

## O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização

Grácia M. M. Gondim<sup>1</sup>, Maurício Monken<sup>2</sup>, Luisa Iñiguez Rojas<sup>3</sup>, Christovam Barcellos<sup>4</sup>, Paulo Peiter<sup>5</sup>, Marli Navarro<sup>6</sup>, Renata Gracie<sup>7</sup>

### Introdução

Nos últimos 15 anos a categoria espaço vem sendo utilizada com ênfase no campo da saúde, como uma abordagem fundamental para dar suporte ao conceito de risco, em função das múltiplas possibilidades que se tem em localizar e visualizar populações, objetos e fluxos, e de se espacializar a situação de saúde através da distribuição de indicadores sócio-econômicos, sanitários e ambientais que revelam as condições de vida das pessoas em seu interior.

Para Barcellos e colaboradores (2002), o uso da categoria espaço na análise da situação de saúde e na análise de risco não se limita exclusivamente à mera localização de eventos de saúde. Suas potencialidades e limitações vão depender da diversidade de seus próprios conceitos e conteúdos, onde o espaço é, ao mesmo tempo, produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais.

Os espaços são conjuntos de territórios e lugares onde fatos acontecem simultaneamente, e, suas repercussões são sentidas em sua totalidade de maneiras diferentes. Cada fato é percebido com maior ou menor intensidade de acordo com a organização sócio-espacial, cultural, político e econômica de cada população que habita e produz cada um desses lugares. Essa multiplicidade de territórios e lugares modifica a percepção das pessoas sobre os riscos distribuídos espacialmente. Por isso é não é

---

<sup>1</sup> Arquiteta Sanitarista, Pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio-FIOCRUZ. Doutoranda em Saúde Pública ENSP-FIOCRUZ. Email: [grama@fiocruz.br](mailto:grama@fiocruz.br)

<sup>2</sup> Geógrafo, Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Professor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz. Email: [mmonken@fiocruz.br](mailto:mmonken@fiocruz.br)

<sup>3</sup> Geógrafa, Doutora em Ciências Geográficas. Professora da Universidad de Habana – Cuba. Email: [iniguezrojas@yahoo.com](mailto:iniguezrojas@yahoo.com)

<sup>4</sup> Geógrafo, Doutor em Geociências pela Universidade Federal Fluminense. Pesquisador do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz. Email: [xris@fiocruz.br](mailto:xris@fiocruz.br)

<sup>5</sup> Arquiteto, Doutorando em Geografia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisador do Gruporetis da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Email: [paulopeiter@infolink.com.br](mailto:paulopeiter@infolink.com.br)

<sup>6</sup> Historiadora, Doutora em História pela Université Paris X. Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz. Email: [navarro@fiocruz.br](mailto:navarro@fiocruz.br)

<sup>7</sup> Geógrafa pela Universidade Federal Fluminense. Bolsista do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz. Email: [rgracie@cict.fiocruz.br](mailto:rgracie@cict.fiocruz.br)

incorreto afirmar que as pessoas não são portadores do risco em si, mas sim de fatores imbricados em problemas que se traduzem nas condições gerais de vida, individual e coletiva, e em função da vulnerabilidade de cada um frente às ameaças a que estão expostos cotidianamente.

Uma cidade é capaz de produzir o lugar dos ricos e o lugar dos pobres, das indústrias e do comércio, dos fluxos e circulação de mercadorias, bens e serviços e também produzir riscos diferenciados para cada indivíduo ou grupo social. Sua estrutura espacial é necessariamente heterogênea, resultado da permanente ação da sociedade sobre a natureza. Esse espaço produzido socialmente se configura como um território que exerce pressões econômicas e políticas sobre a sociedade, criando condições particulares para sua utilização por cada ator social.

Nesse sentido é importante destacar que, ao mesmo tempo em que se avança no uso de ferramentas para se analisar e compreender o que ocorre no espaço, há uma tendência a se utilizar essa mesma categoria de análise como sinônimo de território.

O território é também um espaço, porém singularizado: sempre tem limites que podem ser político-administrativo ou de ação de um determinado grupo de atores sociais; internamente é relativamente homogêneo, com uma identidade que vai depender da história de sua construção, e o mais importante, é portador de poder – nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação tanto do Estado, das agências e de seus cidadãos. Daí sua importância estratégica para as políticas sociais públicas na consolidação de ações para o enfrentamento de problemas e necessidade da população que o habita e o produz socialmente.

O território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (Barcellos et al., 2002). O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.

O espaço-território, muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o *locus* onde se verifica a interação população-serviços no nível local. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua resolução devem ser compreendido e visualizado espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil

demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (Mendes, 1993; Barcellos e Rojas, 2004).

