

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL

EDIALY CANCIAN TETEMANN

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, TERRITORIALIZAÇÃO E UNIVERSALIDADE  
NO SUS**

VITÓRIA

2016

EDIALY CANCIAN TETEMANN

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, TERRITORIALIZAÇÃO E UNIVERSALIDADE  
NO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Moreira Trugilho

VITÓRIA

2016

Dados internacionais de Catalogação -na- Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

T347e Tetemann, Edialy Cancian, 1984-  
Estratégia saúde da família, territorialização e universalidade  
no SUS. / Edialy Cancian Tetemann. - 2016.  
89 f.

Orientadora: Silvia Moreira Trugilho.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e  
Desenvolvimento Local) – Escola Superior de Ciências da Santa  
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Territorialização. 2. Universalização. 3. Estratégia saúde da  
família. I. Trugilho, Silvia Moreira. II. Escola Superior de Ciências  
da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDU: 614.253.89

---

EDIALY CANCIAN TETEMANN

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, TERRITORIALIZAÇÃO E UNIVERSALIDADE  
NO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Vitória 30 de março de 2016

BANCA EXAMINADORA

---

Profª Drª Silvia Moreira Trugilho  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória - EMESCAM  
Orientadora

---

Profª Drª Maristela Dalbello de Araujo  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM

---

Prof Dr Renato Almeida de Andrade  
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

A Joao Frederico (In Memoriam), que  
tão cedo se foi, mas se tornou o  
meu maior exemplo de força e fé.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por sua graça e sua imensa bondade em me permitir chegar até aqui. Pela força e pela proteção durante esses anos, por estar sempre ao meu lado e não ter me deixado desistir.

A meus pais Alaide e Edineia pelo apoio e por ter sonhado meus sonhos e me ajudado a realizá-los. Meu eterno agradecimento.

Às minhas irmãs Edilayla e Edyara pela ajuda e aos cunhados Jovani e João Bosco pelo apoio. Obrigada

A minha família Edirlei pela paciência, e meu filho Leonardo por ter entendido minha ausência e por permitir realizar meus sonhos e também pela companhia nas idas e vindas.

Aos meus queridos amigos Marcelo Anacleto e Tatiana sempre ao meu lado. Obrigada pela torcida e pela amizade.

Aos meus colegas de trabalho pelo incentivo.

Às minhas amigas do mestrado Ludmila e Flavia pela companhia, e por dividirem comigo as dificuldades e ansiedades, vocês realmente ficarão para sempre.

À EMESCAM pela confiança e pela oportunidade para realizar meu sonho.

À Prof. Dra. Silvia pela paciência, pelas orientações e pelo conhecimento compartilhado. Por ter acreditado em mim quando eu já não poderia mais corresponder. Agradeço imensamente.

À Yara querida sempre pronta a ajudar e sempre com um sorriso que me animava. Obrigada!

Aos profissionais e usuários que contribuíram ricamente para a realização dessa pesquisa.

“O que vale na vida não é o ponto de partida  
e sim a caminhada.  
Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.”

(Cora Coralina)

## RESUMO

A proposta desse estudo é discutir a Territorialização e a Universalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família, após a vivência da experiência na divisão territorial da localidade de Aparecidinha, Santa Teresa – ES. Em 2010 o município aumentou a cobertura da ESF para 100% e após o processo de territorialização alguns moradores foram excluídos das ações e serviços do município. A partir desse acontecimento essa pesquisa tem como objetivo discutir as contradições inerentes ao princípio da universalidade do SUS e a territorialização na ESF. O estudo é de natureza qualitativa, utilizando estudo de caso por se tratar de uma unidade social. Para coleta de dados foi utilizado entrevista semiestruturada com moradores e não moradores da microárea, os profissionais e gestores que participaram do processo de territorialização da localidade de Aparecidinha. Para análise dos dados das entrevistas utilizou-se o método de Análise de Conteúdo. A percepção dos moradores não residentes na microárea e dos gestores do município de Santa Teresa demonstram quão frágil é a utilização do conceito do território somente de forma político administrativo, impondo barreiras no acesso, gerando constrangimentos a população do atendimento à saúde. A Universalidade, como princípio do SUS deve ser respeitada e não anulada pela noção de território.

Palavras-chave: Territorialização. Universalidade. Estratégia saúde da família.

## **ABSTRACT**

The proposal of this study is to discuss the Territorialization and universality within the framework of the family health strategy, after the experience of the experience in the territorial division of Aparecidinha's town, Santa Teresa-ES. In 2010 the municipality has increased in 100% the coverage of the ESF and after the process of territorialization some residents were excluded from the actions and services of the municipality. From that event this research aims to discuss the contradictions inherent in the principle of universality of the SUS and the territorialization in the ESF. The study is of nature qualitative, using study of case, because it is a social unit. For data were used semi-structured interviews with residents and non-residents of the micro area, professionals and managers who participated in the process of territorialization of Aparecidinha's locality. For analysis of the data from the interviews was used the method of content Analysis. The perception of the residents, non-residents in micro area and the managers of Santa Teresa's municipality demonstrates how fragile is the use of the concept of territory only from political administrative form, imposing barriers in accessing, generating constraints to population health care. The Universality principle of SUS should be respected and not invalidated by the notion of territory.

Keywords: Territorialization. Universality. The family health strategy.

## LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CEBES	Centro de Estudo Brasileiro de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
Piass	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
Plus	Plano de Localização de Serviços de Saúde
PMC	Projeto Montes Claros
PNH	Política Nacional de Humanização
PRORURAL	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
PSF	Programa Saúde da Família
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: EVOLUÇÃO HISTÓRICA E CONSTITUIÇÃO DO SUS.....</b>	<b>19</b>
<b>3 O SUS COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>31</b>
3.1 CONCEPÇÃO DE SAÚDE NORTEADORA DO SUS.....	31
3.2 OBJETIVOS, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.....	35
3.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	40
<b>4 TERRITORIALIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>45</b>
4.1 TERRITÓRIO: CONCEITOS TEÓRICOS E CONCEPÇÕES.....	45
4.2 TERRITORIALIDADE NA ATENÇÃO EM SAÚDE.....	48
<b>5 O MÉTODO EMPREENDIDO NO ESTUDO.....</b>	<b>54</b>
5.1 TIPO DE PESQUISA.....	54
5.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO E PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	55
5.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	57
5.4 TRATAMENTO ANALÍTICO DOS DADOS.....	58
5.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	60
<b>6 TERRITORIALIDADE X UNIVERSALIDADE: O QUE A EXPERIÊNCIA DE APARECIDINHA PODE NOS MOSTRAR.....</b>	<b>61</b>
6.1 A CONCEPÇÃO SO SUS.....	61
6.2 COMPREENSÃO DA UNIVERSALIDADE E ACESSIBILIDADE.....	63
6.3 PERCEPÇÃO DO PROCESSO DE TERRITOTIALIZAÇÃO.....	66
6.4 UNIVERSALIDADE NO SUS NA CONCEPÇÃO DOS GESTORES E PROFISSIONAIS.....	68
6.5 TERRITORIALIZAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE..	70
6.6 É DE TODOS, MAS ESTAMOS DE FORA PELA TERRITORIALIZAÇÃO.....	73
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>86</b>

<b>ANEXOS.....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>88</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O estudo que aqui se apresenta dirige atenção para a questão da acessibilidade aos serviços e ações do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da territorialidade, tomada como condição determinante de efetivação das práticas de saúde na atenção primária e do acesso aos cuidados em saúde pública pelos usuários deste nível de atenção no SUS.

A territorialização compõe o modo de organização da rede de serviços e das práticas de saúde locais, no SUS. Contudo, de modo muito frequente, áreas limítrofes territoriais são mal definidas e inseridas nas demarcações de territorialidade para a efetivação dos programas e ações de saúde, acarretando iniquidade de acesso à atenção por parte dos usuários do SUS. Isso incide de modo nefasto na atenção em saúde pública, comprometendo e fragilizando o princípio de universalidade do SUS.

No Brasil, a evolução da política pública de saúde evidencia significativa transformação. O modelo assistencial de saúde centrado na ação higienista e meramente curativista, de atenção seletista, que se manteve hegemônico até a década de 1980, sofreu uma importante reformulação, pelo denominado Movimento de Reforma Sanitária, resultando na criação de uma nova política de saúde, de direito social, inscrita no âmbito da seguridade social, assegurada via Constituição Federal.

Criado a partir da Constituição Federal de 1988 e instituído como política de saúde em 1990, por meio da Lei 8080/90, o SUS se constitui um marco na história da saúde pública no Brasil. Esse novo sistema de saúde permitiu que o acesso aos serviços de saúde fosse expandido a toda população brasileira, por meio de uma atenção pública, centrada na universalidade de acesso.

O SUS possui seus princípios e diretrizes que orientam e definem seu modo de organização e funcionamento enquanto Sistema de Saúde. Constitui-se uma política social pública firmada nos princípios de universalidade, igualdade, integralidade, descentralização e participação popular.

Gondim e Monken (2009) defendem que a reorganização das ações dos sistemas locais de saúde com base no território, foi um ponto de partida para que esses direitos, principalmente da universalidade, fossem garantidos.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) criada a partir de 1994, tendo como denominação anterior Programa Saúde da Família (PSF), teve como proposta a reorientação de um modelo assistencial de Atenção Primária para um modelo em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

A ESF tem como foco de atuação a unidade familiar compreendida como célula biológica das relações sociais e familiares. Tem ainda a comunidade, delimitada geograficamente e conhecida como território, como foco de intervenção e planejamento de cada equipe de Saúde da Família, que é responsável por até 4000 mil pessoas (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2012).

As Equipes de Saúde da Família trabalham no conhecimento desse território, mapeando suas áreas de risco e famílias em situação de vulnerabilidade. O território é subdividido em microáreas, cada uma delas destinadas à responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em realizar o mapeamento e cadastramento das famílias existentes.

Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) definem que o objetivo da territorialização consiste em definir prioridades relacionadas aos problemas de saúde que definirá no planejamento das ações dos serviços mais adequadas para o enfrentamento desses agravos encontrados, gerando conseqüentemente impacto positivo na saúde da população e nas suas condições de vida, o que se refere a um **uso inteligente da epidemiologia**.

O território no âmbito da ESF constitui um espaço privilegiado para a garantia de acesso às ações de saúde e atuação de forma a realizar um diagnóstico situacional e planejar as intervenções junto à comunidade (SILVA JUNIOR et al., 2010).

Pereira e Barcelos (2006) definem o território como espaço de interação entre a

população e os serviços de saúde vivendo em espaços e tempo determinados com seus problemas de saúde definidos, portanto expressa-se como um território em permanente construção muito além de uma extensão geográfica, mas com toda sua acumulação cultural, social política e epidemiológica.

Ianni e Quitério (2006) afirmam que há equipes de Saúde de Família que se empenham dentro do território junto a comunidades para transformar a realidade local. Para ilustrar a ideia, os autores fazem referência a uma experiência em que uma equipe de saúde da família na Região Metropolitana de São Paulo, onde uma Usina de asfalto, localizada no centro da cidade, era responsável por uma parte considerável da poluição do ar. A Equipe atendia os casos, participou de um projeto de pesquisa referente aos prejuízos da poluição oriunda da Usina e junto com a comunidade encaminhou um abaixo assinado para os responsáveis pela administração cobrando providências.

Entretanto, existem algumas dissensões e olhares diferenciados sobre o conceito da territorialização na ESF. Pereira e Barcelos (2006) referem a existência de divergências nas concepções sobre o território e destacam como exemplo uma equipe onde ACS tem a visão de preservação do manancial que difere da opinião dos outros profissionais. Como resultado disso há um jogo de poder onde geralmente a visão do ACS é vencido pela hegemonia de outros técnicos.

Outro problema referente à questão da territorialização em saúde, e que emerge como um nó crítico na efetivação da Estratégia de Saúde da Família, diz respeito às áreas de fronteira geopolítica entre os municípios. Essas áreas, geralmente localidades rurais distantes da sede do município, acabam se constituindo **território de ninguém** revelando fragilidades no que tange à universalidade de acesso aos serviços de saúde no SUS. Preuss (2010) refere que as regiões de fronteiras são consideradas zonas periféricas e revelam que o acesso aos serviços de saúde e demais políticas públicas no Brasil ainda são desiguais.

As demandas e as necessidades de saúde não respeitam limites e fronteiras. As pessoas procuram buscar respostas às demandas de saúde e sobrevivência onde há

melhor estrutura para atendê-los (PREUSS, 2010). A garantia do acesso constitui um direito de cidadania assegurado pela legislação brasileira.

Os problemas relacionados à territorialização não só aparecem nas regiões de fronteiras entre os países. Pereira e Barcelos (2006) apontam que a lógica do território na ESF pela adscrição da clientela já pressupõe a inclusão das pessoas que estão na área de abrangência do território e exclusão das pessoas que não foram contempladas nessa divisão. Conseqüentemente, surge aí um conflito entre território e universalidade.

Nos municípios e também nos estados há ainda a procura da população por serviços de saúde fora dos seus territórios de abrangências, o que cotidianamente é perceptível, mas poucos estudos relacionados a este tema são encontrados na literatura. Schimidt e Lima (2004) em estudo realizado sobre acolhimento na ESF percebeu que na unidade de saúde só eram atendidas as pessoas residentes nas áreas definidas e pertencentes ao território de responsabilidade da equipe.

As delimitações geográficas do território por vezes racionalizam o atendimento aos usuários. Em estudo realizado por Souza et al. (2008, p. 104) os usuários do serviço de saúde referem desconhecer as razões da territorialização com relação ao acesso quando mencionam “Agora a gente só pode se consultar aqui.”

Em algumas observações realizadas e conversas informais com gestores percebe-se que o usuário às vezes manipula o comprovante de residência para ser atendido em um serviço de saúde (Unidade Básica de Saúde ou Pronto Atendimento). Neste aspecto, verificamos que a burla acaba se constituindo em estratégia utilizada por usuários na busca de conseguir atendimento para suas demandas de saúde.

De outro lado, os próprios gestores, às vezes, elevam a condição do território acima do princípio da universalidade. Territorialidade é, assim, muitas vezes entendida de forma equivocada por alguns gestores e profissionais e, com isso, acabam negando ao usuário do SUS o acesso aos serviços de saúde, cerceando o livre transitar dos mesmos em busca de atenção para suas demandas de saúde.

Embasados nos conhecimentos que foram abordados em nossa prática profissional percebemos que o território é dinâmico e que algumas situações que fogem completamente da forma de se **pensar** esse território demandam uma discussão no sentido de reconhecer que não há cercas que delimitam a área geográfica de um território. Assim, a territorialidade no SUS deve pressupor flexibilidade em relação à delimitação de áreas, de modo que favoreça o acesso de todos e cada um aos serviços de saúde de que necessitam.

Enquanto realidade materializada no que se refere à questão de acessibilidade e territorialidade, o exemplo de Aparecidinha é aqui citado. A localidade de Aparecidinha, zona rural do município de Santa Teresa, no estado do Espírito Santo, vivenciou, em um determinado momento, barreiras ao acessar o serviço de saúde do município de Santa Teresa devido a problemas na forma de interpretar o processo de territorialização.

Aparecidinha tem localização geográfica territorial de área limítrofe de municípios. A princípio considerada como pertencente ao município de Santa Teresa, sofreu alteração em sua condição geopolítica, após nova demarcação territorial, realizada em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), passando a pertencer aos municípios de Santa Maria de Jetibá e de Santa Leopoldina, não mais a Santa Teresa.

Considerando a distância de Aparecidinha em relação a tais municípios, a proximidade maior está relacionada ao município de Santa Teresa, do qual dista apenas 7 Km em acesso por estrada em asfalto. Em relação aos outros dois municípios a distância é de aproximadamente 24 Km, por estradas vicinais. A proximidade com Santa Teresa e a demarcação territorial anterior, levava os moradores de Aparecidinha à inclusão de acesso aos serviços de saúde deste município. Contudo, a nova definição territorial acabou excluindo-os desta condição, acarretando dificuldades de acesso à atenção em saúde nos serviços mais próximos de suas moradias.

O conhecimento da situação dos moradores de Aparecidinha em sua luta por

Assegurar o direito social à saúde e o princípio de acesso universal aos serviços e ações do SUS motivou a elaboração do presente estudo. A realidade materializada na experiência de Aparecidinha nos leva à seguinte questão: Como a territorialidade afeta a acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde e transgride o princípio de universalidade do SUS? Essa é a questão que direciona o delineamento do presente projeto de pesquisa.

Constitui-se intenção geral deste estudo discutir as contradições inerentes ao princípio da universalidade do SUS e a territorialização na ESF no caso de Aparecidinha, destacando as percepções dos usuários, profissionais e gestores do SUS que vivenciaram a situação de acesso e de atenção em saúde nessa localidade.

