de São Paulo (Carvalho; Marques; Mota, 2013), o que se observa é o fortalecimento do modelo assistencialista-privatista, com a reorganização do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).

Além de todos os fatores críticos na Política Nacional de Saúde desse período, a década de 1980 começa marcada pela crise mundial gerada pelas novas lógicas do movimento do capital que impõem à acumulação de capital produtivo uma dinâmica orientada para a valorização por meio do capital fictício e que se evidencia principalmente a partir do final dos anos 1970 (Chesnay apud Mendes, 2012). Mesmo não sendo objeto do artigo em tela, vale ressaltar que tal mudança atravessa o financiamento público das políticas sociais por comprometer a capacidade do Estado em se apropriar do excedente gerado na produção e por drenar os recursos públicos via dívida pública (Mendes, 2012). O cenário econômico brasileiro do período resultou em uma década de superinflação, como resultado da não consolidação de forças produtivas endógenas capazes de se contrapor à expropriação imposta pelo crescente capitalismo financeiro nacional e, principalmente, internacional (Tavares, 2012).

É nesse contexto de arrocho salarial, desemprego, agravamento das desigualdades sociais e transição do regime militar para a Nova República, que marcam a primeira metade da década de 1980, que são gestadas as bases do Sistema Único de Saúde (SUS). A mobilização social se amplia conforme

as bases políticas do antigo regime enfraquecem e o movimento sanitário¹ ganha força na crítica ao modelo de assistência à saúde até então vigente. No debate da construção da política de saúde, emergem as diferentes dimensões da vida social - alimentação, habitação, educação, renda, trabalho, acesso à terra, além do acesso a serviços de saúde. A saúde passa a ser considerada como resultado da forma de produção social e não apenas como o estado de ausência da doença. Assim, as questões sociais e a construção democrática da política abrem espaço para a valorização da saúde coletiva.

A formulação de diferentes planos e programas que objetivavam o uso racional dos recursos disponíveis gerou a necessidade do fortalecimento do papel dos estados e municípios de forma a possibilitar o uso dos recursos públicos ociosos e a ampliação do atendimento a toda a população, independente do vínculo previdenciário. Ao mesmo tempo em que ocorria o fortalecimento do papel do Estado como condutor do sistema de saúde nacional, o embate entre os diferentes atores que atuavam na esfera da saúde pública e da medicina privada foi estruturando uma “forma de convívio harmonioso e eficiente” entre o setor público e o privado (Escorel, 2008).

Assim, a busca da racionalidade no uso dos recursos existentes respondia às demandas sociais ao mesmo tempo em que continuava oferecendo um espaço de valorização do capital no setor de saúde. Carvalheiro, Marques e Mota (2013) afirmam que as mudanças no setor de saúde são marcadas por duas propostas políticas, uma ligada aos movimentos democráticos e a outra, conservadora, que propunha o ajuste do modelo privado:

A reforma constitucional de 1988 incorporou conceitos, princípios e diretrizes no setor que se tornou uma mistura das duas propostas: a Reforma Sanitária e a do projeto neoliberal (Carvalheiro; Marques; Mota, 2013, p. 14).

É nesse processo, de forma lenta e irregular, que ganha força a responsabilização do poder público

como condutor das ações de saúde, a partir de propostas baseadas no perfil epidemiológico, da regionalização e hierarquização dos serviços públicos e privados, da valorização das atividades básicas, da garantia de referência e contrarreferência e da descentralização do processo de planejamento e administração (Escorel, 2008).

Estas diretrizes foram construídas à luz da dicotomia entre saúde coletiva e individual, que dá sinais de continuidade, definida pela racionalidade no uso dos recursos existentes e do conceito ampliado de saúde.

A regionalização como legado da municipalização

O ideário da nova proposta para o setor de saúde nacional, refletido nos princípios doutrinários da universalização, da integralidade, da equidade e da participação social, tem na diretriz da descentralização o alicerce necessário para superar a fragmentação social, territorial e de comando até então vigente. No entanto, o termo descentralização, no âmbito do SUS, carrega em seu bojo muitos significados, que podem ser interpretados, também, a partir de diferentes racionalidades. Estas, por sua vez, podem fornecer elementos para a compreensão do processo de regionalização da política de saúde que vem se efetivando por meio dos diferentes mecanismos e instrumentos normativos da implementação do SUS.

Conforme aponta Luz (2000), as propostas de descentralização e de participação civil, de uma forma geral e na saúde em particular, começaram a ser formuladas a partir da segunda metade da década de 1950. A III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, já tem como proposta a municipalização dos serviços de saúde e a promoção de técnicas de planejamento ascendentes no setor saúde (Escorel; Teixeira, 2008). Esse processo, interrompido pelo golpe militar, é retomado, inicialmente, baseado nos mesmos atores (burocracia e profissionais da área de saúde e previdência) e nos mesmos fundamentos (sanitarista e desenvolvimentista), aprofundando

¹ Movimento de profissionais da saúde - e de pessoas vinculadas ao setor - que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor da saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania (Escorel, 2008, p. 407)

a ideia de participação social ao longo do tempo (Luz, 2000).