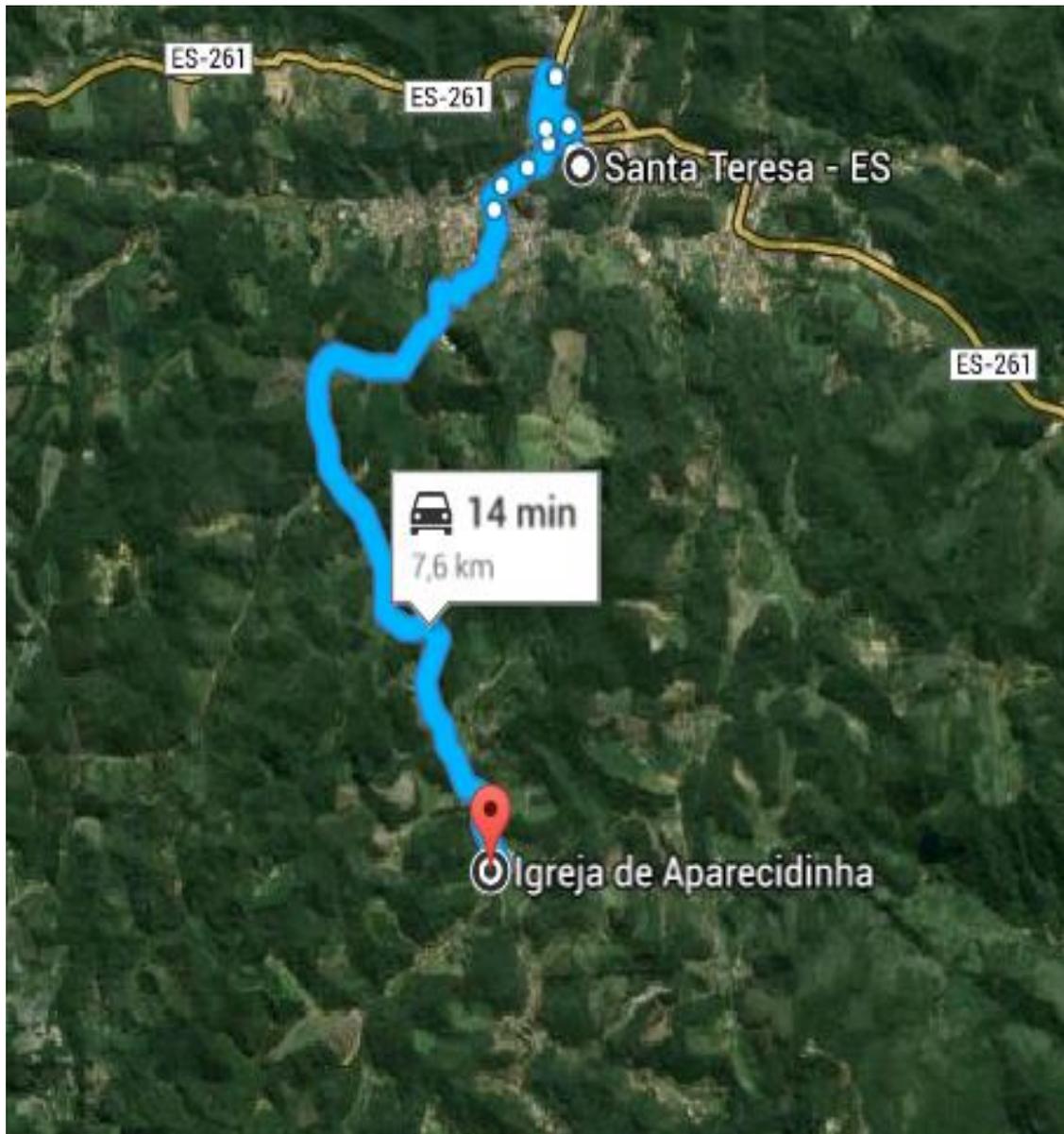
Estudar a acessibilidade aos serviços e ações do SUS a partir da questão da territorialidade, tomando como referência o caso de Aparecidinha, tem sua relevância, considerando que existe uma contradição entre acesso aos serviços de saúde e territorialidade. Constitui-se necessário e importante produzir conhecimentos e possibilitar reflexões acerca da territorialidade e universalidade no SUS. Isso poderá contribuir para o enfrentamento de problemas relacionados à acessibilidade no SUS.

Atentar cientificamente para questões relacionadas à territorialidade na Estratégia de Saúde da Família e ao princípio da universalidade poderá facilitar o entendimento sobre esse assunto pelos profissionais de saúde da ESF, gestores e usuários do SUS, tanto quanto auxiliar na efetivação de práticas de saúde que realmente possam assegurar o direito inalienável de atenção à saúde. Analisar a contradição existente entre o princípio da universalidade do SUS, acesso aos serviços de saúde a territorialização na ESF constitui objetivo principal desse estudo e como objetivos secundários descrever a percepção dos usuários gestores e profissionais da Equipe de Saúde da Família (EqSF) que participaram da experiência da territorialização da localidade de Aparecidinha e discutir as possibilidades e as fragilidades relacionadas a atenção universal e integral à saúde no âmbito da territorialidade.

Promover uma reflexão de como essas situações se revelam relativamente frequentes

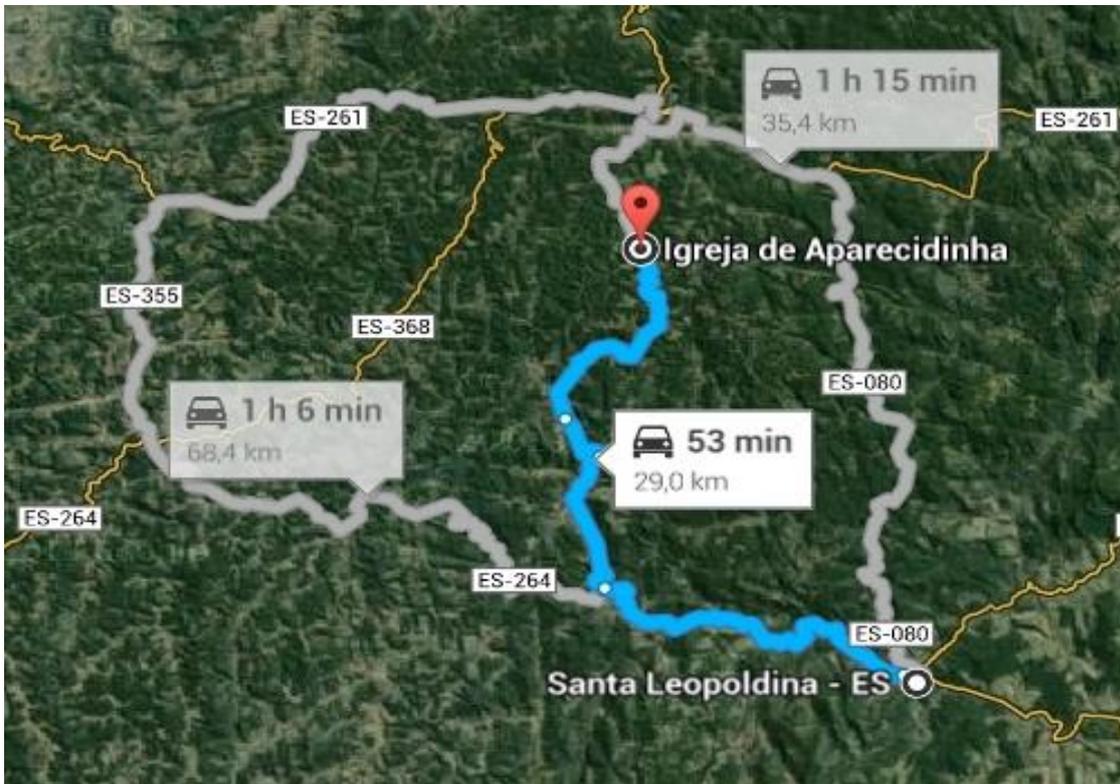
no SUS poderá ajudar a diminuir as iniquidades ainda presentes nesse sistema público de saúde.

Figura 1 – Distancia em quilômetros entre Aparecidinha e a sede do município de Santa Teresa



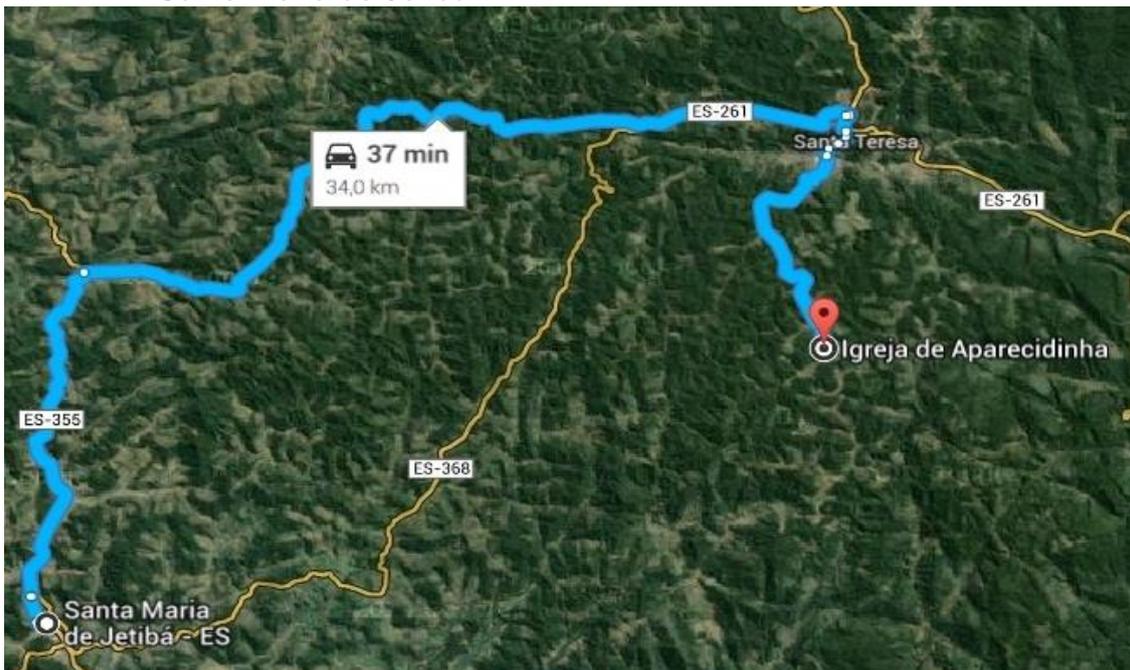
Fonte: Google Maps

Figura 2 – Distancia em quilômetros entre Aparecidinha e a sede do município de Santa Leopoldina



Fonte: Google Maps

Figura 3 – Distancia em quilômetros entre Aparecidinha e a sede do município de Santa Maria de Jetibá



Fonte: Google Maps

## **2 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: EVOLUÇÃO HISTÓRICA E CONSTITUIÇÃO DO SUS**

O SUS é um sistema de saúde que abrange uma população de quase 200 milhões de habitantes. Decorrente de um processo sócio-histórico de atenção pública em saúde no Brasil que evoluiu de um modelo sanitarista e de cunho curativista para um modelo de promoção em saúde, constitui-se, ainda, um sistema de saúde em desenvolvimento (PAIM et al., 2011).

O Brasil possui muitas desigualdades sociais e regionais e é desafiador para um sistema de saúde ser universal e atender a todas as necessidades da população brasileira. Nos últimos anos houve muitos avanços no SUS. Mas ainda há muito que fazer (PAIM et al., 2011). Os desafios estão relacionados às condições históricas de nosso país, mas também às características culturais e a questões econômicas e sociais que interferem e sempre interferiram na atenção e saúde pública no Brasil.

O país foi colônia de Portugal desde 1500 até 1822, nessa época, o Brasil durante o período da colonização não contava com número suficiente de médicos por essa razão alguns cirurgiões e boticários de formação europeia também exerciam a medicina, mas apenas atendiam a população que podiam pagar pelos seus serviços, além de se concentrarem nas grandes cidades (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

As camadas mais pobres e a população escrava obtinham através de curandeiros e cuidados oferecidos pelas Santas Casas de Misericórdia, seu acesso aos serviços médicos (SCOREL; TEIXEIRA, 2012). Os problemas de saúde mais frequentes na época estavam relacionados ao ambiente e ao trabalho sendo mais frequentes as parasitoses intestinais e doenças causadas por falta de nutrientes, a tuberculose e grandes epidemias entre elas a de varíola, de febre amarela e malária.

Apenas em 1808, com a vinda da Família Real ao Brasil, mais precisamente no Rio de Janeiro algumas medidas para organizar as primeiras instâncias de saúde foram criadas. A Fisicatura Mor era responsável por fiscalizar o exercício da medicina, mas resumiu-se apenas em cadastrar e autorizar profissionais em trabalhar no serviço médico e aplicar multas aos que exerciam a profissão sem legalidade. Já a Provedoria

Mor de Saúde atuava na fiscalização dos portos para impedir que novas doenças atingissem o Brasil, mas visando a proteção da família Real (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

A partir de 1828 os municípios ficaram com a responsabilidade de gerenciar uma parte da saúde pública as câmaras municipais ficavam encarregadas de manter a limpeza da cidade, a fiscalização dos portos e do comércio de alimentos. (PAIM, 2009; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). É nesse período que explodiu a epidemia da febre amarela. E a organização da saúde pública no Brasil era incapaz de dar repostas as epidemias e garantir assistência a toda a população (PAIM, 2011).

O Brasil se tornou república em 1889 e nesse período alguns serviços e programas de saúde pública foram criados, mas em nível nacional, centralizados. Essas ações eram baseadas em modelos bélicos, militaristas como podemos comprovar com um episódio clássico da nossa história conhecida como Revolta da Vacina liderada por Oswaldo Cruz que implementou instituições públicas de higiene e saúde. Nessa época a saúde pública estava voltada a combater as epidemias urbanas e posteriormente as endemias rurais conhecidas como campanhas sanitárias (PAIM, 2009)

Em 1918 surgiu a liga Pró -Saneamento do Brasil que tinha como objetivo organizar e reformar os serviços de saúde no Brasil. A proposta de criação do Ministério da Saúde foi fracassada devido à ameaça ao poder local com receio de descentralizar os serviços aos estados. Foi então criado o Departamento Nacional de Saúde que teve como primeiro diretor Carlos Chagas que tinha como principais objetivos fiscalizar gêneros alimentícios que geravam doenças gastrointestinais, principal causa de morte na época, controle de doenças na área rural (doença de Chagas), a regulamentação do horário e condições de trabalho de mulheres e crianças além de fiscalizar portos, produção de vacinas, soros e etc. (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

A crise do café em 1920 e a crise econômica nos Estados Unidos favoreceram um cenário no Brasil onde os trabalhadores se organizaram através do movimento operário. A partir dos anos de 1930 no governo de Getúlio Vargas garantiu direito aos trabalhadores dentre eles, carga horária definida e a carteira de trabalho. Para o campo da Saúde Vargas criou dois eixos distintos a saúde pública e a medicina previdenciária (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Para os trabalhadores foram criados os

Institutos de seguridade social, denominados Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP) (LUZ, 1991).

Esses institutos eram organizados por categorias profissionais conjunto com seus sindicatos dando prioridade a categorias de trabalhadores que mais contribuíam para a economia, estendendo-se à maior parte de trabalhadores da área urbana e industrial. As categorias profissionais mais beneficiadas eram as que ascendiam a parte industrial da economia que estava em pleno crescimento. As categorias que mais foram favorecidas e beneficiadas pela criação dos IAPs eram os ferroviários, bancários e funcionários públicos (LUZ, 1991).

A saúde pública não tinha nenhuma integração com a atenção em saúde realizada pelos IAPs, era voltada para a prevenção, para o coletivo e para o meio ambiente já as ações curativas e individuais, assistencialista integrava a chamada medicina previdenciária. Nesse período a saúde pública pertencia ao Ministério da Educação e Saúde, as principais atividades de saúde conhecidas eram as ações contra a febre amarela e a tuberculose (LUZ, 1991).

As pessoas que não tinham emprego formalizado contavam com uma oferta de serviços públicos de saúde inadequada pagando do próprio o atendimento em serviços privados ou usufruindo do atendimento dos hospitais filantrópicos (PAIM et al., 2011).

As políticas de saúde no período populista como foi chamado dos anos de 1930 aos anos de 1950 foram implantadas com base no clientelismo característica política dessa época caracterizando também o controle de seleção de lideranças sindicais e institutos atrelados ao Estado. Com isso Getúlio Vargas pode dominar politicamente os IAPs (LUZ, 1991).

Para Escorel e Teixeira (2012), o Ministério da Educação e saúde era centralizador e que criava as normatizações que deveriam ser seguidas pelos estados. Foram criadas as conferências Nacionais de Saúde que eram direcionadas aos diretores das delegacias federais de saúde que colaboravam com os serviços locais.

Institucionalmente no âmbito federal a Saúde Pública se integrava com o Ministério da Educação enquanto a medicina previdenciária estava ligada ao Ministério do

Trabalho. Na Saúde Pública Paim (2009) destaca a valorização de campanhas sanitárias para o controle das doenças e a criação do Departamento Nacional de Saúde, que ainda estava inserido no Ministério da Educação. O Ministério da Saúde somente foi criado no ano de 1953.

Mesmo após a criação do Ministério da Saúde ainda os serviços de saúde que eram dirigidos a população não beneficiária da medicina previdenciária, se concentravam em oferecer atendimentos em postos de saúde e prontos socorros, maternidades e hospitais psiquiátricos e atendimento a pessoas com tuberculose (PAIM, 2009).

Após a crise do regime populista os anos de 1950 e de 1960 são conhecidos por uma tentativa de desenvolvimento econômico através da nova ordem capitalista industrial. As políticas de saúde nesse período apresentavam uma dicotomia, pois o modelo campanhista ainda predominava nos setores do Ministério da Saúde opondo-se ao modelo curativista voltado para atenção médica nos serviços previdenciários (PAIM, 2009).

A falência da administração da saúde pública com a ineficiência e incompetência dos programas e serviços de saúde colaboraram para o aumento dessa dicotomia. Com isso se tornou nítido que as condições de vida da maioria da população brasileira pioraram ou então se tornava mais visível, gerando um impasse nas políticas públicas de saúde visto que as soluções para os problemas da população eram quase impossíveis (LUZ, 1991; PAIM, 2009).

Uma grande proposta feita pelo movimento social dos anos de 1960 reivindicando as reformas de base, formado principalmente pela elite progressista, propunha uma reforma sanitária consistente, mas foi derrotado pelas forças sociais conservadoras levando ao golpe militar (LUZ, 1991).

Em 1964 começava o período do Estado Militarista e o Milagre brasileiro. Esse período compreende os anos de 1964 a 1984. O regime Militar se apoiou no crescimento econômico para legitimar seu poder e impôs restrição a liberdade e ao exercício da cidadania (LAHUERTA, 2003).

Nos primeiros anos o Brasil passou por uma reforma administrativa incluindo o setor saúde. Durante o período do Milagre Brasileiro (1968 a 1974) a política de saúde no

Brasil foi reorganizando os traços institucionais do sanitarismo campanhista e o modelo curativista da medicina previdenciária. O poder institucional centralizado e concentrado transformou a política de saúde numa estratégia de medicalização social até então nunca experimentada na história do país (LUZ, 1991).

O autoritarismo prevaleceu na época do milagre e no nível político essa conjuntura foi a mais dura vivida por toda população. Mudanças na constituição através de medidas provisórias e decretos suspendendo direitos básicos de cidadania. Um poder Executivo caracterizado por uma política arbitrária contra políticas sociais que favorecessem o controle social (LUZ, 1991).

A política de Saúde do Milagre Brasileiro seguiu a mesma linha da política econômica apresentando um crescimento acelerado elevando a taxa de produtividade em cima dos baixos salários da classe trabalhadora. Essa política desfavoreceu a maioria das categorias profissionais, mas elevou algumas classes principalmente os trabalhadores especializados e setores que estavam no topo da economia. Esse pequeno grupo foi beneficiado por altos salários gerando o alto consumo desses serviços, em suma a saúde passou a ser vista como um bem de consumo, especificamente, médico (LUZ, 1991; PAIM et al., 2011).

A primeira medida do governo militar para área da saúde, foi a fusão dos IAPs foram unificados em Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) centralizando no âmbito administrativo e financeiro. Além de unificar os benefícios a todos os trabalhadores, ampliando a cobertura previdenciária a todos os trabalhadores urbanos formais (ESCOREL, 2012).

Para os trabalhadores rurais foram criados o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural) e o Fundo de Assistência do Trabalhador Rural (FUNRURAL). Escorel (2012) trata que até 1964 os atendimentos médicos da previdência social eram prestados de acordo com os serviços próprios dos IAPs, após a criação do INPS com a incorporação de novos beneficiários foram contratados novos serviços terceirizados alegando incapacidade do próprio serviço em atender as demandas de assistência médica.

Entre os anos de 1968 e 1975 houve um aumento de demanda para consultas médicas devido a graves condições de saúde. Nesse período foram construídos e reformados diversos estabelecimentos de saúde privados e filantrópicos financiados pelo governo através da Previdência Social. Surgiu também o aumento de faculdades particulares de medicina por todo país (LUZ, 1991).

Percebe-se que a política de saúde do milagre brasileiro trouxe consequências institucionais e sociais dentre as quais o predomínio de uma atenção médica que derrubou a proposta de uma medicina social de preventiva que foi dominante na ocasião anterior ao golpe militar (LUZ, 1991).

Em face disso todas as consequências geraram uma enorme insatisfação da população frente a essa política. No fim da ditadura houve uma explosão de tal situação deixando claro sua derrota, mas como herança as verbas de saúde pública caíram e a atenção médica prestada pela previdência social caminhou para a falência. A medicina como salvação e solução dos problemas de saúde foi finalmente percebida pela população como ilusão (LUZ, 1991).

Em 1964 o cenário político do Brasil mudou de rumo com o golpe militar instalando no país a ditadura. Repressão e violência marcaram a maior parte desse regime que teve seu auge no governo de Emílio Garrastazu Médici (PAIM, 2009).

O Movimento da Reforma Sanitária surgiu ainda na ditadura militar. O movimento começava quando surgiram os departamentos de Medicina Preventiva que criaram espaços de discussão para a mudança na formação médica que incorporaram obrigatoriamente a medicina preventiva em seus currículos. A partir daí o movimento sanitário começou a se organizar e produzir conhecimento, e também se articulava com a sociedade civil na busca da redemocratização do país. Nesse período, ideias de Juan Cesar Garcia foram disseminadas na área acadêmica dando uma abordagem política para a área da saúde (PAIM, 2009).

No incentivo a residências em saúde comunitária, desenvolvimentos de programas com enfoque na medicina preventiva ficou assim descrito o campo da saúde coletiva que modificava o foco da saúde voltado para uma forma individual para a coletividade (PAIM, 2009).

O II Plano Nacional de Desenvolvimento tentava recuperar a imagem do governo ditatorial adotando um plano envolvendo as políticas sociais. Nesse momento, técnicos pertencentes ao movimento sanitário se apropriaram de cargos e iniciaram um movimento silencioso, mas que propiciou visibilidade as propostas de mudança para o atendimento à saúde da população brasileira (ESCOREL,2012).

Os Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) foram a base institucional para o processo da reforma sanitária, pois conseguiu realizar estudos sobre as condições de saúde da população. O modelo de Medicina Social foi importado dos Estados Unidos em 1960 e ampliava a conduta médica a partir de um conceito ambiental do processo saúde doença (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Os DMP começaram a se espalhar nas faculdades de medicina pelo país e, segundo Escorel, Nascimento e Edler (2005), a Lei da Reforma Universitária se tornou obrigatório os DMP no currículo das faculdades médicas. A partir daí começou um novo movimento que procurava unir o conhecimento científico e a prática política com a busca pela democratização do país junto com a sociedade civil.

Em 1974 Ernesto Geisel tomou posse e iniciou um processo de abertura política. Foi decretado o fim da censura da mídia e uma maior participação da oposição e ainda retomada dos movimentos sociais. Essa abertura política do General Geisel proporcionou ao movimento sanitário a apresentação de suas ideias e propostas com o objetivo de melhorar e favorecer o acesso a saúde da população mais carente (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

A criação do Centro de Estudo Brasileiro de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) fortaleceu esse movimento através da criação da revista Saúde em Debate, que divulgava as ideologias dos sanitaristas e também se consolidava como um espaço de debate e denúncias contra o atual modelo de assistência (PAIM, 2009).

A proposta desse movimento sanitário se transformou então na Reforma Sanitária (baseada da Reforma Sanitária Italiana), que criticava ativamente o modelo individualista e curativista da medicina e defendia a prática médica num contexto que

se buscava entender as relações entre a saúde e a sociedade (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Consoante com o Movimento da Reforma Sanitária, três grandes projetos foram desenvolvidos com a participação de indivíduos com o mesmo pensamento acerca de apresentar propostas transformadoras para a melhoria do Sistema de Saúde. Esses projetos proporcionaram discussões, aprendizado, pesquisas científicas, aulas e conferências alcançado o objetivo de um aprendizado coletivo (SCOREL, 2012).

Esses projetos denominados Plano de Localização de Serviços de Saúde (Plus), Projeto Montes Claros (PMC) e Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass), constituíram uma proposta alternativa de um modelo de atenção à saúde composto por diretrizes que organizavam a prestação dos serviços de saúde orientando as propostas da reforma sanitária (SCOREL, 2012).

De acordo com Scorel (2012), o Plus foi criado para organizar uma expansão da estrutura física dos serviços de saúde previdenciários, demonstrando como resultado onde unidades de saúde deveriam ser construídas e evidências do número exacerbado de leitos hospitalares em algumas regiões.

Já o PMC foi o único projeto que contou com um modelo alternativo de organizar os serviços de saúde, pois de acordo com Scorel (2012, p. 345) “Permitiu experimentar os princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular.”

O Piass foi criado para proporcionar a instalação de uma estrutura básica de saúde para atender localidades na região Nordeste de até 20 mil habitantes. Esse programa proporcionou uma visibilidade devido a sua ampliação e segundo Scorel (2012) por ser a primeira vez que a previdência social se integra com programas de saúde pública.

Para Scorel (2012, p. 346):

[...] o modelo construído com a experiência dos três projetos institucionais caracterizou-se como regionalizado, hierarquizado, em quatro níveis assistenciais, com definição de porta de entrada para o sistema. Suas

principais diretrizes eram: a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a ampla participação comunitária.

Durante o governo do general Geisel o movimento sanitário começou a ocupar espaços institucionais, mas mesmo tendo pouca visibilidade serviu para aumentar experiências relacionadas a organização dos serviços de saúde nos âmbitos federais, estaduais e municipais.

O general Figueiredo assumiu o governo em 1979, comprometido a continuar com o processo de redemocratização do país. Foi realizado o I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, conferindo ao movimento sanitário notoriedade devido as propostas que originaram a Ações Integradas de Saúde. O movimento somou forças quando então fortaleceu alianças políticas e se organizando com demais movimentos sociais a favor da redemocratização do país (SCOREL, 2012).

O programa Prevsauúde fruto da 7ª Conferência Nacional de Saúde teve participação de profissionais do movimento sanitário, que tinha como objetivos a expansão da cobertura dos serviços básicos de saúde, pois de acordo com Escorel (2012) o Ministério da Saúde em documento oficial reconhecia que em 1980 aproximadamente 40 milhões de pessoas não tinham acesso a saúde.

Segundo Escorel (2012), esse programa enfrentou resistências por favorecer o setor público e incluir a participação da população. Esse programa não conseguiu seguir e foi excluído em 1981. O governo de Figueiredo ficou comprometido devido a diversas crises em todos os setores, principalmente econômico e social.

Foi a partir daí que um movimento começou a tomar força no Brasil; um movimento não advindo de partidos políticos, mas sim da sociedade. Foi aí que começara uma luta para a saúde como direito de cidadania. Os estudantes de medicina, residentes com movimentos sociais internos buscaram alianças com outros movimentos sociais para que juntos somarem forças para questionarem e mudarem as práticas e políticas de saúde do regime ditatorial (PAIM, 2009; LUZ, 1991; FLEURY, 2009; PAIM et al., 2011).

A classe médica também iniciou um movimento que denunciava a péssima situação dos serviços de saúde. A insatisfação era generalizada, o que gerou um aumento desses movimentos sociais, onde sindicalistas e alguns partidos também pegaram

carona estimulando um grande movimento centrado nas políticas de saúde. Em 1982, quando ocorreram as primeiras eleições livres muitos políticos, se elegeram às custas das questões ligadas a saúde que eram consideradas obrigatórias em todos os discursos eleitorais (LUZ, 1991).

No cenário acadêmico congressos e seminários também eram espaços para cientistas, alunos, professores e pesquisadores discutirem sobre a degradação da saúde da população brasileira, o alto custo que esses serviços oneravam consequência da política econômica do governo da ditadura. Movimentos sociais comunitários (igrejas, comunidades, etc.), também denunciavam as péssimas condições de saúde e exigiam soluções diante dos problemas (LUZ, 1991; PAIM et al., 2011).

O movimento que se organizou antes do golpe militar começou a retomar suas forças. Neste aspecto viu-se que:

A partir de 1983, a sociedade civil organizada desceu às ruas para pedir, junto com um Congresso firme e atuante, novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive o direito à saúde, visto também como dever do Estado. Pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania (LUZ, 1991, p. 83-4).

O movimento sanitário também ingressou no movimento conhecido como **Diretas Já**, que reivindicava eleições diretas para presidência da república. Trabalhou também em projetos específicos para o setor saúde que a tornasse mais justa e democrática (SCOREL, 2012).

Após o fim do regime militar o movimento sanitário teve suas lideranças à frente de instituições que tinham grande responsabilidade com a política de saúde. Scorel (2012, p. 354), afirma que uma agenda intensa envolvendo os reformistas foi se moldando o novo sistema nacional de saúde baseado no princípio de que a “Saúde é direito de todos e dever do Estado.”

Em 1984 foi realizado na Câmara dos Deputados o V Simpósio sobre a política Nacional de Saúde onde as ideias do movimento sanitário e a unificação do sistema de saúde foram aceitas e integradas ao Plano de Governo do então presidente Tancredo Neves (SCOREL, 2012).

A partir de 1985 começou um período de reorganização da política brasileira e reconhecimento da dívida social e econômica que o país adquiriu durante todo esse tempo (PAIM et al., 2011).

A transição democrática do Brasil no período após a ditadura constituiu uma abertura política e principalmente incluindo partidos de esquerda no ministério da saúde. Após a morte do então presidente Tancredo Neves, José Sarney assume a presidência da república com o objetivo de liquidar a dívida social deixada pelo período ditatorial (ESCOREL, 2012).

Essa nova política proposta por Sarney se transformou em políticas conservadoras segundo Escorel (2012). A proposta de unificar o Inamps e o sistema de saúde gerou diversas resistências e divergências. Diante desse cenário foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) para debater elementos para o futuro do Sistema Nacional de Saúde.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde as propostas da reforma sanitária ganharam força e mostraram que as modificações na assistência à saúde deveriam ser mais profundas proporcionando uma maior abrangência do que é saúde e como deveria ser o novo sistema de saúde.

De acordo com Escorel (2012, p. 357):

Reunindo mais de quatro mil pessoas, entre as quais mil delegados, a 8ª CNS discutiu e aprovou a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, elaborou novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social.

A partir da 8ª CNS em julho de 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Cordeiro (apud FALLEIROS et al., 2010) refere que o SUDS foi como uma ponte para se chegar ao nosso sistema de saúde atual – o SUS. Ao mesmo tempo era instalada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária com o objetivo de elaborar o texto que fazia referência à saúde.

Após idas e vindas, foi promulgada em 1988 a oitava Constituição Federal do Brasil, chamada de Constituição Cidadã. Em seu artigo 196 define “Saúde direito de todos e dever do Estado” (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 80), baseado no conceito ampliado de saúde.

O ano de 1989 concentrou negociações para a formulação da Lei Complementar. Escorel, Nascimento e Edler (2005) relatam que o II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e o III Congresso Paulista de Saúde contribuíram com base nas discussões para a implantação do Sistema Único de Saúde. Neste mesmo ano o Brasil teve sua primeira eleição direta para presidência da República e elegeu Fernando Collor de Mello iniciando seu mandato em janeiro de 1990. As ideias da reforma sanitária puderam ser incorporadas na formulação da Lei Orgânica da Saúde (LOS). Promulgada em 19 de setembro de 1990 a LOS 8.080 pelo então presidente sofreu por parte do governo uma enorme quantidade de vetos. Começava, assim, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

### **3 O SUS COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL**

O Sistema Único de Saúde, constitui desde 1989, a política de saúde do Brasil, inclusiva, igualitária e integral. Há, portanto, que se entender a mudança do entendimento do processo saúde doença que essa política traz, e também como o SUS tenta reorganizar por meio de estratégias seu novo modelo de fazer saúde, baseado na promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

#### **3.1 CONCEPÇÃO DE SAÚDE NORTEADORA DO SUS**

O SUS é atualmente a política pública de saúde no Brasil, resultante de mudanças paradigmáticas que acarretaram também modificações na concepção de saúde e doença, de elementos dicotômicos e antagônicos, passaram a ser compreendidas de modo complementar entre si, como processo saúde-doença. Com isso, ampliou-se o conceito de saúde, que deixou apenas de ser ausência de doenças, passando a ter um sentido expandido, em que se compreende saúde como resultado das condições de trabalho e de vida numa dada sociedade.

A nova concepção reconhece que a condição de saúde e de adoecimento está relacionada aos aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais, ambientais presentes nas sociedades humanas, sendo por eles determinada. Neste caso, as tecnologias biomédicas, por si só, não conseguem mudar os condicionantes e determinantes da saúde, sendo, portanto, necessário a adoção de políticas de promoção para construir um modelo de atenção em saúde voltada para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2006).

Em toda a história da humanidade sempre procurou explicação e compreensão sobre o processo saúde-doença, mas as formas de explicação sempre estiveram associadas aos modos de produção das sociedades. A preocupação em cuidar da saúde acompanha o homem há muito tempo e dentre as civilizações antigas o pensamento mágico-religioso era a principal explicação para o aparecimento das

doenças e somente pessoas iniciadas como os xamãs, pajés e sacerdotes poderiam ter o poder da cura (BATISTELLA, 2007).

Porém após o homem começar a viver em sociedade passando de nômade a pastores e com a domesticação de alguns animais alguns microrganismos passaram a habitar o homem e transmitir algumas doenças como resfriados e tuberculose (BATISTELLA, 2007).

Com a ápice da civilização grega as explicações mágico-religiosas do adoecimento passam a dar lugar a explicações mais racionais sobre o surgimento das doenças. A medicina grega cultuava a divindade de Asclepius que teve duas filhas Higeia e Panaceia, no entanto essa pratica ia além dos rituais e utilizavam de ervas medicinais e métodos naturais de cura e cuidado (BATISTELLA, 2007).

Já Hipócrates entendia que o ambiente também influenciava no processo saúde-doença. Com pouco conhecimento de anatomia e fisiologia Hipócrates partia da observação das funções do organismo e sua relação com o ambiente (chuva, calor e frio) e seu meio social (trabalho, moradia etc.) (BATISTELLA, 2007).

Na idade média o número de epidemias que atingiam a população era de proporções gigantescas e o cristianismo atribuiu uma explicação que relacionavam o pecado e a doença. O adoecimento passou então a ser explicado como castigo de Deus. E como cura utilizavam rituais e exorcismos, a morte era uma libertação (BATISTELLA, 2007).