De fato, a descentralização, no contexto da reforma sanitária, é entendida como uma estratégia de democratização e de incorporação de novos atores. Está fortemente atrelada ao movimento municipalista que tomou força a partir do processo de redemocratização do país e da Assembleia Nacional Constituinte de 1987. Os municípios são alçados ao rol de entes federados a partir da Constituição Federal de 1988 e começa um período de tensionamento entre governo central e subnacionais na disputa por funções e recursos na gestão pública, o que significou avanços e retrocessos.

O fato é que a descentralização não era um ideal apenas dos movimentos democratizantes, mas também fazia parte das recomendações dos organismos internacionais, como forma de melhorar a alocação de recursos e na criação de sistemas de *accountability* (Oliveira, 2007). Esse aspecto também é reconhecido no campo da saúde:

Os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado, ainda que fundados em bases político-ideológicas diferentes, geraram um certo consenso acerca da descentralização e favoreceram o avanço desse processo no âmbito do SUS, ainda que com contornos diferentes do projeto original da Reforma Sanitária (Levcovitz et al., 2001 apud Noronha; Lima; Machado, 2008 p. 454).

No Brasil, a descentralização apresentou taxas elevadas de adesão municipal no setor saúde (Arretche, 2011). Mesmo sem a intenção de esgotar o debate a respeito dos avanços e retrocessos do processo de descentralização nos moldes municipalistas no setor saúde, é possível listar alguns problemas evidenciados ao longo dos últimos 25 anos de implementação do SUS: a desigualdade de condições políticas, administrativas, técnicas, financeiras e de necessidades de saúde identificadas nos municípios brasileiros tornou o processo extremamente intrincado; a competição entre os entes federados, em muitos casos, não possibilitou a real autonomia municipal nem na gestão dos equipamentos existentes nos seus limites territoriais nem nos recursos financeiros disponibilizados; a

falta de cultura participativa da sociedade que não transformou os conselhos de saúde municipais em legítimos condutores da política de saúde local; a herança deixada pela medicina previdenciária, cujos atores continuaram a influenciar a lógica de organização do sistema.

Ainda assim, os progressos alcançados no sentido de se efetivar a descentralização da política de saúde são, reconhecidamente, responsáveis pela ampliação do acesso da população aos serviços, principalmente da Atenção Básica, e pelas melhoras consideráveis nos indicadores de saúde nacionais. Segundo Paim et al. (2011), a descentralização do sistema possibilitou a melhora no acesso à atenção básica, com ênfase na Estratégia Saúde da Família, resultando em efeitos positivos na cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal, na redução da mortalidade infantil pós-neonatal e nas internações desnecessárias. Vasconcelo e Pasche (2006) ressaltam ainda a atuação dos agentes comunitários e os ganhos proporcionados pela adequação das ações às necessidades da população local, bem como a capacitação de grande contingente de profissionais de atuação municipal habilitados a manejar os instrumentos do SUS.

Mesmo considerando as dificuldades na mensuração exata das melhoras decorrentes das ações e serviços de saúde da gestão descentralizada, é certo que tal processo representou avanços na formulação das políticas públicas de saúde quando agregou grande número de diferentes atores distribuídos por todo o território nacional, sendo parte deles ligada à esfera municipal.

A despeito dos avanços proporcionados pela descentralização da política de saúde, não é consenso entre os diferentes autores a adequação desse processo para a continuidade da implementação de um sistema de saúde universal. Para atender aos princípios da equidade e da integralidade, o sistema de saúde deve ser organizado em redes regionalizadas que garantam a eficiência e escala necessária na oferta de alguns bens e serviços (Andrade, 2002; Kuschmir; Chorny, 2010). No entanto, é amplamente reconhecida a fragmentação do sistema de atenção à saúde que poderia ser superada pela regionalização (Silva; Mendes, 2004; Wagner, 2006; Dourado; Elias, 2011). É nessa perspectiva, baseada principalmente

na maior racionalidade no uso dos recursos, que o tema regionalização da saúde vem assumindo maior importância no debate do aprimoramento das políticas no âmbito do SUS.

As regionalizações no SUS e seus fundamentos

A dicotomia entre saúde individual e saúde coletiva, problematizada no início do artigo, também se reflete na elaboração e operacionalização do princípio da regionalização na saúde. Compreender esse processo exige o esforço de estabelecer nexos entre dois campos do conhecimento, a epidemiologia e a geografia.