A partir do renascimento novos olhares começaram a se incidir sobre o processo do adoecimento. Resgatando as práticas da antiga Grécia ao final da idade média alguns mosteiros começavam a abrigar algumas escolas e a valorização do saber técnico e teórico.

Para Batistella (2007, p. 39):

No campo da saúde, passam a ser desenvolvidos estudos de anatomia, fisiologia, e de individualização da descrição das doenças, fundada na observação clínica e epidemiológica. A experiência acumulada pelos médicos forneceu elementos para a especulação sobre a origem das epidemias e o fenômeno do adoecimento humano.

Uma das teorias sobre processo saúde-doença apontados por Carvalho e Buss (2012) como sendo a mais importante, é a teoria dos miasmas que surgiu para tentar explicar os fenômenos da contaminação e contágio nas epidemias. Essa teoria mesmo não aceita cientificamente atribuía ao ambiente insalubre a origem do contágio e disseminação das epidemias. A partir daí surge a base para as medidas de coletivas e individuais para proteger a saúde da população.

Com a vinda da modernidade e a necessidade de organização dos Estados Nacionais para a defesa dos interesses da sociedade originou o aparecimento das políticas públicas visando o bem comum, principalmente a partir do século XVIII, quando há uma solidificação do Estado, Carvalho e Buss (2012, p. 123) consideram que nesse momento o cuidado com a saúde da população “Nasce e se desenvolve como política de proteção contra riscos sociais e ambientais, muito mais do que como política de assistência”. Pode-se aí entender que a concepção de saúde como determinação social antecede a medicina científica.

Com a descoberta dos agentes causadores das doenças (microrganismos) no século XIX, essa parte da história ficou conhecida como a revolução pasteuriana, onde o conhecimento sobre os processos biológicos do adoecimento evidenciou um progresso científico gigantesco, concomitante com a revolução Industrial, os aparatos tecnológicos um novo nível de conhecimento foi produzido a partir da biomedicina. Segundo Carvalho e Buss (2012) por permitirem que várias doenças infecciosas fossem controladas, a dimensão social da saúde e o pensamento social da saúde foram abandonados.

Alguns modelos de causalidade e intervenção foram propostos a partir do momento que os indivíduos foram conhecendo mais sobre as causas do processo saúde-doença e suas determinações. Em 1976 Clarck e Leavell tentaram construir um modelo muito conhecido para explicar o processo de adoecimento. Conhecido como Modelo da História Natural da Doença, eles sistematizaram conceitos promoção, prevenção, cura e reabilitação (CARVALHO; BUSS, 2012).

Já segundo Carvalho e Buss (2012), Granda e Breilh (1989) incluíram no seu Modelo Social e Estruturalista as determinações sociais do processo de adoecimento. De acordo os autores eles definem que o processo saúde-doença produz em determinados grupos sociais os riscos ou potencialidades características que se manifestam na forma de perfis ou padrões de doença ou de saúde pois “Há relação entre mortalidade e classe social: estar doente ou sadio é determinado pela classe social do indivíduo e a respectiva condição de vida [...]” (CARVALHO; BUSS, p. 126).

Em 1970, surgiu o Modelo do Campo da Saúde, originado da reforma do sistema de saúde do Canadá, sendo esse modelo o mais completo e explicativo sobre o processo saúde-doença. Esse modelo determina que as condições de saúde dependem do aspecto biológico, as condições socioeconômicas e ambientais, estilo de vida e as intervenções médicos-sanitárias dos serviços de saúde (CARVALHO; BUSS, 2012).

Para Carvalho e Buss (2012, p. 130), os determinantes do processo saúde-doença definem “O perfil sanitário de população e, conseqüentemente, deve alimentar a implementação de políticas de saúde como políticas de promoção, prevenção, cura e reabilitação.”

As políticas públicas de saúde são destinadas ao bem-estar de toda população e são conduzidas pelo Estado. Durante os séculos XVIII e XIX surgem na Alemanha, na França e na Inglaterra pela necessidade de organizar a saúde da população como implementar medidas de quarentena e isolar os pacientes com doenças contagiosas além de promover o assistencialismo aos pobres (CARVALHO; BUSS, 2012).

Para Carvalho e Buss (2102), o conceito de promoção à saúde surge em alguns países ocidentais à medida que há uma revalorização das dimensões sociais e culturais do processo saúde-doença, ultrapassando o modelo biomédico que tinha como foco combater a doença depois de suas manifestações ou instaladas. Aproveitando o movimento da Reforma de saúde canadense essas ideias foram então organizadas na 1ª Conferência Internacional de Promoção à Saúde em Ottawa, Canadá.

A definição de Promoção à Saúde segundo a Carta de Ottawa é a capacitação da população ou comunidade no avanço de sua qualidade de vida e saúde, principalmente participante ativa desse processo (CARVALHO; BUSS, 2012).

Essa mudança, resultante no reconhecimento do processo saúde-doença e no conceito ampliado de saúde, exigiu a criação de políticas públicas de promoção da saúde. O SUS, como política pública, foi gerado com o objetivo de afirmar o direito à vida e à saúde e melhorar a qualidade de vida, garantindo opções saudáveis à população através da mudança dos determinantes e condicionantes da saúde.

Para garantia do direito à saúde é necessário assegurar acesso universal e igualitário a políticas sociais que visem à redução do risco do adoecimento da população (política de promoção). A integralidade das ações dos serviços de saúde no SUS, como princípio do mesmo, refere que os cidadãos têm direito desde as ações de promoção e prevenção até as ações que exijam tecnologias mais avançadas; tudo isso em um mesmo Sistema, mas priorizando as ações preventivas e compreendendo o sujeito como um todo (FALLEIROS et al., 2010; ALVES, 2005).

### 3.2 OBJETIVOS, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

Com a Constituição Federal de 1988 o direito a saúde adquiriu pela primeira vez um conceito de cidadania. Para Paim (2011, p. 43) a saúde passou a ser direito de todos os cidadãos, sendo reconhecida como direito social. “Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e equidade. ”

O SUS é regido por alguns princípios doutrinários e algumas diretrizes organizativas. Vasconcelos e Pasche (2012) referem que os princípios e diretrizes constituem preceitos imutáveis do SUS, que dão direção e organização desse sistema.

Para Paim (2011), princípios são valores das relações sociais que resultam da ética e direcionam nossas ideias e ações. As diretrizes por sua vez orientam o caminho para que as partes do sistema sigam na mesma direção.

De acordo com Matta (2010), os princípios e diretrizes são as bases para a organização e o funcionamento do SUS e concomitante também representa os valores e as lutas que o amparam. Resumindo “Princípio é dada para a base filosófica, cognitiva e ideológica do SUS, e a designação diretrizes se refere à forma, às estratégias e aos meios de organização do sistema para a sua concretização.” (MATTA, 2010, p. 248).

Segundo o Dicionário Houaiss (2001), diretriz significa linha regulatória. Já princípio é definido por origem, começo. Os princípios doutrinários do SUS que corroboram esse sistema são a universalidade, a integralidade e a equidade. As diretrizes organizativas do SUS exprimem sua direção e funcionamento, são elas: descentralização, hierarquização e participação comunitária.

O princípio da universalidade segundo Paim (2011) direciona a saúde como direito de todos, ou seja, que todos os cidadãos brasileiros possam acessar os serviços e ações da saúde independente de classe social, cor, endereço, etc. é para todos.

Para Noronha, Lima e Machado (2012), a universalidade no SUS implica na substituição do modelo que era utilizado no Brasil de seguro social, onde apenas algumas classes trabalhadoras tinham acesso aos serviços públicos. A partir do princípio da universalidade do SUS não mais está condicionada ao acesso a classe social e econômica da população e nem que os indivíduos estejam no mercado de trabalho.

A universalidade para Vasconcelos e Pasche (2012) também discute que o indivíduo passa a ter direito às ações e serviços de saúde desde vacinação até cirurgias mais complexas também derrotando o antigo modelo da diferenciação do acesso através das contribuições à previdência social de algumas categorias trabalhadoras, sendo que a partir da criação do SUS todos passam a ter acesso ao sistema.

Considerando as desigualdades enfrentadas pela população pelo injusto acesso aos serviços de saúde, as lutas da Reforma Sanitária defendiam o acesso de todas as pessoas aos serviços de saúde, transformando-o num direito de cidadania. A luta pela universalidade do acesso segundo Merhy (1995) assegurava ao indivíduo o direito de ser atendido em qualquer lugar que estivesse e ter uma resposta ao seu problema sem ser negado qualquer atendimento.

Outro princípio do SUS diz respeito a igualdade na assistência, que no debate atual trata de equidade, para garantir que pessoas que estão em desigualdade socioeconômicas, bens e serviços, ou seja populações que tem o maior risco de adoecer (VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

O conceito de equidade segundo Escorel (2009) substitui o conceito de igualdade. Para a autora igualdade seria distribuir a cada pessoa uma quantidade homogênea de bens e serviços, e a equidade levaria em consideração a necessidade de cada pessoa.

Políticas equitativas constituem um meio para se alcançar a igualdade. Numa perspectiva relativamente utópica podemos pensar que ações desse tipo integrariam uma fase intermediária, transitória, visando a atingir a igualdade de condições, de oportunidades sociopolíticas (SCOREL, 2009, p. 3).

Para Escorel (2009) devemos pensar na equidade como um processo contínuo à medida que alguns resultados são alcançados novos desafios vão surgindo, pois na proporção que os problemas são solucionados sua finalidade vai sendo transformada.

Paim (2011) a igualdade da assistência expressa o direito universal e igualitário aos serviços sem preconceitos ou privilégios. Para o autor através das ações de vigilância epidemiológica o SUS poderia ser justo em atender a população em suas necessidades individuais e coletivas sem justificar a equidade.

[...] a possibilidade de oferecer mais recursos para os que mais precisam estaria fundamentada por essa orientação, em vez de recorrer a noções ambíguas como equidade e “discriminação positiva”, acionadas por organismos internacionais que não apoiam o desenvolvimento de sistemas de saúde universais (PAIM, 2011, p. 58, grifo do autor).

O princípio da integralidade também é debatido atualmente e revisado. Para Mattos (2001) a integralidade pode ser definida em alguns contextos, sendo ela uma ideia da quebra do pensamento do assistencialismo antes do SUS, na formulação de políticas integrais, nas relações entre trabalho e gestão e na educação e formação do trabalho em saúde além de entender a prática de saúde de forma integral entendendo as concepções do processo saúde-doença.

Historicamente as ações de prevenção e curativas eram feitas por dois sistemas separadamente. Após a criação do SUS as ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação são feitas por um único sistema. O SUS prioriza as ações preventivas, mas sem deixar de oferecer assistência desde os serviços básicos, até os mais complexos (MATTA, 2010).

A integralidade como uma crítica ao modelo biomédico leva em consideração o processo de saúde doença do indivíduo como um todo e suas relações com o meio ambiente e a sociedade (MATTA, 2010).

Segundo Matta (2010), as políticas públicas também propostas para grupos específicos também visam a integralidade. No processo de formação dos profissionais de saúde há que se levar em consideração que a integralidade deve ser norteadora das práticas de saúde e do processo educativo.

Na legislação do SUS identificam-se as diretrizes que organizam o funcionamento do sistema de saúde servindo de base para seus princípios. Os estados e municípios assumiram maiores responsabilidades definidos pela legislação. Para Vasconcelos e Pasche (2012), as obrigações dos municípios ficaram mais claras definindo-os como responsável pela maioria dos serviços e também servindo como a base do sistema de saúde.

Os municípios quando não conseguirem oferecer os serviços deverão se organizar em redes regionalizadas para garantir o atendimento da população. Para Paim (2009) o acesso do indivíduo deveria ser primeiro pela atenção básica e depois ser encaminhado para os locais de atendimento que alta complexidade se a demanda

exigisse, esses serviços podem ser organizados de forma municipal ou regional levando em consideração a demanda dos serviços e da capacidade dos municípios.

Essa rede deve funcionar de forma hierarquizada, mas segundo Paim (2009) essa forma de hierarquização não deve ser entendida como submissão de estados e municípios, mas de forma a racionalizar os recursos disponíveis, pois a maioria dos municípios não tem condições de ofertar os serviços de saúde mais complexos. Com isso facilitaria ajustar o acesso.

Vasconcelos e Pasche (2012) referem que a hierarquização dos serviços de saúde consiste em organizar as redes de atenção e regular o acesso aos serviços de alta complexidade, considerando que a atenção básica é mais utilizada pelos indivíduos por estar mais próxima da população.

Para Matta (2010) a descentralização no âmbito do SUS trata da divisão de responsabilidade e recursos da União para os estados e municípios. A Lei Orgânica do SUS e as Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS) definem as funções e obrigações de cada esfera do governo sendo que as NOB-SUS são mais específicas na definição da responsabilidade dos municípios para a consolidação do SUS.

A participação comunitária traduz a participação da população na definição e decisão das políticas públicas de saúde tanto no âmbito municipal, estadual e federal. Vasconcelos e Pasche (2012) definem que essa participação deve ser organizada formada por segmentos sociais nas Conferências e Conselhos de Saúde.

Essa forma de participação da população no SUS está descrita na Lei 8.142/90, mas atualmente a comunidade participa das decisões no âmbito da unidade de saúde, colegiados, reuniões e também na gestão da clínica, prática defendida pela Política Nacional de Humanização (PNH) sendo essa última recente e ainda pouco praticada.

Os princípios e diretrizes visam atingir os objetivos do SUS que segundo Vasconcelos e Pasche (2012), visa a criação de políticas públicas de saúde promovendo melhores condições de vida saudável para a população. Para Paim (2009) o SUS assegura

direito universal de acesso aos serviços de saúde e muitas vezes é o único acesso de algumas pessoas as ações e serviço de saúde.

### 3.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A proposta do SUS de romper com o modelo de atenção firmado no modelo biomédico e individualista, com ação voltada exclusivamente para o tratamento da doença, busca reformular e construir um Sistema de Saúde voltado para defender a saúde como direito e resultado das condições de vida da população, com atenção voltada para a promoção da saúde. Para garantir essa mudança do modelo assistencial foi criado em 1994 o PSF, posteriormente transformado em Estratégia ESF. O Programa surgiu após a experiência exitosa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, implantado na região do Nordeste brasileiro, com o objetivo de diminuir a mortalidade materna e infantil (PONTES et al., 2010).

A partir da descentralização dos serviços de saúde os municípios assumiram responsabilidades principalmente na Atenção Primária à Saúde aumentando o acesso aos serviços de saúde e mudando a organização e as práticas de saúde (TEIXEIRA, SOLLA, 2005).

A proposta do PSF foi redefinida ao longo do tempo como Estratégia para a reorganização do sistema de saúde. Para Paim (2012), as propostas do PSF são semelhantes às difundidas pela medicina familiar nos Estados Unidos em 1960 com o objetivo de reformular o ensino médico da época. Esse movimento acabou chegando até o Brasil onde se instalou como proposta em cursos de pós-graduação.

A prática do PSF reorganiza a assistência médica que passa a ampliar o objeto de trabalho do indivíduo para a família e a comunidade, além de utilizar ferramentas como a epidemiologia, a administração e o planejamento em saúde. Para Teixeira e Solla (2005) o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), antecessor do PSF, foi primeiramente implantado na região Norte e Nordeste em 1990 para conter a

epidemia de cólera. Politicamente viu-se no PSF o ensejo de promover amplamente a mudança do modelo de atenção à saúde.

Para Andrade, Barreto e Bezerra (2012), a ESF, consiste em atender o indivíduo dentro do seu enfoque familiar, considerando um modelo coletivo de Atenção Primária. A ESF possui a responsabilidade de ser ordenadora e coordenadora das Redes de Atenção à Saúde, pois é capaz de identificar as necessidades dos usuários e encaminhá-los para onde terão resposta para seus problemas.

Esse modelo tem como atuação a família e a comunidade, sendo porta de entrada preferencial do Sistema único de Saúde, ou seja, o primeiro lugar a ser buscado para necessidades de saúde. Com ações baseadas na promoção da saúde, prevenção de doenças, proteção, recuperação e reabilitação a Estratégia Saúde da Família reitera na Atenção Básica facilitar o acesso da população ao Sistema de Saúde (PONTES et al., 2010).

Como escolha definida para ser o modelo de Atenção Primária, a ESF está de acordo com os preceitos do SUS, funcionando através de medidas de promoção, prevenção e recuperação e reabilitação em saúde. A ESF também possui seus fundamentos e diretrizes para sua organização e funcionamento, são eles: ter o território adstrito, possibilitar acesso universal, adscrição da clientela, coordenação da integralidade, estimular a participação comunitária (BRASIL, 2011). A Estratégia Saúde da Família para garantir dos direitos dos usuários trabalha com cadastramento das famílias e adscrição da clientela tendo como foco o território. A definição do território na política nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011) vincula a equipe a uma área de abrangência contendo nela uma população de até 4.000 pessoas. Deve-se levar em consideração fatores como densidade populacional e acesso aos serviços de saúde.

Inicialmente a ESF foi criada para atender populações pobres e depois foi escolhida como estratégia da APS no Brasil como modelo preferencial da Atenção Básica. Para Giovanella e Mendonça (2012) além do cadastramento das famílias e definição do território há necessidade de uma equipe multiprofissional composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Segundo Giovanella e Mendonça (2012, p. 520):

Essa equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas aos problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade.

A Equipe de Saúde Bucal foi incorporada às EqSF em 2000 com o objetivo de ampliar o acesso às ações de saúde bucal para a população e essa equipe pode conter um cirurgião dentista e um auxiliar em saúde bucal (modalidade 1) ou um cirurgião dentista, auxiliar em saúde bucal e um técnico em saúde bucal (modalidade 2). Em dez anos de programa foram implantadas 20.714 Equipes de Saúde Bucal com uma cobertura de 90 milhões de usuários (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A NOB 96 também estabeleceu formas de financiamento para a Atenção Básica através do da transferência do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. O Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se em duas vertentes o PAB fixo e PAB variável. O PAB fixo é transferido Fundo a Fundo constituído de valor per capita anual de acordo com o IBGE. O PAB variável é pago de acordo com as atividades e outros programas realizados pelo município como a Saúde Bucal, Vigilância Sanitária, controle de endemias, assistência farmacêutica e etc. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

De acordo com Paim (2012), o PSF poderia ser um programa vertical sem eficácia ou resultados expressivos, mas que associado as vontades de mudanças nos modelos de atenção quando trabalhado embasado nas propostas de vigilância em saúde, oferta organizada e acolhimento conseguiria trazer resultados satisfatórios.

Paim (2012) refere que o acolhimento é uma tentativa de organizar os serviços de forma centrada no usuário e que uma de suas orientações é atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde. O mesmo autor ainda relata que os esforços para implantação do acolhimento em diversos serviços em consonância com a PNH, constitui estratégia para a mudança do modelo assistencial, porém enfrenta

alguns obstáculos gerenciais e organizacionais resultando em limitação do acesso, má qualidade dos serviços.

O objetivo da ESF é justamente ampliar o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde. Para Travassos e Castro (2012), a percepção dos usuários sobre uma necessidade de saúde configura o desejo da busca dos serviços de saúde para realizar um atendimento. Baseadas nisso as autoras definem acesso o “Fator que intermedia a relação entre procura e entrada nos serviços.” (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p.185).

Donabedian (1973) amplia o conceito de acesso para acessibilidade, onde amplia a percepção para além da necessidade de saúde e procura aos serviços pois só a entrada nos serviços de saúde não garantem que sua necessidade foi atendida, pois há também a necessidade de se adequar os profissionais e os recursos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes.

Para Travassos e Castro (2012), somente a disponibilidade de recursos não garantem o acesso aos serviços. As chamadas barreiras do acesso podem dificultar ou obstruir as pessoas a utilizarem os serviços de saúde. Essas barreiras de acesso podem ser geográficas, e são identificadas por obstáculos naturais ou estruturas urbanas que definem o deslocamento dos usuários no espaço.

A localização dos serviços de saúde deve seguir além do padrão de espaço físico também o espaço de relações (OLIVEIRA; TRAVASSOS; CARVALHO, 2004). Quanto maior a distância menor a utilização dos serviços considerando os custos financeiros e o tempo de deslocamento (CARVALHO; CASTRO, 2012).

As barreiras organizacionais que constituem a organização dos serviços referente a qualificação dos recursos humanos e tecnológicos facilitam ou dificultam sua utilização pelos usuários. Starfield e Shi (2002) referem que os serviços de atenção primárias que apresentem seus programas bem estruturados aumentam a cobertura da população, ampliando o acesso e conseqüentemente, melhorando as condições de saúde das pessoas.

Para Travassos e Castro (2012, p. 187):

Conveniência do horário de funcionamento dos serviços, tempo de espera para ser atendido, tipo de profissional disponível (especialidade, idade, gênero), existência de medidas de acolhimento e de política de humanização e qualidade técnica do cuidado são características organizacionais que podem impactar o acesso.

Pode-se perceber que alguns fatores podem intervir no acesso universal aos serviços de saúde, além de algumas barreiras anteriormente citadas o território delimitado para o atendimento das ESF também pode constituir uma barreira para que os indivíduos acessem as unidades de saúde.

## 4 TERRITORIALIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA

O território tem seu conceito utilizado desde a criação do SUS, pois com a descentralização dos serviços de saúde, os municípios passaram a se organizar em territórios, tanto regionais, quanto municipais, para organizar as ESF's. A Saúde se apropriou do conceito de território oriundo da geografia, por isso se faz necessário entender como ambos utilizam esse conceito, suas concepções e suas diferenças.

### 4.1 TERRITÓRIO: CONCEITOS TEÓRICOS E CONCEPÇÕES

O território era domínio da geografia e recentemente vem sendo utilizado pelo campo da saúde com o objetivo de organizar e localizar populações. Para Gondim et al. (2008, p. 237) o território ajudou a apoiar o conceito de risco, localizando as questões de saúde mapeando os indicadores socioeconômicos, sanitários e ambientais que revelam as condições de vida das pessoas.”

Para entender o uso do território no SUS inicialmente é necessário compreender seus conceitos o campo da geografia e seus diferentes significados: território, territorialidade e territorialização.

Etimologicamente o território consiste em dois significados diferentes conforme Haesbaert (2004), o conceito de terra-territorium e de térreo-territor que significa terror, aterrorizar. Esse conceito tem a ver com dominação da terra em sua dimensão jurídico-política, medo e terror de quem não pode usufruir desse território.

Ainda Haesbaert (2004), afirma que toda concepção de território tem relação com o poder tanto de dominação, quando o território está vinculado ao valor de troca, como de apropriação, quando há uma simbologia do processo vivido, do uso do território.

O território também é considerado um campo do poder por Raffestin (1993). O autor

diferencia espaço de território afirmando que o “Espaço é anterior ao território” HAFESTN, 1993, p. 143). O território surge através da ocupação e transformação do espaço. Para Lefebvre (apud Raffestin, 1993), as transformações do espaço, na mudança do espaço físico se revela um território e, a partir daí suas relações de poder.

O capitalismo transformou o território de acordo com Haesbaert (2004, p. 2) em unifuncional, não admitindo outras formas ou multiplicidade, diferente do território múltiplo considerado também pelo autor como “Espaço-tempo vivido” onde se permite a diversidade, a complexidade e multiplicidade. A acumulação capitalista fez com que a dominação do território estivesse acima da apropriação transformando os espaços em mercadorias (LEFEBVRE, apud HAESBART, 2004). Na lógica marxista o espaço somente possui valor de uso e não de troca e para Raffestin (1993), o território é um resultado da produção do espaço.

O território em suas dominações ou apropriações, segundo Haesbaert (2004, p. 2), vai da “Dominação político-econômica mais ‘concreta’ e ‘funcional’ à apropriação mais subjetiva ou cultural-simbólica.”

Ainda de acordo com Sack (1986 apud Haesbaert, 2004, p. 3, grifo do autor):

Enquanto “continuum” dentro de um processo de dominação e/ou apropriação, o território e a territorialização devem ser trabalhados na multiplicidade de suas manifestações – que é também e, sobretudo, multiplicidade de poderes, neles incorporados através dos múltiplos agentes/ sujeitos envolvidos. Assim, devemos primeiramente distinguir os territórios de acordo com os sujeitos que os constroem, sejam eles indivíduos, grupos sociais, o Estado, empresas, instituições como a Igreja etc. As razões do controle social pelo espaço variam conforme a sociedade ou cultura, o grupo e, muitas vezes, com o próprio indivíduo. Controla-se uma “área geográfica”, ou seja, o “território”, visando “atingir/afetar, influenciar ou controlar pessoas, fenômenos e relacionamentos.

Para Souza (2009), o conceito de território também é definido pelo poder. Assim a dimensão política é a primeira a determinar o território, não se esquecendo também do simbolismo, da economia pois não podem ficar fora do conceito. Para o autor:

[...] confundir o território com o substrato espacial material (as formas espaciais, os objetos geográficos tangíveis – edificações, campos de cultivo, feições “naturais” etc.) equivale a “coisificar” o território, fazendo com que não se perceba que, na qualidade de projeção espacial de relações de poder, os

recortes territoriais, as fronteiras e os limites podem todos mudar (SOUZA, 2009, p. 61).

O conceito de território, para Santos (1988), é implícito, composto por variáveis, tais como a produção, as firmas, as instituições, os fluxos, relações de trabalho etc., correlativas umas das outras. A configuração territorial é a constituição dessas variáveis que constituem os recursos naturais e recursos criados.

Para Santos (1988, p. 75-76):

Formada pela constelação de recursos naturais, lagos, rios, planícies, montanhas, florestas e também de recursos criados: estradas de ferro e de rodagem, condutos de toda ordem, barragens, açudes, cidades, o que for. É esse conjunto de todas as coisas arranjadas em sistema que forma a configuração territorial cuja realidade e extensão se confundem com o próprio território de um país.

Santos (1988) também demonstra a equivalência do território com Estado-Nação como uma concepção centrada nas relações de poder do próprio Estado como principal agente de normatização e regulação da vida em sociedade. Levando em consideração para o tempo histórico determinando o território formas, que pode ser modelado pela sociedade conforme sua produção histórica com suas configurações e delimitações.

O processo de vivência do território pela sociedade na perspectiva das relações políticas, econômicas e culturais do modo como se organizam no território e fazem uso dele, Haesbaert (2004) chama de territorialidade.

A territorialização é definida por Gondim e Monken (2009) como “Historicamente determinado, pela expansão do modo de produção capitalista e seus aspectos culturais”. Os territórios estão sempre mudando, se construindo e desconstruindo, e reconstruindo isso é a territorialização.

Para Kastrup (2001), a territorialização é entendida como o processo de viver o território como resultado de saberes e práticas. Para Gondim e Monken (2009) viver

o território é necessário explorá-lo percorrer desde seus significados subjetivos aos seus significados concretos.

#### 4.2 TERRITORIALIDADE NA ATENÇÃO EM SAÚDE

O processo de territorialização na saúde tem início na Constituição de 1988 e com a criação do SUS através das diretrizes organizativas: regionalização e descentralização das ações e serviços para os municípios. Os serviços foram organizados de acordo com o nível de complexidade, população e localização geográfica (GONDIM et al., 2008).

Após o diagnóstico realizado pelo movimento da Reforma Sanitária nos anos de 1970 e 1980, referentes aos serviços ofertados para a população, foi destacado alguns problemas relacionados às ofertas de serviços em algumas unidades de saúde e ausência em outras; centralização; fragmentação do atendimento, prejudicando as classes sociais mais baixas; desperdício e falta de resolutividade no enfrentamento dos problemas. Isso demonstrava a desigualdade dos serviços de saúde no Brasil baseados nas classes econômicas e sociais (GONDIM et al., 2008).

Com a municipalização dos serviços de saúde deu-se origem a uma nova organização articulada em redes se propôs o aumento da cobertura populacional a um território capaz de responder os problemas de saúde da população residente na área delimitada. Para Gondim et al. (2008), a municipalização trouxe benefícios no sentido de promover autonomia aos municípios, porém devido as diferenças regionais relacionados à densidade populacional muitos ainda enfrentam dificuldades para operacionalização dos serviços de saúde.

Mendes (1993) considera duas correntes de pensamento sobre o território apropriado pelo sistema de saúde, um que vê o território como espaço geopolítico e físico e outro que denomina território processo como produto de sujeitos sociais e políticos. Para Santos (2000, p. 22) "O território em si não é um conceito. Ele só se torna um conceito

utilizável para análise social quando consideramos a partir do seu uso, a partir do momento em que o pensamos juntamente com aqueles atores que dele utilizam”.

Alguns autores denominaram conceitos para o território, Mendes (1993) identifica e denomina os territórios após a municipalização. O mesmo define território-distrito como uma demarcação político-administrativa, território-área como uma delimitação da unidade da área da unidade de saúde, território micro área definido através de similaridades socioeconômicas e território moradia que define o núcleo familiar no qual a equipe realiza suas intervenções.

Para Gondim et al. (2008), o conceito do território proposto por Mendes (1993, p. 241) como sinônimo de espaço físico geopolítico coincide com a “Forma mais tradicional de entender o território, definido formalmente, e muitas vezes, imposto [...]”. Entretanto, o conceito de território utilizado por Mendes (1993), como espaço geopolítico e físico, se mostra apropriado quando, o modo de transferência de recursos PAB é definido pela população adscrita ao território, ou seja, o recurso financeiro repassado do Ministério da Saúde para os municípios é per capita, utilizando o cálculo da população fornecida pelo Censo do IBGE, sendo necessário para o planejamento das ações e serviços de saúde do município.

Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), definem a territorialização como instrumento auxiliando no planejamento das ações de saúde.

O propósito fundamental desse processo de territorialização é permitir a definição de prioridades em termos de problemas e grupos, o mais aproximadamente possível, o que se refletirá na definição das ações mais adequadas, de acordo com a natureza dos problemas identificados, bem como na concentração de intervenções sobre grupos priorizados e, conseqüentemente, em um maior impacto positivo sobre os níveis de saúde e as condições de vida. Trata-se do uso inteligente da epidemiologia, através da "microlocalização dos problemas de saúde, a intervenção no âmbito populacional pautada no saber epidemiológico e a apropriação de informações acerca do território-processo, visando à integralidade, à intersetorialidade, à efetividade e à equidade (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1988, p. 20).

Para Campos (2011) o conceito utilizado para definir o território em saúde é utilizado de forma administrativa, deixando de lado a vigilância da saúde, a identificação de problemas e as intervenções realizadas no que realmente é necessário. Assim, é

imprescindível que o Estado compreenda as relações existentes no território e priorize a criação de políticas públicas voltadas para as necessidades do mesmo.

A territorialização é utilizada pela saúde pública como instrumento para localizar eventos que contribuem para o processo de saúde-doença, identificar e localizar unidades de saúde e delimitar as áreas de atendimento das equipes (GONDIM; MONKEN, 2009).

Na atenção básica a demarcação do território em termos físicos se refere à adscrição da clientela e cadastramento das famílias. Gondim et al. (2008) aludem que o objetivo de entender o território dessa maneira é necessário para compreender a dinâmica da comunidade suas relações sociais e o processo saúde doença, mas que também, tão importante quanto delimitar é criar condições de vigilância da saúde, organizar e realizar intervenções sobre problemas que surgem no território e que atingem a população.

O PSF criado em 1994, em uma de suas diretrizes, aponta o território como vinculação da população a uma unidade de saúde e define a territorialização como uma “Ferramenta metodológica que possibilita o reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência”. (GONDIM et al., 2008, p.12).

O processo de territorialização nos serviços de saúde tem como objetivo conhecer as condições de vida da população e principalmente ampliar o acesso aos serviços de saúde além de ferramenta principal para o planejamento das ações e serviços priorizando as intervenções (GONDIM et al., 2008). Para Monkem e Barcelos (2007), o território deixa de ser somente um espaço geopolítico e verifica a interação da população e dos serviços de saúde caracterizado por indivíduos vivendo em uma realidade definida em tempo e espaços determinados com seu processo saúde-doença.

Para realizar a adscrição dos usuários em suas unidades de saúde e equipes de Saúde da Família é necessário que o ACS realize o cadastro dessa população. Para

realizar o atendimento em unidades de saúde é necessário que se comprove o endereço que seja na área de abrangência da equipe que está vinculada determinando a inclusão ou exclusão dos usuários (COUTO; BACK; HILLESHEIM, 2014). Koga (2013), também afirma que as vezes a população utiliza de estratégias para burlar os serviços como por exemplo utilizando de comprovantes de residências de amigos e familiares para acessar os serviços. “A rigidez ou o custo das formalidades termina por gerar estratégias informais para o acesso ao direito”. (KOGA 2013, p. 37).

O SUS em seu discurso promove a ideia de se pensar novas formas de cuidar, de prestar assistência e de cidadania. As delimitações do território ajudam a identificar populações em risco e promover acesso. Couto, Back e Hillesheim (2014) referem que a proposta da ESF apoiada na territorialidade promove acesso universal aos usuários de saúde, criando vínculos e resolvendo problemas de saúde das populações vulneráveis. Da mesma forma que as ESF estão organizadas na abrangência do atendimento o que vemos é produção de fronteira e limites que as vezes impedem o cuidado para aqueles cujos endereços estão fora da área de abrangência.

O território possui peculiaridades e vivências diferentes. Por isso Koga (2013) refere que as configurações do território expandem os limites formais ou institucionais que são impostas pelas políticas públicas por meio de normas administrativas, para a autora “Dentre essas regras, está a divisão territorial, que delimita o pedaço de chão que pertence a cada morador”. (KOGA, 2013, p. 37).

Para Koga (2013), essas amarras, que são originadas pelas normas, podem definir ou não o acesso dos indivíduos criando uma obrigação à população que reside comprovadamente no território criando também critérios que mais excluem os indivíduos negando o direito de cidadania.

A produção de fronteiras fragiliza o cuidado. Couto, Back e Hillesheim (2014), em seu artigo sobre os nômades demonstram como as políticas públicas as vezes são rígidas e não atendem a todos. Os nômades não possuem endereço fixo e por vezes deixam

apenas trilhas de sua passagem e um desarranjo nas regras engessadas das políticas públicas.

Na prática da ESF é inserido critério para o cadastro da população em uma EqSF, a população adscrita no território deve ser até 4.500 pessoas para a legislação da ESF esse é único item que deixa claro como deve ser a divisão territorial sem dar margem a qualquer mudança ou flexibilização das realidades locais, não considerando contrastes e situações sócio espaciais encontradas (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Pereira e Barcellos (2006) referem que o processo de territorialização na ESF é basicamente delimitar a população e cadastrá-las, como uma etapa do processo de implantação das unidades de saúde. A área delimitada deve conter o número de pessoas por ACS, as comunidades devem preferencialmente ser similares do ponto de vista socioeconômico e epidemiológico, além de considerarem limites das áreas as barreiras físicas e formas de transporte, da mesma forma que facilitam o processo de implantação das EqSF revelam contradições e um processo complexo de administração (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Pereira e Barcellos (2006, p. 58), ainda afirmam: “A própria política de adscrição da clientela, preconizada pelo PSF pressupõe a inclusão de parcelas da população e a exclusão de outras. Desta forma surge uma tensão entre os princípios de adscrição e de universalidade.” O entendimento do território somente como um espaço geográfico e delimitado dificultam entender e incorporar outras práticas de trabalho nos serviços de saúde.