Quer se observe pela perspectiva da organização dos serviços de saúde ou pela perspectiva do entendimento e da organização do espaço social que a epidemiologia tentou operar dentro do campo da saúde, os elementos teóricos e conceituais da Geografia foram mobilizados para dar sentido às formas de ordenamento que o sistema de saúde deveria assumir segundo seus protagonistas. Do plano da teoria para a prática efetiva nos órgãos públicos, a conceitualização de região ou a implementação dos processos de regionalização sofrem contaminações das correntes teóricas que informam o campo da Geografia.

Esse processo de regionalização deve ser dividido em dois momentos ou movimentos. Há o processo de regionalização dos serviços, que é a tentativa de se organizar os serviços como forma de torná-los mais eficientes e eficazes, ou seja, conseguir atingir os objetivos do SUS de universalização, integralidade e equidade com maior qualidade e ao menor custo financeiro. Há, ainda, outro processo implícito de regionalização, ou melhor, criação de regiões de saúde a partir das características epidemiológicas de determinada população vivendo em determinados espaço e tempo. Em verdade, ambos têm inspirações distintas, no caso do movimento de organização dos serviços, a inspiração é o que se pode chamar de “inspiração ibegeana” (Guimarães, 2005, p.1021). Esta é a tradição do planejamento do estado brasileiro no pós-guerra de 1945. Especificamente, o planejamento dos serviços a partir da divisão territorial em regiões funcionais ou polarizadas, conforme proposto em 1972 (Bezzi, 2004).

No caso da saúde, a regionalização, um dos princípios organizativos do SUS, somente em fins dos anos 90 e início dos anos 2000 entra na agenda como uma preocupação central dos gestores. E, como proposta pela NOAS 2001 e 2002, tem como pressuposto a formação de regiões de saúde funcionais, ou seja, tem claramente a inspiração da Teoria das Localidades Centrais de Christaller.

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de **sistemas funcionais de saúde**, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (Brasil, 2002, p. 9).

A adjetivação de regionalização funcional nos remete à matriz teórica do neopositivismo na Geografia. Segundo Haesbaert (2005):

a região é a que se vincula ao funcionalismo, vendo o espaço como um sistema de fluxos onde cada parcela ou subsistema desempenha um conjunto específico de funções. Aparecem as regiões funcionais, inspiradas também na teoria do lugar central de Christaller, onde um centro polarizador urbano estende seu raio de influência sobre um espaço regional, admitindo zonas de sobreposição com outras regiões funcionais (p. 12).

Para Bezzi (2004):

Christaller trabalha com conceitos bastante elaborados, como centralidade, região complementar e hierarquia, que compõem os alicerces de sua Teoria do Lugar Central [...] uma teoria de localização para os serviços e instituições urbanas... (p. 158).

A otimização dos recursos é uma lógica necessária ao sistema, inclusive para não se autarquizar a própria região (e não o município), pois alguns procedimentos são raros e caros não sendo razoável

que existam em todo e qualquer município, módulo e mesmo região. Mesmo porque, segundo Corrêa (2001, p. 102-103), ao estudar as redes urbanas no Brasil a partir da teoria de Christaller, as relações entre cidades e redes de cidades passaram a se realizar em diferentes direções, incluindo relações entre cidades de regiões não contíguas, fato que deriva da complexificação da divisão territorial do trabalho que ocorre desde meados do século XX. Também segundo o autor, deve-se levar em conta que a rede urbana brasileira não se encaixa em um único padrão espacial, em virtude de haver cidades criadas em diversos momentos e por razões e agentes distintos (Corrêa, 2001, p. 96-7). Porém, esse é um complicador na estruturação de uma rede regionalizada do SUS, mormente quando se tem, como referência teórica, estudos regionais de outros Estados nacionais com redes de cidades historicamente mais antigas e com menor velocidade na criação de novas cidades como ocorreu no Brasil nos últimos 30 anos.

Associe-se a esse fato o Brasil ter no seu passado colonial uma contribuição na formação das redes de cidades do tipo dendrítica. Nessa forma, a cidade primaz se situa no litoral e entre essa cidade, que concentra a maior parte dos serviços de grande escala, e o excessivo número de pequenos centros, há “uma ausência de centros intermediários intersticialmente localizados” (Corrêa, 2001, p. 44). Claramente, não podemos imaginar essa herança colonial transposta em seu modelo puro para o século XXI, porém, há que se estudar a permanência do modelo quando pensamos tanto o Brasil em sua totalidade, quanto em como se estrutura o SUS.

No contexto da **mundialização do capital**², com a ampliação e aprofundamento da divisão internacional do trabalho e o aumento exponencial da circulação, a escolha dos lugares é estratégica e resulta dos embates e das complementaridades entre as diferentes formas que assume o capital (industrial, comercial e financeiro). Transformam-se as formas e conteúdos das regiões por meio da intensificação da valorização do espaço (Santos, 1996). Os subspaços ganham cada vez mais capilaridade, fruto da combinação de diferentes vetores de verticalidade e

de horizontalidade. Em razão disso, há um ganho de espessura em cada unidade espacial, tendo em vista que o tempo de cada lugar é resultado da tensão com o tempo social global, em um jogo sincrônico (dada a simultaneidade dos eventos de diferentes lugares) e, ao mesmo tempo, diacrônico (por se tratar de um processo histórico de longa duração), conforme Silva (1991).

Quando nos referimos à capilaridade das regiões, chamamos a atenção para suas fronteiras, uma vez que as regiões de saúde estabelecidas pelo SUS apresentam limites demarcados pelas unidades jurídico-administrativas da república federativa brasileira, o que separa uma unidade da outra (Guimarães, 2006). Tradicionalmente, estabelecemos uma cadeia sinonímica entre essas duas ideias (limite e fronteira), pois a delimitação territorial do Brasil foi marcada por uma série de tratados internacionais que procuraram estabelecer os limites jurídico-administrativos do domínio português na América do Sul, levando-nos a confundir o segundo pelo primeiro. Mas a formação territorial do Brasil também é resultado do alargamento desses limites institucionais por meio da expansão de fronteiras, o que ainda é um processo em marcha, conforme nos ensina Machado (2006). Somente considerando essa dimensão histórica, podemos concluir que a ideia de fronteira revela uma realidade muito mais permeável, uma zona de contato entre unidades vizinhas, o que Santos (1996, p. 228) denomina de vetores da horizontalidade. A capilaridade também é fruto de determinações e de processos de tomada de decisão cada vez mais distantes do espaço próximo, constituindo vetores de verticalidade com força de transformar diferentes lugares conectados em rede. Isso produz uma sincronia entre os lugares com profundas implicações na mobilidade populacional, no fluxo de informações e nos padrões espaciais de morbi-mortalidade (Guimarães, 2006).

A Constituição de 1988 e as demais normalizações infraconstitucionais, quando discorrem sobre a regionalização no SUS, têm como perspectiva uma lógica que é endógena aos serviços e tem como parâmetro o fluxo dos pacientes internamente ao

2 Termo retirado de Marques e Nakatani (2009), baseado nos estudos de François Chesnais.

sistema. A regionalização só tem sentido quando pensada com a hierarquização. Porém, a direção dessa regionalização/hierarquização deveria ter dois sentidos, os chamados encaminhamentos de referência e contrarreferência. Esse processo, distinto do processo de distritalização que intervinha no âmbito populacional, tem como unidade de conduta o sujeito doente isoladamente, e, portanto, engendrará, nos trabalhadores concretos que operam o fluxo no interior do sistema e nos seus gestores, uma lógica de sistema em que, quando o paciente é curado nos níveis tecnológicos hierarquicamente superiores, ele é dado como elemento de saída, que não retorna aos níveis tecnológicos inferiores de atenção. Com raríssimas exceções o sistema funciona com a contrarreferência, o que leva a certa autonomia dos elementos constituintes do sistema, principalmente os com maior densidade tecnológica agregada.

Entretanto, outra lógica também informou e ainda informa as discussões e propostas de construção de regiões de saúde na história da formulação e implantação do SUS. Suas origens práticas nos remetem aos processos de distritalização ocorridos em fins dos anos 1980 e início dos anos 1990. Essa foi uma experiência abrangente e que procurou sistematizar os trabalhos dos sanitaristas que atuavam nos serviços de saúde em diversos cantos do país, que vinha de encontro com a denominada proposta dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Esta proposta, que buscava contrapor-se aos ditames do Banco Mundial de ajuste estrutural de gastos do Estado, passa a recomendar o planejamento em saúde baseado em ações que não se restringissem somente ao setor específico dos serviços de saúde, mas que considerasse as condições sociais da saúde. Os SILOS são formulados como estratégia de organização dos serviços de saúde que possibilitassem responder às necessidades de saúde (Pessoto, 2001). Em relação ao SILOS, Pessoto (2001) escreve:

Nessa nova forma de organização dos serviços seria possível integrar todos os serviços e ações dispersas que, via de regra, superpunham-se umas às outras, duplicando intervenções e elevando os custos gerais do setor saúde. A ênfase no planejamento e no desenvolvimento dos recursos humanos, na sua

vertente gerencial, seria uma forma de viabilizar e potencializar a articulação intersetorial no território delimitado pelos SILOS, aumentando-se assim a eficiência e eficácia das intervenções (Pessoto, 2001, p. 65).

A construção dos distritos de saúde ou SILOS comportava várias oficinas, uma das quais era a de territorialização, que consistia no reconhecimento do território do entorno dos serviços de saúde pelos técnicos desses mesmos serviços. Eram feitos os levantamentos de barreiras geográficas, dos serviços de transportes, do comércio, das habitações em áreas de risco, dos outros equipamentos e serviços públicos. Também era feito levantamento, em prontuário, do local de moradia do usuário para verificar a área de “influência” do serviço. Todos esses procedimentos e suas informações derivadas eram condensados nas oficinas de informações, que iriam subsidiar a negociação com os outros serviços na delimitação da área de abrangência e, por final, no distrito de saúde, que abarcava várias unidades de saúde.