Pensar na territorialização como elemento inscrito na organização das ações e serviços de atenção em saúde supõe, necessariamente, considerar a importância do território como espaço objetivamente delimitado (espaço físico), mas também como produto social e cultural, inserido na dinâmica das relações sociais, políticas e econômicas, de modo que se possa superar contradições possíveis existentes entre o princípio da universalidade e a territorialização na atenção em saúde no SUS.

As questões teóricas pontuadas no presente capítulo estão intimamente relacionadas com a materialização da atenção em saúde e as contradições inerentes à mesma. No próximo capítulo procuramos demonstrar o método de estudo desenvolvido com vistas a descrever como a experiência de Aparecidinha demonstra as contradições existentes, quando se toma o conceito de território de modo geopolítico e físico, com o princípio da universalidade no SUS.

## 5 O MÉTODO EMPREENDIDO NO ESTUDO

Neste capítulo descreve-se o método que o estudo foi realizado, por isso a necessidade de ser o mais detalhado possível. A metodologia define como o pesquisador chegou ao resultado do seu estudo. A organização da metodologia do estudo traz segurança e confiabilidade e sua possível reprodução compreendendo o processo da investigação.

### 5.1 TIPO DE PESQUISA

Neste estudo, a busca de conhecimentos se direciona aos aspectos inerentes às relações e processos sociais, com sua característica de subjetividade. Assim, a adoção da abordagem qualitativa despontou como a mais adequada para sua realização, considerando que o mesmo atenta para a busca de conhecimentos relacionados a uma experiência social, que é o caso de Aparecidinha. Tomamos como referência Minayo (2013) e Diniz (1999) para justificar a escolha pela abordagem qualitativa.

Para Minayo (2013), o método qualitativo permite estudar as relações, histórias, crenças, opiniões, percepções dos homens em suas construções sociais, compreendendo o universo sob a ótica dos atores envolvidos. Responde a questões muito subjetivas e particulares que não se submetem a regras estatísticas.

E, segundo Diniz (1999), as pesquisas qualitativas são abertas à importância de se conhecer experiências sociais, numa dada sociedade. Para ela:

No que se refere às pesquisas qualitativas, é indispensável ter presente que, muito mais do que descrever um objeto, buscam conhecer trajetórias de vida, experiências sociais dos sujeitos, o que exige uma grande disponibilidade do pesquisador e um real interesse em vivenciar a experiência da pesquisa (Diniz, 1999, p. 25).

Tendo em vista que a abordagem qualitativa em pesquisa se refere a múltiplos tipos, distintos entre si, faz-se necessário definir qual o tipo específico a ser adotado. Assim,

a opção se dá pela metodologia de estudo de caso, que segundo Gil (2009), constitui-se um método científico útil para descrever e explicar a vida social.

E ainda:

[...] o estudo de caso é usado quando se deseja analisar situações concretas, nas suas particularidades. Seu uso é adequado para investigar tanto a vida de uma pessoa quanto a existência de uma entidade de ação coletiva, nos seus aspectos sociais e culturais (DINIZ, 1999, p. 46).

Gil (2009) afirma que qualquer unidade social é considerada uma totalidade investigativa e, portanto, o estudo de caso pode se dirigir ao estudo de um indivíduo, ou de um grupo social, uma organização, uma instituição, um processo social, um conjunto de relações, uma comunidade, uma cultura, enquanto unidade caso.

Considerando que a localidade de Aparecidinha se constitui em uma unidade social de totalidade investigativa, a presente pesquisa se configura, pois, como estudo de caso. E, embora este tipo de pesquisa tenha sido por algum tempo criticado e considerado pouco rigoroso, atualmente é considerado como delineamento adequado em ciências sociais para investigação científica de fenômenos contemporâneos dentro de seu contexto real (GIL, 2009).

Um estudo de caso, de acordo com Minayo (2013) utiliza de uma forma qualitativa inquéritos para analisar os fenômenos de acordo com as percepções que permeiam o objeto estudado, no caso deste estudo a comunidade de Aparecidinha, região de Santa Teresa, ES. Estudos de caso fornecem para o pesquisador interpretações sobre as ligações entre as intervenções e as ações de um processo e suas interpretações. Assim, tal metodologia está devidamente adequada aos objetivos da presente pesquisa.

## 5.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO E PARTICIPANTES DA PESQUISA

O local designado como campo de realização da pesquisa foi a comunidade rural de Aparecidinha, situada no município de Santa Teresa, que faz limite com os municípios de Santa Leopoldina e Santa Maria de Jetibá. Localizada a 7 km da sede do município

de Santa Teresa a localidade possui uma população de 455 pessoas totalizando 156 famílias cadastradas pela Agente Comunitária de Saúde e informadas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Trata-se de uma área inserida no atendimento da Estratégia de Saúde da Família de Alvorada Aparecidinha. Em sua área limítrofe a próxima casa pertencente ao município de Santa Maria localiza-se a aproximadamente 20 metros da última residência do município de Santa Teresa e também a mesma distância de casas pertencentes ao município de Santa Leopoldina.

Foram participantes da pesquisa os representantes de usuários, gestores e profissionais da ESF que vivenciaram a experiência de Aparecidinha em relação à demarcação territorial ocorrida no período de abril de 2010 a dezembro de 2010.

Por se tratar de pesquisa qualitativa, não definimos previamente o número de participantes, pois:

Em alguns métodos de pesquisa qualitativa, a amostra se dá por saturação, ou seja, a amostra é proposital [...]. O fechamento do grupo de participantes será definido quando as informações coletadas com certo número de participantes passarem a repetir conteúdos e não proporcionarem acréscimos significativos ou quando o pesquisador já tiver atingido seus objetivos com as informações coletadas (RAMOS; JUNQUEIRA; PUPLAKSIS, 2008, p. 195).

Entretanto, partimos de um número prévio de participantes que são 2 gestores (Secretário de saúde do município e Coordenador da ESF), 2 profissionais de saúde que participaram do processo de territorialização (1 técnico de enfermagem e 1 enfermeiro) e 5 moradores que foi o número de moradores necessário para atingir a saturação dos dados.

Em relação aos critérios de inclusão e exclusão de participantes da pesquisa foram adotados os seguintes:

- a) em relação aos usuários, foram incluídos como participantes da pesquisa os moradores da microárea de Aparecidinha no período de abril de 2010 a dezembro de 2010, que vivenciaram a experiência relacionada ao presente estudo e que aceitarem aderir à pesquisa como colaboradores voluntários da

mesma. Também foram incluídos os moradores das áreas de limites territoriais da microárea de Aparecidinha no período de abril de 2010 a dezembro de 2010;

- b) quanto aos gestores, a ampliação da ESF no município de Santa Teresa ocorrida no mês de abril de 2010 foi utilizada como critério de inclusão. Assim, constituíram incluídos como participantes da pesquisa os gestores da Secretaria Municipal de Saúde que estavam nos cargos no mês de abril de 2010 a dezembro de 2010;
- c) na categoria profissionais de saúde, foram incluídos aqueles que atuavam na ESF Alvorada/Aparecidinha no período de abril de 2010 a dezembro de 2010;
- d) estiveram excluídos da pesquisa os gestores que não ocupavam cargos no período de abril de 2010 a dezembro de 2010; os profissionais de saúde de outras equipes de Saúde da Família ou profissionais da ESF Alvorada/Aparecidinha que não atuavam na equipe no período de abril de 2010 a dezembro de 2010; os moradores não residentes na microárea de Aparecidinha e moradores residentes nos limites da microárea que não utilizavam os serviços de saúde do município de Santa Teresa.

### 5.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semi-estruturadas, realizadas as pessoas que aceitaram participar da pesquisa. GIL (2009) afirma que para coleta de dados em estudos de caso a obtenção das depoimentos pessoais e observações.

Enquanto técnica de coleta de dados fez por escolha informações pode ser obtida através de análise de documentos, entrevistas, a entrevista semiestruturada, pois permite uma maior interação entre entrevistador e entrevistado, podendo introduzir durante a realização da entrevista outras questões que surgem de acordo com o que acontece durante as informações recebidas.

Lakatos e Marconi (2010), referem que na entrevista semiestruturada o entrevistador tem liberdade para desenvolver e direcionar a situação para onde considere mais adequada.

Para a realização da entrevista com os participantes da pesquisa foi utilizado um roteiro de perguntas previamente elaboradas (APÊNDICES A e B) que contou com perguntas abertas na qual se desenvolveu a entrevista que possibilitou a inclusão de perguntas que surgiram durante a conversa entre o pesquisador e o entrevistado.

Visando um registro fidedigno dos dados a serem obtidos nas entrevistas com os participantes da pesquisa, foi utilizado um gravador pela própria pesquisadora. Os registros gravados foram posteriormente transcritos, convertendo-se em documento para a análise dos dados sendo destruídos imediatamente após a realização da análise.

#### 5.4 TRATAMENTO ANALÍTICO DOS DADOS

Por se tratar de uma pesquisa de abordagem qualitativa, para a análise dos dados foi utilizado o método de Análise de Conteúdo. Em relação a este método de tratamento qualitativo de dados, alguns autores nos ajudam a explicá-lo.

Segundo Bardin (1979), a análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas e procedimentos de análise de comunicação, que visa descrever o conteúdo da mensagem contida no texto tomado para análise, apresentando o significado desta mensagem. Trata-se de uma técnica de tratamento de dados em que se busca o sentido contido no texto sob análise.

Para Richardson (1999) o método de análise de conteúdo busca compreender o conteúdo de uma mensagem e extrair dele os elementos mais importantes e significativos da mensagem que está no texto tomado para estudo/análise.

Para Gil (2009) o processo de análise de conteúdo comporta uma sequência de atividades que envolve a redução, a categorização e a interpretação dos dados.

A formulação das categorias de análise, na pesquisa qualitativa não se dá *a priori*, pois as mesmas emergem do conteúdo das respostas/texto e vão sendo, portanto, criadas à medida que surgem nas respostas/texto para serem depois interpretadas à luz de teorias de apoio. É um processo longo e desafiante que exige do pesquisador muita disciplina e esforço, bem como conhecimentos teóricos, competência, sensibilidade e intuição. As categorias formadas devem refletir os objetivos da pesquisa (BARDIN, 1979).

Todos os documentos produzidos durante a fase de coleta de dados, por meio das entrevistas realizadas, foram tratados conforme os passos descritos a seguir. Foi feita opção por utilizar o método qualitativo descrito por Gil (2009), que consiste numa forma de análise de conteúdo.

O método qualitativo de análise descrito por Gil (2009) possui três etapas que são: redução, categorização e interpretação dos dados. A redução dos dados, primeiro momento da análise, consiste na seleção, abstração e transformação dos dados oriundos da coleta para escolher os que são realmente significativos para a pesquisa, segundo os seus objetivos. A categorização consiste em organizar os dados levantados na fase de redução, formando conjuntos de categorias de análise, de modo a realizar um arranjo dos dados semelhantes entre si. Já, a interpretação dos dados, última etapa, implica na descrição das categorias elaboradas na etapa anterior, relacionando o conteúdo nelas contido à inferência do pesquisador e ao referencial teórico adotado no estudo (GIL, 2009).

Desta forma, para a elaboração das categorias de análise foi procedido à leitura e releitura atenta de todas as entrevistas, realizando os passos descritos por Gil (2009). Num primeiro momento foram abstraídos os dados significativos dos textos das entrevistas, que se mostraram descritores do conteúdo das mensagens. Em seguida esses elementos foram agrupados em conjuntos, conforme a semelhança entre si, compondo as categorias de análise. Por fim, as categorias foram descritas e

interpretadas, a partir da inferência e da associação ao referencial teórico deste estudo.

## 5.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em consonância com os aspectos éticos estabelecidos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM (ANEXO A).

## **6 TERRITORIALIDADE X UNIVERSALIDADE: O QUE A EXPERIÊNCIA DE APARECIDINHA PODE NOS MOSTRAR**

O exame dos dados coletados, a partir de recorrentes leituras do material transcrito das entrevistas realizadas com os participantes da pesquisa, permitiu a construção de categorias de análise, que passam agora a ser apresentadas de modo descritivo e interpretadas teoricamente.

A construção das categorias de análise se deu por meio de um processo de seleção e associação de informações contidas nos relatos expressos dos entrevistados. Esse processo consistiu primeiro em extrair dos relatos transcritos palavras, frases e expressões significativas do conteúdo das mensagens das entrevistas, sendo esses elementos depois organizados conforme as semelhanças entre si nas categorias de análise. Ao final, foram construídas três categorias de análise em relação à percepção dos moradores quanto à experiência de Aparecidinha, no tocante à territorialização, universalidade e acesso às ações de saúde, nomeadas como: Concepção do SUS; Compreensão da Universalidade e Acessibilidade; Percepção do Processo de Territorialização. Para a análise dos dados gerados pelas entrevistas com os gestores e profissionais de saúde foram construídas 2 categorias de análise, nomeadas como: Universalidade no SUS na concepção dos gestores e profissionais; e Territorialização na organização da atenção em saúde.

### **6.1 A CONCEPÇÃO DO SUS**

A primeira categoria, denominada de Concepção do SUS, contempla o entendimento apresentado pelos moradores a respeito do sistema público de atenção à saúde, a partir da experiência vivenciada em Aparecidinha na demarcação territorial para acesso aos serviços de saúde. A concepção apresentada pelos moradores desvela que estes, ao se referirem ao SUS, entendem o mesmo como uma política social que se encontra relacionada a um direito social, inerente à condição de cidadania. E,

ainda, embora sem o conhecimento técnico intelectualizado da política, conseguiam exprimir certa compreensão de princípios do SUS, conforme apresentados nos relatos que se seguem:

*“[...] eu acho bastante necessário [...]. Então eu acho que o SUS ele tem o dever né? Eu acho como cidadão a gente contribui então eu acho que o SUS é necessário.” (U1);*

*“O SUS no meu entendimento ele tem que atender todos nós, cidadãos, né? Independente de [...] mesmo que seja de outro município no meu entender, né? São as obrigações do SUS atender qualquer cidadão [...].” (U3);*

*“Hoje em dia você tendo o SUS você é atendido em qualquer lugar.” (U5).*

Para Martinelli (1998), cidadania significa pertencimento, inclusão, usufruto e acesso pleno a direitos e não somente poder de compra, ou mero acesso ao equipamento social. A autora nos convida a pensar a superação de uma concepção de cidadania firmada na noção de consumo para a adoção de uma concepção que reconheça o sujeito social como cidadão de direitos, aquele que conhece seus direitos sociais e sabe os meios de acessá-los.

Na fala dos moradores a noção de cidadania se aproxima à da autora, quando os estes revelam possuir uma ideia do SUS como algo público, universal, de direito, que não se restringe ao poder de compra, nem tampouco limitado ao desenvolvimento de ações de saúde organizadas e ofertadas a partir de territórios rigidamente estabelecidos.

O SUS é fruto de lutas sociais baseadas na inclusão de todos os brasileiros ao acesso aos serviços de saúde e não somente aos trabalhadores formais. O movimento da Reforma Sanitária foi composto por setores sociais, profissionais de saúde e sanitaristas que almejavam um sistema de único para todos (ESCOREL, 2012). Neste caso, as lutas possibilitaram a construção de uma política pública de saúde firmada nos direitos de todos, dos diferentes sujeitos, independente da classe social a que pertence.

O Brasil como Estado Democrático de Direito garante a toda sua população o direito à saúde ampliando a afirmação dos direitos humanos fundamental na organização da sociedade. A luta dos movimentos sociais insatisfeitos pelas condições de saúde nos anos de 1980 iniciou uma luta para que a saúde fosse direito de cidadania (PAIM, 2009). Saúde era definida com um contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas diárias. No caso de Aparecidinha e seus moradores, a luta refere o desejo de um SUS reconhecidamente universal, no acesso e na integralidade da atenção.

Os princípios do SUS foram gerados nos últimos quarenta anos provenientes de discussão, em busca de um sistema de saúde que atingisse a todos como um direito de cidadania. De acordo com Escorel (2005) a saúde é o bem maior, possui um valor universal e é um componente fundamental para a cidadania.

## 6.2 COMPREENSÃO DA UNIVERSALIDADE E ACESSIBILIDADE

A compreensão do SUS como direito de cidadania, demonstra os moradores entrevistados e, principalmente os não moradores da microárea de Aparecidinha, apresentam um entendimento a respeito do princípio de universalidade, ao referirem que o SUS é para todos. Mas, deixam claro que reconhecem a contradição entre o princípio da universalidade e a questão de acessibilidade aos serviços de atenção à saúde, numa realidade vivenciada em que o território delimitado geograficamente impede que eles tenham acesso aos serviços do SUS. Neste aspecto, vemos emergir a segunda categoria de análise que é a compreensão a respeito da universalidade e da acessibilidade

Além da concepção de cidadania fica claro que os moradores e especialmente os não moradores da microárea de Aparecidinha, possuem o entendimento do princípio da universalidade.

Com relação ao acesso aos serviços de saúde para os moradores da microárea de Alvorada/Aparecidinha, estes não demonstraram muita insatisfação. E essa baixa

insatisfação não deixa transparecer claramente para os moradores a tensão decorrente das contradições presentes nas relações entre universalidade, integralidade e acessibilidade advindas da demarcação territorial geopolítica para a organização e realização das ações e serviços de saúde.

*“É [...] as filas por exemplo diminuíram [...] então isso já ajuda bastante a gente”. (U2).*

*“Quando eu fui foi tranquilo né, fui às 7 horas da manhã e marquei consulta no dia mesmo e consultei com clínico geral. Porque é lá que a gente tem o cartãozinho da família então lá que é base que a gente vai, que usa”. (U1).*

Para os moradores excluídos do atendimento do município de Santa Teresa o acesso aos serviços de saúde foi dificultado pois uma das barreiras encontrada era não possuir o Cartão Família, comprovante de que o usuário residia na micro área da ACS. Isso gerou um certo constrangimento pois ao procurar as unidades de saúde do município de Santa Teresa, os mesmos não conseguiam adentrar ao serviço pois por não possuírem o **cartão da família**, eram questionados pela EqSF. Hoje os moradores excluídos relatam que conseguem o atendimento, mas sempre são perguntados sobre possuírem o cartão.

*“Olha a gente sempre é questionado né.” (U3).*

*“Eu to conseguindo (atendimento) [...] eu vou, eles perguntam do cartão família, aí eu falo que não tenho, elas ficam assim nossa o que a gente vai fazer? Ela não tem o cartão da família será que dá prá marcar pra ela? Aí eu falo: vocês que sabem eu to aqui pra consultar [...] se todo mundo tivesse o cartão.” (U5).*

As barreiras de acesso também se mostram claras, pois ao serem questionados os motivos da procura dos serviços de saúde no município de Santa Teresa, as barreiras físicas e organizacionais se mostram claras quando os usuários referem que a distância é um facilitador para procurar os serviços em Santa Teresa, e um dificultador para a procura dos serviços no município de origem.

Para os moradores não residentes no município de Santa Teresa e não cadastrados

pela ACS, ao serem questionados aonde buscavam o atendimento à saúde ficou explícito o motivo.

*“Em Santa Teresa. Porque pela distância e nós temos uma saúde, eu não diria cem por cento, mas nós temos uma saúde bastante boa dentro de Santa Teresa. Santa Leopoldina que seria meu caso são 25 quilômetros, para Santa Teresa nove; ou Santa Maria são 35 (quilômetros), Santa Teresa 9 né. E lá a gente sabe que esses dois municípios não estão com o equipamento que Santa Teresa tem hoje né, nem hospital e nem posto né.” ( U3).*

*“Eu procuro mais no posto de Santa Teresa. Porque é mais perto pra gente, Santa Maria e Santa Leopoldina é longe. A agente de saúde de Santa Leopoldina passa [...] então ela veio [...], mas preventivo ela falou que tinha lá em baixo (Santa Leopoldina) mas eu não fui. Ficou uns três, quatro meses sem médico.” (U5).*

Travassos e Castro (2012) discutem que algumas barreiras do acesso podem dificultar o acesso universal. No caso dos moradores que não residem na área de abrangência da EqSF do município de Santa Teresa, as barreiras geográficas constituem um importante ponto negativo para que esses usuários busquem atendimento em seus municípios de origem, e facilitam o acesso para Santa Teresa.

Além das barreiras geográficas Travassos e Castro (2012), também referem que as barreiras organizacionais (oferta de serviços, horário de atendimento, etc) caracterizam uma importante característica na busca dos serviços, pois os usuários de saúde vão aonde são melhor atendidos e têm suas necessidades atendidas.

Ainda o que chama a atenção é a sensibilização de algumas pessoas em resolver o problema, pois mesmo não dependendo totalmente dos serviços de saúde do SUS, um morador demonstrou solidariedade em resolver a questão do acesso ao município de Santa Teresa, pois enxergando a dificuldade do outro começa uma movimentação intensa para garantir o direito à saúde.

*“Aqui pra fora tem umas senhoras de idade então eles tiveram dificuldades pra chegar e eu me comovi com essa situação e levei o conhecimento do prefeito e falei: Olha*

*prefeito do jeito que tá na lei da saúde do município e como nós somos próximos né nós queremos atendimento como já no passado tivemos né [...].” (U4).*

### 6.3 PERCEPÇÃO DO PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO

Com relação à territorialização houve diferentes formas de se pensar, evidenciando também o individualismo das pessoas. Para os moradores da área de abrangência da EqSF de Alvorada/Aparecidinha a vivência do processo de territorialização não foi um problema, pois eles não foram afetados pela exclusão dos serviços de saúde do município de Santa Teresa. Entretanto, os moradores que foram excluídos do território do município perceberam o processo da territorialização de forma negativa.

*“[...] eu acho que é muito válido como tem agente de saúde então acompanha as famílias, ela já visita as famílias e já as famílias mesmo já estão informadas já sabem onde procurar [...].” (U1).*

*“Facilitou [...] quando saiu da Policlínica e fomos levados a consultar na Vila Nova quer dizer desafogou lá em baixo [...] quer dizer melhorou, melhorou totalmente, entendeu? No ponto de vista disso aí foi de melhora”. (U2).*

*“Foi difícil né [...] porque teve dificuldades [...] desde que conversamos com o prefeito sobre esse assunto aí deu uma melhorada, mas somos atendidos em Santa Teresa. Foi feito não um documento, mas nós conversamos com o prefeito e eu expliquei a situação pra ele [...] nos garantiu que nós pudéssemos ser atendidos em Santa Teresa. ” (U3).*

*“Ah eu acho que complicou muito quando se falou que ia mudar, né, pra gente, o negócio da saúde porque um doente aqui pra procurar pra ir pra Santa Maria ou pra Santa Leopoldina. Como a gente tem um hospital muito bom aqui em Santa Teresa [...]. Olha eu acho que foi [...] a gente morou sempre aqui. Tudo que a gente fazia é santa Teresa. Paga energia, faz compras, o imposto fica tudo lá em Santa Teresa [...] votar a gente em santa Teresa, quando chegava na hora do atendimento a gente não*

*podia ser atendido lá porque a gente era de Santa Leopoldina. [...] então muitas vezes eu fui com meu menino que tava assim com febre, passando mal aí não atendia, aí pagava consulta fazia particular porque lá não podia porque não era do município né, não tinha cartão família né e não tinha como a gente ser atendido.” (U5).*

O conceito de território vivo de acordo com Haesbaert (2004), deve levar em consideração as multiplicidades do território e suas complexidades. Depara-se nesse caso com o fato de que o conceito geopolítico se sobrepõe ao do território vivido e habitado, não levando em consideração o momento, ou necessidades dos habitantes. Merece aqui destacar a importância de se atentar para as relações de poder do Estado sobre o território e sua regulação. Para Santos (1988), o Estado aparece como papel fundamental na normatização da vida em sociedade.

Os moradores da área de Alvorada/Aparecidinha não tinham conhecimento sobre as pessoas que foram excluídas do atendimento do município de Santa Teresa, e apenas se manifestaram contra a territorialização quando toda a localidade ficou ameaçada de ser excluída, quando em 2010, após visita do IBGE para o Censo, utilizando um aparelho de GPS constatou-se que toda a localidade de Aparecidinha não fazia parte do município de Santa Teresa.

*Não vivenciei isso não, porque pessoa de outro município tava sendo atendido? Isso aí não. [...] o território com relação ao território entendeu aqui eu sempre soube que aqui era Aparecidinha pertence a Santa Teresa... o registro da minha área aqui é legitimado em nome é Santa Teresa, lá a minha escritura diz que é Santa Teresa [...] nesses 17 anos que eu moro aqui na Aparecidinha há uns 2 a 3 anos pra cá que começou a aparecer essa história de que aqui não é, que pertence a Santa Maria coisa e tal e não to a par disso não, eu sempre soube que aqui pertence a Santa Teresa.” (U2).*

*“Não. No começo teve assim uns negócios de divisa né não tinha agente de saúde né, uns probleminhas, mas eu nem sei te falar não.” (U11).*

Em 2010 foi protocolado na prefeitura de Santa Teresa um abaixo assinado da comunidade excluída solicitando o atendimento nas unidades de saúde do município.

Após inúmeras discussões o problema ainda não foi totalmente resolvido, mas as unidades de saúde mediante a sensibilização dos profissionais sobre a universalidade, continuaram acolhendo os moradores.

Na sequência passamos para a análise dos dados gerados pelas entrevistas com os gestores e profissionais de saúde. Essa análise permitiu a construção de duas categorias de análise, nomeadas como: Universalidade no SUS na concepção dos gestores e profissionais; e Territorialização na organização da atenção em saúde, que passam a ser aqui apresentadas e interpretadas analiticamente.

#### 6.4 UNIVERSALIDADE NO SUS NA CONCEPÇÃO DOS GESTORES E PROFISSIONAIS

Na compreensão dos gestores e profissionais sobre a universalidade, estes são unânimes em dizer que é o SUS é para todos, conforme nos desvela esta categoria de análise. Os trechos destacados das entrevistas realizadas são aqui apresentados para ilustrar a concepção que estes carregam a respeito da universalidade.

*“Universalidade é tudo, é universal e para todo mundo, sem distinção de raça, de cor, de classe social”. (G1).*

*“O SUS ele é universal; tem que atender todo mundo independente de classe social [...] tem que não negar atendimento”. (G4).*

*“Universalidade eu entendo como todos terem acesso. Um atendimento universal faz com que todas as pessoas tenham acesso à saúde”. (G2).*

*“Universalidade é um dos princípios do SUS e a gente entende que seria um atendimento universal, onde todos poderiam ser atendidos aonde procurassem atendimento”. (G3).*

Como gestores e profissionais percebe-se um entendimento mais técnico sobre a universalidade no SUS. Mas a fala do entrevistado identificado como G3 deixa

transparecer que, na sua concepção, universalidade implica em assegurar o acesso do usuário do SUS aos serviços de saúde pública onde este usuário buscar atendimento. Como Paim (2009) refere, o SUS é para todos, sem exceção. E para que assim o seja, precisa ser organizado em ações que atendam aos usuários nas suas demandas de cuidado em saúde sem restringir o acesso ao atendimento buscado.

Ao entrevistar os gestores do município foi possível perceber a existência de diferentes pontos de vista sobre a territorialização e o acesso universal, pois ao afirmarem o que é universal e o conceito de territorialização percebemos a contradição entre eles.

Para Merhy (1995), a luta pela universalidade parte do pressuposto de um Sistema de Saúde ser único, então está garantido ao cidadão o direito de ser atendido em qualquer lugar. Para Fleury (1997) quando a noção de equidade pode se traduzir como acesso universal e igualitário, formula-se um modelo de ética e justiça social.

Para Teixeira (2011) a universalidade no SUS ainda está em construção, pois há de se expandir a cobertura dos serviços de saúde para se tornar acessível a todos os cidadãos. Para isso a autora defende a eliminação das “Barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços” (TEIXEIRA, 2011, p. 3).

A ESF deveria ampliar o acesso universal a toda população. O acolhimento neste caso constitui um dispositivo para facilitar o atendimento a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, pois saber ouvir e direcionar o atendimento que o usuário necessita no exato momento em que procura pelo serviço pode contribuir com a qualidade do serviço prestado (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014).

Para Souza et al. (2008), é necessário a qualificação dos trabalhadores de saúde para acolher a demanda que procura o serviço. Para os autores “É um processo no qual trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma

dada realidade, em seu território de atuação”(SOUZA et al., 2008, p. 102). Tomando como ponto de partida a necessidade de saúde no seu âmbito individual e coletivo.

O acolhimento forma segundo Silva e Alves (2008) uma rede humanizada entre o usuário e o profissional criando assim uma relação de confiança favorecendo o vínculo além de promover uma assistência de qualidade. O acolhimento pode ser utilizado como dispositivo para fortalecer a ampliação do acesso universal aos serviços de saúde.

## 6.5 TERRITORIALIZAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE

O processo de territorialização na área da saúde se restringe somente da divisão territorial geograficamente para o atendimento das EqSF em sua área de abrangência. Esse conceito segundo Mendes (1993) constitui uma definição dos espaços territoriais após a municipalização.

Em relação à organização do território de atendimento, os relatos apresentados pelos gestores e profissionais entrevistados evidenciam que a definição territorial realizada no caso de Aparecidinha apoiou-se na concepção de território concebido como espaço físico geopolítico, formal e rigidamente definido, o que contribuiu para exclusão e dificuldade de acesso ao atendimento às demandas de atenção em saúde.

*“Quando não tinha Estratégia Saúde da Família, não tinha territorialização, aquela população que vinha pra dentro do município era atendida. Quando a gente fez a territorialização, a gente executou, mapeou, a gente viu que aquela população iria ficar fora.” (G1).*

*“Na época a gente realizou a territorialização e que teve o planejamento para o atendimento da comunidade, a gente tinha pensado em duas unidades de saúde. Uma que atendesse no Alvorada e uma que atendesse em Aparecidinha [...] o entorno*

*então seria beneficiado com uma unidade ali. [...] não. As áreas de divisa não [...] as áreas do nosso município.” (G2).*

*“Nós tivemos alguns problemas porque a população já estava acostumada a ser atendida pelo município [...], mas eles, pela facilidade de chegar ao município, pelo fato segundo eles, o atendimento era melhor, tinha mais condições de acolher a população [...] pra gente foi meio complicado porque eles se recusavam terminantemente de ir para o município de origem deles, porque na realidade eles buscavam facilidades o que não conseguiam no município deles. Falando a respeito do que foi isso fica complicado porque você entra num conflito entre a universalidade e a territorialização.” (G3).*

Percebe-se aí como a rigidez da demarcação territorial realizada provoca conflito entre a universalidade e a territorialização. O conceito rígido do território como geopolítico transforma a política pública de forma a excluir algumas pessoas.

Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) nos ajudam a pensar que o processo de definição de territórios de atenção em saúde deve servir como um instrumento que auxilie no planejamento das ações de saúde. Mas esse processo e planejamento não podem servir ao poder de dominação, no que território como campo de poder, tratado por Raffestin (1993).

O pensamento de Koga (2013) sobre as normas utilizadas nas políticas públicas, originadas pela rigorosidade dos regulamentos dessas políticas, resultam em amarras que definem a inclusão, ou não, dos usuários em suas determinadas regras. No caso da territorialidade, cria-se a obrigatoriedade de o indivíduo comprovar que reside em determinado território para assegurar seu acesso aos serviços de saúde. Isso se configura, acima de tudo, mais critério de exclusão do que inclusão, que nega a esse indivíduo o direito de cidadania.

A própria política do SUS remodela a atenção à saúde em seu princípio de Universalidade, pois de acordo com Vasconcelos e Pasche (2012), os princípios constituem preceitos que permanecem intactos na política de saúde o SUS.

Outro conflito presente e identificado na fala de alguns gestores e profissionais refere-se à utilização do acolhimento como sinônimo de acessibilidade.

*“Os pacientes que já estavam em acompanhamento no município ou se tinha consultas, agendamento de consultas, cirurgia de especialidade, todos deram continuidade até finalizar aquele atendimento já iniciado. Aqueles que vinham pela primeira vez, era feito o acolhimento orientado. Na realidade não foi uma negação de atendimento. Foi feito o primeiro atendimento e nós orientávamos que procurassem o município de origem.” (G3).*

*“O atendimento nunca poderia ser negado [...] a gente orientava as unidades, porque se as pessoas viessem procurar a unidade elas deveriam ser atendidas. Porém a continuidade do atendimento deveria ser referenciada para o município dela. Então, o primeiro atendimento era feito na unidade, o médico, o enfermeiro ou algum membro da equipe, atendia fazia acolhimento [...]. Aí os exames tinham que ser transferidos para o município de referência daquele usuário. Por que infelizmente, dentro do sistema ele não fazia parte do nosso público que seria atendido, da nossa população.” (G2).*

Donabedian (1973) ao afirmar seu conceito diferenciado de acesso e acessibilidade deixa claro que o usuário não tem sua necessidade atendida só tendo garantido sua entrada nos serviços de saúde. É necessário que ele seja garantido a ele o tratamento que ele necessita naquele momento.

Paim (2012), define que o acolhimento é um dispositivo a ser usado pelas EqSF para que as necessidades do usuário sejam ouvidas de modo que todas as pessoas que procurem os serviços de saúde sejam orientadas de acordo com o que procuram. Por isso acolhimento não é sinônimo de acessibilidade. Ser escutado de forma que seu problema possa ser resolvido não somente com consultas ambulatoriais é diferente de ter uma necessidade em saúde e tê-la atendida.

## 6.6. É DE TODOS, MAS ESTAMOS DE FORA PELA TERRITORIALIZAÇÃO

Esta categoria representa a síntese das demais apresentadas anteriormente e por meio da qual podemos afirmar que a territorialização como elemento de organização dos serviços do Sistema Único de Saúde na Atenção Básica acaba por se constituir em empecilho à efetivação do princípio de universalidade, um nó crítico que evidencia a contradição existente entre princípio da universalidade do SUS e a territorialização na ESF, como verificado no caso de Aparecidinha.

A universalidade no SUS como viu-se anteriormente é incluir todos ao acesso aos serviços de saúde independentemente de cor, situação social e econômica ou local de moradia. Mas como um Sistema de Saúde se propõe a ser universal e esbarra no conceito de territorialização?

A ESF se propôs a oferecer e expandir esse acesso para populações que antes não tinham utilizado ou chegado perto de qualquer serviço de saúde. Ao propor como diretriz da Política Nacional da Atenção Básica o território, tem como objetivo favorecer esse acesso universal.

Como diretriz da ESF a territorialização propõe ações para o planejamento da EqSF trabalhar nos determinantes e condicionantes do processo saúde doença que pelo fato de realizar um mapeamento do território, consegue localizar os eventos ou famílias que estão em situação de risco ou vulnerabilidade para agir diretamente no problema.