Essas tentativas de organização dos serviços, como pensadas pelos sanitaristas que trabalhavam nas unidades, principalmente, dos grandes centros urbanos, sofreram influência indireta de La Blache. O autor, no Brasil, que informou essas tentativas foi Milton Santos, principalmente na discussão acerca da região ou do distrito de saúde, identificando o lugar com a região. Embora sua formulação mais fundamentada seja de 1996, ela já estava presente anteriormente, mesmo que de forma embrionária no livro *Metamorfoses do espaço habitado*, de 1988.

Vejam como é pensada a relação entre lugar e região, por Santos, em 1996:

Tanto a região quanto o lugar são subespaços subordinados às mesmas leis gerais de evolução, onde o tempo empiricizado entra em condição de possibilidade e a entidade geográfica preexistente entra como condição de oportunidade. [...] A distinção entre lugar e região passa a ser menos relevante do que antes [...]. Na realidade, a região pode ser considerada como um lugar, desde que a regra da unidade e da continuidade do acontecer histórico se verifique. E os lugares - veja-se o exemplo das cidades grandes - também podem ser regiões (Santos, 1996, p. 132)

Em primeiro lugar, o que chama a atenção nessa abordagem de Milton Santos é a impossibilidade de pensar a região ou o lugar sem o tempo. A articulação destas duas dimensões humanas, do ponto de vista geográfico, exige a empiricização do tempo, uma vez que o espaço de análise do geógrafo é o espaço empírico. Desta forma, mantém-se a coerência metodológica de associação do espaço e tempo sob um mesmo ponto de vista (Santos, 1985, p. 57).

Por sua vez, o elemento de ligação entre espaço e tempo é o objeto técnico (um equipamento de saúde, por exemplo), que guarda em si a memória de um fazer estabelecido num dado lugar e época. Assim, “as técnicas são um conjunto de meios instrumentais e sociais, com os quais o homem realiza sua vida, produz e, ao mesmo tempo, cria espaço”, segundo Santos (1996, p. 25). Como diz este autor:

a relação que se deve buscar, entre o espaço e o fenômeno técnico, é abrangente de todas as manifestações da técnica, incluídas as técnicas da própria ação [...] e como o objeto técnico define ao mesmo tempo os atores e um espaço (Santos, 1996, p. 31).

A técnica não é a adaptação do sujeito ao meio, mas o contrário, a adaptação do meio aos seres humanos, uma vez que eles são os únicos portadores de projetos e capazes de executá-los (Ortega; Gasset, 1963). Logo, o meio, por si só, não existe, ele é meio de algo ou alguém. Trata-se de um espaço relacional, inseparável das experiências intersubjetivas, e que avança juntamente com elas. Pensando sob este ponto de vista, todas as relações que se dão entre os seres humanos e o meio são técnicas, e daí deriva a maneira como objetos e ações estão configurados em cada lugar.

Quando um objeto técnico é instalado num determinado lugar, as normas estabelecidas em lugares mais distantes se impõem, seja nos procedimentos técnicos a serem adotados com os equipamentos, assim como nas relações de trabalho que envolvem o seu uso (Santos, 1996, p. 182). É por isto que a norma é um dos fundamentos principais da ordem sistêmica. São os procedimentos organizacionais (como a regionalização da saúde pelos gestores do SUS) e os objetos técnicos instalados nos diferentes lugares (serviços de saúde com diferentes níveis

de complexidade, por exemplo) que normatizam o território e, portanto, a vida das pessoas.

Estas características da produção do espaço social já nos trariam muitos desafios teóricos para compreender o lugar do espaço no processo de regionalização. O trabalho realizado em cada lugar é cada vez mais fragmentado e faz parte de circuitos integrados a um mesmo sistema, que somente funciona pela regulação das atividades e unificação organizacional dos comandos. As inovações tecnológicas dos transportes e das telecomunicações permitem estas articulações (Silveira, 2008). Por sua vez, o poder de comando encontra-se cada vez mais centralizado em instâncias superiores e distantes, verificando-se uma assimetria nas relações entre os atores sociais, localizados e articulados em níveis escalares diversos. Em um nível mais amplo, quer seja do Estado-nação ou mesmo do sistema mundial, tem-se o lugar do comando, que é a escala das forças que definem as normas. No nível local ou regional, tem-se o lugar da realização do fenômeno (Santos, 1996, p. 121).

A ideia da implantação dos distritos sanitários seguindo o modelo dos sistemas locais de saúde (SILOS), como proposto pela OPAS, se aproxima da concepção de região lablachiana/miltoniana: a delimitação do distrito, principalmente nas regiões metropolitanas, compreendia um movimento de reconhecimento da “área de abrangência” e de atuação dos serviços e do sistema que deveria se ater aos aspectos físicos e naturais do “entorno”, às facilidades ou dificuldades de circulação das pessoas, às características sociais e econômicas das populações residentes. O processo de trabalho cunhado como territorialização, em verdade, segue a lógica do reconhecimento do espaço na perspectiva da construção de uma região de saúde distinta das demais e, portanto, ensejando políticas de intervenção específicas e singulares, para além das políticas gerais do município, estado ou união.

Obviamente que aqui se projeta a discussão em termos de lógica construtiva, não necessariamente como definição clássica de uma região lablachiana, em que se insere o problema da escala mínima para se afigurar uma área de distinção entre porções do espaço físico ou paisagem.

Em verdade, essa lógica de distritalização, que

estamos entendendo aqui como uma variante da lógica da regionalização lablachiana, em razão de ser atualizada no tempo do moderno capitalismo industrial e de proeminência urbana, atualiza um aspecto pouco acentuado na construção da região pelo teórico francês. Como afirma Lencioni (2003):

Afirmando a unidade dos aspectos físicos e humanos por meio do estudo regional, Vidal de La Blache incorpora à Geografia o conceito de gênero de vida, que se define como o resultado das influências físicas, históricas e sociais, presentes na relação do homem com o meio. (Lencioni, 2003, p. 103)

Ainda segundo a autora, apesar de não ser central na sua teoria, o conceito passou a ser corrente a partir dos anos 90 do século XIX, mas era mais utilizado no estudo das sociedades primitivas, o que se levou a ressaltar “o viés ecológico, que sublinha como o homem tira partido do meio” (Lencioni, 2003, p. 104). Porém, a atualização no tempo torna mais pertinente o segundo aspecto do conceito de gênero de vida, “aquele que considera as relações que os homens tecem entre si. Esse último aspecto foi, relativamente, negligenciado” (Lencioni, 2003, p. 103).

A ideia central seria, a partir dessa síntese de inter-relações - própria da criação da região geográfica -, criar a região de saúde com a perspectiva prática do que se denomina hoje de vigilância à saúde, isto é, o entendimento dos processos de adoecimento e morte das populações adstritas a determinados sistemas ou subsistemas de saúde, e que seria responsabilidade desses mesmos serviços ou (sub)sistemas a intervenção nos determinantes ou condicionantes da maneira de adoecer e morrer dessas populações.

Estamos diante de um problema concreto de organização das regiões de saúde. Duas formas de pensamento (planejamento dos serviços ou epidemiologia) ou de foco no objeto (os serviços e o fluxo interno dos pacientes; e o movimento extramuros dos agentes de saúde tentando reconhecer o entorno e a área de abrangência de sua responsabilidade) possibilitando a criação de duas regiões distintas com lógicas distintas. Esse é um desafio que a Geografia impõe ao setor saúde. Mesmo porque, como lembra Côrrea (2001), “no Brasil não se verifica

uma estabilidade regional longamente enraizada, porque a criação, o desfazer e refazer das regiões se processam com enorme rapidez” (p. 193).

Enfim, o que importa não é a extensão do espaço regional, mas não perder de vista sua função no planejamento territorial e seu sentido histórico. Uma forma de discutir isso seria por meio do uso e apropriação do território por inúmeros agentes sociais (Monken; Barcelos, 2007; Monken et al., 2008).

Como esses problemas envolvem atores políticos definidos, que são notadamente agentes públicos e estatais, são problemas de ordem de “geopolítica interna” e não se restringem ao Brasil (Costa, 2008, p. 322). O problema da descentralização e da regionalização, segundo o autor, é um tema, como poucos, nitidamente interdisciplinar. E sua essência é a distribuição do poder político no “âmbito das formações territoriais-nacionais” (Costa, 2008, p. 323). Porém essa distribuição assume configurações distintas conforme o país que se observa. Nos Estados Unidos da América, os estudos sobre o federalismo se centram na possibilidade da perda de autonomia dos poderes locais, enquanto na França o nó da questão está na quebra do centralismo do Estado em detrimento dos departamentos e comunas (Costa, 2008, p. 322-323). No Brasil, o problema é a dialética da relação entre as três esferas. Não se questiona a necessidade de descentralização e de desconcentração do poder da União para as unidades federadas, o que se procura é equilibrar as forças entre as esferas, sem que o que foi conquistado pela esfera municipal seja perdido em nome de uma racionalidade econômica e política de mercado, o custo ótimo dos serviços, como querem os economistas e os governos estaduais.