Mas ao se deparar com o conceito de território definido por Mendes (1993) como somente um espaço geopolítico e físico, os problemas ficam claros quando outras pessoas que não **pertencem** a esse território, são impedidas de utilizar os serviços de saúde.

A invalidação do princípio da universalidade frente a questão territorial impedindo o a acessibilidade das pessoas ao Sistema de Saúde também anula o título democrático

do SUS, onde a população não é ouvida e não participa das decisões referentes ao próprio atendimento, e isso fica claro na fala de um dos gestores ao afirmar:

*“Foi difícil porque, de alguma forma, a gente atendia aquela população, quando não tinha Estratégia de Saúde da Família, não tinha territorialização [...] quando a gente executou, mapeou, a gente viu que aquela população iria ficar de fora”. (G1).*

A territorialização emperra o princípio da Universalidade no SUS quando utilizada como critério de excluir ou incluir pessoas em determinados territórios e delimitações, restringindo a população o direito ao acesso a atenção à saúde. O Estado conforme já citado por Campos (2011) deve compreender as relações e conflitos gerados pela delimitação territorial e priorizar políticas públicas voltadas para os mesmos.

Gondim et al. (2008) faz referência que o processo de territorialização especialmente na ESF deve ter como objetivo conhecer as condições de vida da população e ampliar o acesso. O que ocorre na experiência de Aparecidinha é o inverso, onde vemos claramente o processo de territorialização excluindo populações.

Ainda para Couto, Back e Hillesheim (2014), a ESF está embasa a promover o acesso universal apoiada no conceito da territorialização. A experiência de Aparecidinha demonstra que quando o conceito de território é erroneamente empregado deixa de ser utilizado como estratégia de universalidade do atendimento.

O conceito definido por Mendes (1993) como o território considerado pela área da saúde um espaço geopolítico e físico define claramente um território como espaço de poder e controle social. Necessário se faz atentar para a adoção de uma concepção de território entendido como espaço do vivido, marcado e atravessado por relações políticas, econômicas e culturais (HAESBAERT, 2004), numa territorialidade que se configura como movimento vivo, permitindo ao território modificar-se, construir-se, desconstruir-se, reconstruir-se. E, como bem aponta Koga (2013) as configurações do território expandem os limites formais impostos pelas políticas públicas.

Se Vasconcelos e Pasche (2012) referem que os princípios do SUS são preceitos imutáveis, a Universalidade como princípio do SUS não pode ficar subordinada,

submetida à definição territorial dos serviços e ações de saúde. A territorialização, como forma de organização na APS, não é um princípio por isso não pode assumir um conceito maior, chegando a ser superior ao princípio da Universalidade, o que se materializa na experiência de Aparecidinha.

Ao se propor em ser Universal o SUS, fruto de lutas sociais, assumiu o compromisso como política pública de incluir todos que anteriormente estavam excluídos. Por isso não faz sentido uma política como da ESF que tem como objetivo ampliar o acesso e reorientar o modo de se fazer saúde, simplesmente favorecer as barreiras de acesso e com isso gerar constrangimentos aos cidadãos que têm garantido seu direito à saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho percorrido na realização deste trabalho chega agora ao seu desfecho e, ao finalizá-lo, necessário se faz apontar as contribuições, os limites e o alcance do mesmo para a reflexão do SUS como política pública de saúde, os atravessamentos e desafios postos para sua efetivação como política social pública universal.

Buscamos, a partir do caso de Aparecidinha, destacar o processo de territorialização adotado na organização das para as ações da ESF para atenção em saúde na atenção básica. E assim o fazendo, esperamos ter contribuído para demonstrar que a territorialização, quando tomada numa concepção rígida de definição espaço-territorial geopolítico de fronteiras rigidamente estabelecidas, pode se opor ao princípio de universalidade.

Considerando as definições de território dos diversos autores pode-se perceber que não é somente um espaço geopolítico e físico, mas um espaço vivo, com processo de produção de sujeitos sociais e políticos. Conforme vivenciado pela experiência de Aparecidinha o território não deve ser entendido como barreira, limite para excluir os cidadãos.

O SUS provem de esforços e lutas propondo um acesso universal, ou seja, atender a todos sem distinção, independente de classe social, cor, etc. Considerando que a Universalidade como princípio de uma política pública não deve ser emperrar nas formas de organização para que esse atendimento seja realmente universal.

O território compreende uma forma de organização dos serviços de saúde para facilitar o planejamento das ações das equipes de saúde no sentido de priorizar os problemas e definir as ações adequadas a cada grupo com o objetivo de impactar de forma positiva nas condições de saúde da população (TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 1998).

Ao contar a experiência vivenciada por moradores de Aparecidinha, que tiveram seu direito a saúde negado, percebe-se que as políticas públicas devem existir e estar organizadas de modo a atender aos cidadãos nas suas demandas e direitos sociais. O inverso, adaptar os cidadãos às políticas, contribui para o fetichismo num processo em que o objeto (a política social) ganha mais valor do que o homem ao qual deve atender e para quem existe. Neste sentido, tomando como referência a análise marxista, coisificam-se as relações humanas e personificam-se as coisas.

O conceito de território ao ser domínio da área da saúde, trouxe interpretações equivocadas sobre o modo de se pensar a territorialização. Na experiência de Aparecidinha, ao levar-se em consideração somente seu conceito político administrativo e aplicá-lo a uma divisão territorial rigidamente estabelecida, acabou gerando uma série de problemas para os indivíduos que passaram a ser considerados não pertencentes ao território definido pela demarcação territorial.

A experiência de territorialização descrita neste trabalho reforça a relevância de se pensar e efetivar a atenção em saúde, considerando que ao se apoderar do conceito de território visando à organização das ações e serviços, possa-se entender o território como um espaço vivo e habitado, como nos refere Santos (1988).

Consideramos que as limitações deste trabalho estão no fato de que o mesmo revela uma experiência e realidade singulares, que não o torna possível de generalizações em seus resultados. Entretanto, acreditamos que o mesmo oferece contribuição no sentido de possibilitar reflexões sobre a vivência da territorialidade no Caso de Aparecidinha que podem, por conseguinte, levar à análise dos processos de definição de territórios de atenção nas políticas sociais.

É inegável a complexidade inerente ao tema abordado neste estudo. Embora o estudo empreendido tenha focalizado a questão da territorialidade em uma única experiência, ela realmente não se constitui a referência nem a realidade de todos os processos de territorialização existente. Outras experiências existentes podem ser disparadoras de processos mais democráticos e mais aderente ao princípio da universalidade. Contudo, preocupa-nos o fato de que realidades semelhantes à de Aparecidinha se

reproduzam País afora, e assim o sendo tal fato possa reforçar a contradição entre territorialidade e universalidade, contribuindo para fragilizar o SUS.

A evidente contradição entre territorialidade e universalidade no SUS sugere a necessidade de investimento de mais estudos a respeito desta temática, cujos resultados possam favorecer a efetivação de uma política pública de saúde democrática, universal, resolutiva.

Por fim, além de entender amplamente o conceito do território, os gestores e trabalhadores do SUS, principalmente os que compõem as EqSF, por não diferenciarem ou não entenderem o processo de territorialização, às vezes dificultam ao usuário o acesso aos serviços de saúde. A Universalidade como princípio do SUS é maior que o a concepção de território e jamais poderá ser negado ao cidadão o direito à saúde por causa do seu endereço de residência, pois, a garantia do acesso universal é inerente a qualquer cidadão nascido ou naturalizado brasileiro.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comun Saúde Educ**, Botucatu, v. 9, n. 16, Sept./Feb. 2005.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, T. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 783-831.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. \_\_\_\_\_. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D'A. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007 p. 25 a 50.
- CAMPOS, E. C. S. **Território e gestão de políticas públicas**: uma reflexão sob a perspectiva do sistema único de saúde - SUS. In: Jornada Internacional de Políticas Públicas: estado de crise do capital, 5., 2011, São Luiz. **Anais...** São Luiz, 2011.
- CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 141-66.
- COUTO, C.; BACK, L. A.; HILLESHEIM, B. Estratégias de saúde da família: território e vínculo sob a perspectiva nômade. **Rev Jovens Pesquisadores**, Santa Cruz do Sul, v. 4, n.1, p. 141-50. 2014.
- DINIZ, T. M. R. G. O estudo de caso: suas implicações metodológicas na pesquisa em serviço social. In: MARTINELLI, M. L. (Org.). **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999. p. 41-58.
- DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.
- ESCOREL, S. **Equidade em saúde**. Fiocruz, 2009. Disponível em: <[www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html](http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html)>. Acesso em: 17 nov. 2015.
- \_\_\_\_\_. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990 do golpe militar a reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 323-63.

\_\_\_\_\_.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al (Org.). **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

\_\_\_\_\_.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 279-321.

FALLEIROS, I. et al. A Constituinte e o sistema único de saúde. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha, a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 239-76.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: \_\_\_\_\_. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 25-40.

\_\_\_\_\_. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre a instituinte e o instituído. **Ciênc Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-52, Jun. 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária a saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493-546.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em saúde**. Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em: 15 set. 2014.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-55.

GRANDA, E.; BREILH, J. **Saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico**. São Paulo: Cortez, 1989.

HOUAISS, A. Dicionário **Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IANNI, A. M. Z.; QUITERIO, L. A. D. A questão ambiental urbana no programa de saúde da família: avaliação da estratégia ambiental numa política pública de saúde. **Ambient Soc**, Campinas, v. 9, n. 1, p. 169-80, jan./jun. 2006.

HAESBAERT, R. **Dos múltiplos território à multiterritorialidade**. Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

KASTRUP, V. Aprendizagem arte e invenção. **Psicol Estud**, Maringá, v. 6, n.1, p. 17-25, 2001

KOGA, D. Aproximações sobre o conceito de território e sua relação com a universalidade das políticas sociais. **Serv Soc Rev**, Londrina, v. 16, n. 1, jul./dez. 2013. p. 30-42.

LAHUERTA, M. O século XX brasileiro: autoritarismo modernização e democracia. In: AGGIO, A.; LAHUERTA, M. **Pensar o século XX**: problemas políticos e história nacional na América Latina. São Paulo: UNESP, 2003.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática": anos 80. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MARTINELLI, M. L. O serviço social na transição para o próximo milênio: desafios e perspectivas. **Rev Serv Soc Socied**, São Paulo, ano 19, n. 57, p. 133-48, jul. 1998.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do sistema único de saúde. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha, a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 247-55.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

MENDES, E. V. **A construção social da vigilância à saúde do distrito sanitário**. Brasília, DF: OPS, 1993. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 10, p. 7-19)

MERHY, E. E. **Universalidade, equidade e acesso sim, mas, não bastam**. Campinas, 1995. Disponível em: <[www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-10.pdf](http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-10.pdf)>. Acesso em: 18 dez. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O sistema único de saúde: SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 365-93.

OLIVEIRA, E. X. G.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do sistema único de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S298-S309, 2004.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 459-92.

\_\_\_\_\_. **Uma análise sobre o processo da reforma sanitária brasileira.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.

\_\_\_\_\_. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_saude\\_brasil\\_1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf)>. Acesso em: 11 jan. 2015.

PENNA, C. M. M.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G. P. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde?. **REME Rev Min Enfer**, v. 18, n. 4, p. 815-22, out./dez. 2014.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **Hygeia**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.

PONTES, A. L. M. et al. A reorganização da atenção básica no Brasil. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha, a saúde no fio da história.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. P. 256-76.

PREUSS, L. T. **Globalização, integração regional e o acesso a saúde: o caso da fronteira noroeste do estado do Rio Grande do Sul.** 2010. Disponível em: <[http://redcidir.org/nueva2014/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&id=28&Itemid=546&lang=es](http://redcidir.org/nueva2014/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=28&Itemid=546&lang=es)>. Acesso em: 25 nov. 2014.

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

RAMOS, D. L. P.; JUNQUEIRA, C. R.; PUPLAKSIS, N. V. Benefícios de avaliação ética de protocolos de pesquisas qualitativas. In: GUERRIERO, I. C. Z.; SCHMIDT, M. L. S.; ZICKER, F. (Org.). **Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde.** São Paulo: HUCITEC, 2008. p. 193-205.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, M. **Território e sociedade: uma entrevista com Milton Santos.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado.** São Paulo: Hucitec, 1988.

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 74-84, 2008.

SILVA JUNIOR, E. S. et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev Bras Saude Mater Infant**, Recife, v. 10, supl. 1, p. S49-S60, nov. 2010.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S100-S110, 2008.

- SOUZA, M. L. “Território” da divergência (e da confusão): em torno das imprecisas fronteiras de um conceito fundamental In: SAQUET, M. A.; SPOSITO, E. S. **Território e territorialidades: teorias, processos e conflitos: expressão popular**: São Paulo: 2009. p. 57-72.
- STARFIELD, B.; SHI, L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. **Health Policy**, Amsterdam, v. 60, n. 3, p. 201-218, 2002.
- TEIXEIRA, C. F. **Os princípios do sistema único de saúde**. Salvador, 2011. Disponível em: <[www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2016.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf Epidemiol SUS**, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.
- TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N. T. et al. **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 451-9.
- TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdade sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p.183-208.
- VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. H. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2012. p. 531-62.

# APÊNDICES

## **APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista com Gestores/Trabalhadores**

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

1- Como foi para você vivenciar o processo de territorialização da Equipe Alvorada/Aparecidinha? Fale-me detalhadamente a este respeito.

2- O que você entende de território?

3- O que você entende por universalidade?

4- Como era o acolhimento dos usuários que não eram moradores de Santa Teresa e queriam utilizar os serviços de saúde do município?

5- Você já teve que negar o atendimento a um usuário que não residia no seu território? Quais foram os argumentos utilizados para a negação dos serviços?

6- Em sua opinião, a territorialização facilita ou dificulta o acesso ao atendimento em saúde? Por quê?

## APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista com Usuários

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1- Há quanto tempo você reside nesta localidade?
- 2- Você utiliza serviços de saúde da rede privada, da rede pública ou de ambas as redes?
- 3- O que é o SUS para você?
- 4- Quando precisa cuidar da sua saúde, onde você procura atendimento? Por quê?
- 5- Você era atendido pela Equipe de saúde da Família? ( ) Sim ( ) Não
- 6- Em caso afirmativo, como era para você ter acesso a esse atendimento e ser acompanhado em sua saúde?
- 7- Como está agora em relação ao acompanhamento de sua saúde?
- 8- O que você entende sobre a territorialização na atenção em saúde?
- 9- Como foi para você vivenciar o processo de territorialização que ocorreu em Aparecidinha? Conte-me detalhadamente a respeito.
- 10- Em sua opinião, a territorialização facilita ou dificulta o acesso ao atendimento em saúde? Por quê?

# **ANEXOS**

## **ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**



### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado para participar como voluntário de uma pesquisa sobre como a divisão de território para atendimento no SUS (territorialidade) afeta o direito de atenção ao paciente (universalidade). Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. A pesquisa não acarretará custos para você.

#### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

**Título do Projeto:** Estratégia Saúde da Família, Territorialização e Universalidade no SUS

**Pesquisador Responsável:** Edialy Cancian Tetemann

**Telefones para contato:** (27) 99928-2274 e (27) 3259-1599

A pesquisa a ser realizada faz parte da formação do mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local com o objetivo de analisar a relação entre o princípio da universalidade do SUS e a territorialização na ESF no caso de Aparecidinha-ES. Também objetiva conhecer como os profissionais de saúde, gestores e a população atendida no Programa de Saúde da Família percebem a mudança ocorrida na atenção em saúde após a nova demarcação de território para atendimento dos usuários.

Espera-se que o estudo contribua para o entendimento da territorialização e da universalidade diminuindo as iniquidades no SUS.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a algumas perguntas em uma entrevista com a pesquisadora a respeito de como você vivenciou o processo de territorialização de Aparecidinha. As entrevistas poderão ser gravadas, mas caso

você não concorde na gravação, poderá responder à pesquisadora que registrará por escrito suas respostas. Caso não concorde em responder alguma pergunta, seu direito a não responder será respeitado. A entrevista ocorrerá em lugar que assegure privacidade e conforto para a realização da mesma, em data e horário, a serem definidos em comum acordo com você, de modo a evitar desconfortos na entrevista. O material gravado será destruído logo após sua transcrição, evitando acesso de outras pessoas ao mesmo.

Não existem eventuais riscos ou benefícios diretos à sua pessoa relacionados à sua participação nesta pesquisa. Alguns desconfortos podem surgir durante o processo de entrevista, mas que tenderão a ser evitados pela pesquisadora, sempre respeitando seus direitos como participante de pesquisa.

As informações obtidas serão confidenciais, assegurando o sigilo sobre sua participação e privacidade e seu anonimato. Os dados obtidos serão divulgados de forma que não possibilite sua identificação. Neste Termo consta o telefone do pesquisador principal de forma que você possa tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação nela em qualquer momento que necessitar. Você também poderá se informar sobre a pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EMESCAM, telefone: (27) 3334-3586

---

Edialy Cancian Tetemann

### **CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que recebi e compreendi por completo as informações por escrito que constam neste documento e as explicações que me foram fornecidas. Fui informado que sou livre para escolher concordar em participar ou me recusar. Declaro estar ciente e esclarecido da pesquisa, seus objetivos, metodologia, riscos/benefícios, garantia de sigilo e liberdade para desistir de participar de colaborar com a pesquisa em qualquer etapa da mesma sem danos para a minha pessoa. Nestes termos, concordo em participar deste estudo.

---

Assinatura do Participante