Não é um problema simples, como lembra Castro (1997), “a expansão do Estado brasileiro na década dos 70 resultou na expansão da sua malha institucional e também na dificuldade de articulá-la eficientemente”. A expansão ocorreu em todas as escalas administrativas, federais, estaduais e municipais. Esse fato deve ser visto em suas dificuldades sob dois pontos de vista: a “dimensão territorial da ação estatal”, que dificulta a coordenação das ações dos governos por “suposição de áreas de influência”; e as próprias áreas de influência de cada escala territorial. Esses dois pontos de vista supõem a “definição

de competências e limites das escalas territoriais” de cada esfera de governo. No entanto, a escala regional seria “mais um nível de gestão de recursos do que propriamente de decisão”. (Castro, 1997, p. 39). Esse é um problema central que a saúde coletiva procura resolver através do Pacto pela Gestão, um dos componentes do Pacto pela Saúde (além do Pacto Pela Vida e do Pacto em Defesa do SUS), assinado pelos governos federal, estaduais e municipais a partir de 2006 (Brasil, 2006), e que engendrou uma forma colegiada de resolução de problemas no plano regional, o que se configurou como avanço real em relação às Normas Operacionais de Assistência à Saúde de 2001 e 2002. De que maneira estão se estabelecendo as solidariedades territoriais é um bom campo de estudos para a Geografia política brasileira. É um processo em curso.

Não é demais lembrar que a complexidade deste processo conduz a propostas diversas de regionalização entre diversos países e entre diversos setores econômicos, num mesmo país. A “crise hídrica” atual, presente em algumas regiões no Brasil, exige a definição política de instâncias gestoras regionais provisórias de diversos matizes: entre estados da Região Sudeste com o Governo Federal; entre municípios da Região Metropolitana com o Governo de São Paulo. O exemplo mais lembrado da contradição entre uma racionalidade solidária e outra mercantil na saúde foi o da banalização da generosa proposta política da OMS de implantar Atenção Primária em Saúde (APS) como estratégia para atingir a Saúde Para Todos (SPT/2000). Num primeiro momento a meta seria global, para todo o mundo. O indicador primordial de sucesso, número de países que aderiam politicamente à proposta, mostrou que a meta dificilmente seria atingida. Definiram-se novas ações de saúde pública, enfatizando a parceria (ou mix) público/privado e a regionalização como novas maneiras de ver a APS. Medir o sucesso (relativo) da proposta SPT transferiu-se para o nível de distrito, e este tinha uma definição operacional: “distrito é instância administrativa com alguma forma de governo local que assume responsabilidades delegadas pelo governo central; é considerado o ponto de interseção gerencial entre o planejamento vindo-de-cima (top/down) e a participação comunitária vinda-de-baixo (bottom-up)” (WHO, 1993).

O decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990, dá ênfase à implantação das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), como estratégia para ordenar os diferentes níveis de atenção – básica, média e alta complexidade –, sobreposta às regiões de saúde regulamentadas pelo Pacto de Gestão, cuja perspectiva era fortalecer o poder e a articulação entre os entes federados em territórios delimitados a partir da dinâmica social loco/regional e suas necessidades de saúde. Inúmeros mecanismos e instrumentos foram criados para a implantação dessa regionalização, tais como o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), os Colegiados de Gestão Regional (CGR), os Comitês Gestores das Redes de Atenção à Saúde (CGRedes), os Grupos condutores, o Apoio Matricial, etc. Essas iniciativas recentes na formulação da política, que tratam conjuntamente de redes assistenciais e da dinâmica social dos lugares para o reconhecimento de necessidades de saúde, evidenciam as diferentes racionalidades dadas pela saúde coletiva e pela saúde individual. Cabe investigar a forma de convívio entre essas racionalidades, suas complementaridades, sobreposições e, principalmente, sujeições.

Considerações finais

A despeito da importância da contribuição que as diferentes racionalidades que conduzem esse processo têm, faz mister ressaltar a subordinação da saúde individual frente à saúde coletiva para a construção de uma política que busque a saúde no seu conceito ampliado. Em outras palavras, é a transformação social o objeto da política e a racionalidade do modelo assistencial que busca legitimamente o uso eficaz e eficiente dos recursos, que deve ser orientada pelos princípios doutrinários da universalização, da integralidade, da equidade e da participação social.

Como a regionalização é um processo em curso, cabe-nos perguntar qual racionalidade prevalecerá? Será a afirmação dos princípios doutrinários e organizativos do SUS, que apontam para a construção de um estado de bem-estar social em que a saúde é considerada como um direito humano e constitucional? Ou o favorecimento da racionalidade da saúde como mercadoria, mantendo a dicotomia entre saúde coletiva e saúde individual?

A epidemiologia e a geografia são dois campos do conhecimento que permitem identificar diferentes racionalidades na formulação e implementação de políticas públicas. Também permitem o diálogo da saúde pública com as demais políticas setoriais de forma a promover a integração do planejamento no território.

Não se pode pensar a regionalização da política sem estabelecer os nexos entre as condições de vida e a saúde. Em outras palavras, não se pode pensar a saúde, no seu conceito ampliado, sem considerar os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Referências

- ANDRADE, M. V. Políticas estaduais na área de saúde. In: _____. *Minas Gerais do século XXI: investindo em políticas sociais*. Belo Horizonte: BDMG, 2002. v. VIII.
- ARRETCHE, M. T. da S. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2011.
- BEZZI, M. L. *Região: uma (re)visão historiográfica: da gênese aos novos paradigmas*. Santa Maria: UFSM, 2004.
- BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar*. 2. ed. Brasília, DF, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. 2. ed. Brasília, DF, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos.)
- CARVALHEIRO, J. da R.; MARQUES, M. C. C.; MOTA, A. A construção da saúde pública no Brasil no século XX e início do século XXI. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G.; RIBEIRO, H. *Saúde pública: bases conceituais*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2013.
- CASTRO, I. E. Solidariedade territorial e representação: novas questões para o pacto federativo nacional. *Revista Território*, v. 1, n. 2, p. 33-42, 1997.
- CORRÊA, R. L. *Trajetórias geográficas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- COSTA, W. M. *Geografia política e geopolítica: discursos sobre o território e o poder*. São Paulo: Edusp, 2008.
- DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.
- SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 323-364.
- SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 279-322.
- GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, 2005.
- GUIMARÃES, R. B. Saúde pública na América Latina: questões de geografia política. In: LEMOS, A. I. G.; SILVEIRA, M. L.; ARROYO, M. (Org.). *Questões territoriais na América Latina*. Buenos Aires: CLACSO; São Paulo: USP, 2006. p. 249-260.
- HAESBAERT, R. Morte e vida da região: antigos paradigmas e novas perspectivas da geografia regional. In: SPÓSITO, E. S. (Org.). *Produção do espaço e redefinições regionais: a construção de uma temática*. Presidente Prudente: UNESP: GASPERR, 2005. p. 9-33.

- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.
- LENCIONI, S. *Região e geografia*. 1. ed. São Paulo: Edusp, 2003.
- LUZ, T. M. A saúde e as instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e medicina no Brasil: contribuições para um debate*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. p. 157-174.
- LUZ, T. M. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 293-312, 2000.
- MACHADO, L. O. (Org.). *Desenvolvimento regional para a faixa de fronteira: projeto desenvolvido a pedido do Ministério da Integração*. Rio de Janeiro: UFRJ: RETIS, 2006.
- MARQUES, R. M.; NAKATANI, P. A finança capitalista: a contribuição de François Chesnais para a compreensão do capitalismo contemporâneo. *Revista Economia Ensaios*, Uberlândia, v. 24, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/revistaeconomiaensaios/article/view/3650>>. Acesso em: 04 fev. 2015.
- MENDES, A. N. *Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeiro*. São Paulo: Hucitec, 2012.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F. (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: BARCELLOS, C. (Org.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde: SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 365-394.
- OLIVEIRA, V. E. *O municipalismo brasileiro e a provisão local de políticas sociais: o caso dos serviços de saúde nos municípios paulistas*. 2007. Tese (doutorado em Ciência Política)-Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.
- ORTEGA, J.; GASSET, J. S. P. A. O. *Meditação da técnica*. Rio de Janeiro: Livro Ibero-Americano, 1963.
- PAIM, J. et al. *The Brazilian health system: history, advances and challenges*. London: Lancet, 2011.
- PESSOTO, U. C. *As políticas de saúde para América Latina e Caribe da Organização Pan-Americana da Saúde e do Banco Mundial: uma análise dos documentos e seus discursos*. 2001. Dissertação (Mestrado em Integração da América Latina) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- PESSOTO, U. C. *A regionalização do Sistema Único de Saúde - SUS no fim dos anos 1990: um discurso conservador*. 2010. Tese (doutorado em Geografia) - Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2010.
- SANTOS, M. *Espaço e método*. São Paulo: Nobel, 1985.
- SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo: razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- SILVA, A. C. *Geografia e lugar social*. São Paulo: Contexto; 1991.
- SILVA, M. V. C. P.; MENDES, E. V. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.
- SILVEIRA, M. L. Globalización y territorio usado: imperativos y solidaridades. *Cuadernos del Cendes*, Caracas, v. 25, n. 69, p. 2-19, 2008.
- SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- TAVARES, M. C. Império, território e dinheiro. In: FIORI, J. L. (Org.). *Estado e moedas no desenvolvimento das nações*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

WAGNER, G. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-442.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Expert committee on information support for new public health action at district level: background document*. Geneva, 1993.

Contribuição dos autores

Duarte, Pessoto e Heimann foram responsáveis pela concepção da ideia original. Duarte coordenou a elaboração do artigo. Todos os autores participaram da redação e revisão do texto.

Recebido: 09/02/2015

Aprovado: 13/03/2015