### **As divisões territoriais do SUS**

O Sistema Único de Saúde (SUS) utiliza uma variedade de nomenclatura e divisões territoriais para operacionalizar suas ações, quais sejam: o município, o distrito sanitário, a micro-área, a área de abrangência de unidades de saúde, dentre outros, são áreas de atuação de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político, que se estruturam no espaço e criam territórios próprios, dotados de poder. Para Giddens (1989), esse poder criado pelas estruturas do Estado e da sociedade civil organizada se institui através das redes de relacionamento humano que se constituem no espaço.

As bases estruturantes do SUS foram constituídas a partir de um diagnóstico feito pelo movimento de Reforma Sanitária Brasileira ao longo dos anos 70-80, onde se destacavam as seguintes considerações relativas ao setor e aos serviços por ele ofertados à população:

- Desintegração das unidades de saúde, com sobre-oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros;
- Excessiva centralização implicando por vezes em impropriedades das decisões, pela distância dos locais onde ocorrem os problemas;
- Baixa cobertura assistencial, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e mais regiões mais carentes.
- Irresolutividade, desperdício e fragmentação das ações e serviços no enfrentamento aos problemas e necessidades apontadas nas diferentes regiões e populações brasileiras.

As quatro colocações acima aludiam a uma distribuição inadequada e desigual de recursos e serviços de saúde em todo o território nacional, reproduzindo, no campo da saúde, as iniquidades sociais e econômicas do país.

Como consequência imediata, o sistema de saúde proposto àquela época e aprovado na constituição de 1988 — o SUS — apontou como princípios doutrinários para a superação do quadro exposto: a universalidade, a equidade e a integralidade, e, como diretrizes organizacionais, a regionalização e a descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios: a municipalização.

A regionalização proposta inicialmente por instrumentos infra-coinstitucionais após 1988 foi uma estratégia racionalizadora que entendia a organização dos serviços segundo níveis de complexidade tecnológica, localizados em áreas geográficas delimitadas com populações definidas. Pretendia-se, a partir desse arranjo administrativo-gerencial, oferecer àquelas populações referidas atendimento integral em todos os níveis de atenção do sistema — primário, secundário e terciário. Ou seja, organizava-se um pólo assistencial que articulava a rede de serviços de saúde de vários municípios ou estados para dar “cobertura” a um contingente populacional delimitado, a partir da capacidade instalada de cada unidade sanitária tendo como horizonte o que cada uma produzia em relação às ações de proteção e recuperação da saúde.

A municipalização dos serviços de saúde foi colocada como diretriz operacional do novo sistema de saúde e trazia como idéia-força, para um novo desenho organizacional, a noção de território e a necessidade de se delimitar, para cada sistema local de saúde, uma base territorial de abrangência populacional, na perspectiva de se implantar novas práticas em saúde capazes de responder com resolutividade — equidade e integralidade de ações — às necessidades e aos problemas de saúde de cada área delimitada.

A articulação entre a regionalização e a municipalização se daria por meio de um movimento sincrônico de descentralização x centralização das ações, considerando os serviços de saúde existentes no município como os principais responsáveis pelo atendimento à sua população. O nível regional composto por agregados de municípios ou estados com serviços de diferente complexidade, se encarregaria de atender a população referida pelos municípios desse pólo de atenção. Assim, um município que tivesse um serviço de maior complexidade — atenção terciária — poderia atender a população de vários municípios e estados sob a égide da regionalização.

A proposta da municipalização da saúde foi absolutamente positiva, motivada pelo significado da autonomia municipal para maior dinâmica na vida da população e pela importância política e social de reforçar o poder municipal. No entanto, até hoje ainda não foi considerada a heterogeneidade da malha municipal do país para o desencadeamento do processo. Constatam-se grandes disparidades jurídico-políticas, e operacionais entre os municípios, onde se vê, de um lado, aqueles com mais de 1.000.000 de habitantes, com grande potencial político, administrativo e financeiro, e, de outro, os que não atingem uma população de 5.000 pessoas — com baixa capacidade operacional e pouca autonomia.

Essas diferenciações intermunicipais deveriam ter sido consideradas de forma mais radical para o sucesso na implementação da municipalização proposta pelo SUS. Mesmo evidenciando desde o início, em seus princípios e diretrizes — nacionais e estaduais — a importância de se atuar sobre os problemas de saúde, e que, considerando a efetividade das intervenções, só seria possível quando se conseguissem respeitar as condições sociais, culturais, institucionais e epidemiológicas dos níveis local, regional, ou microrregional; deixava-se em aberto a possibilidade de adaptações e alternativas operacionais segundo as especificidades dos territórios, sem fazer menção ao nível municipal.

Confirma Paim (2002) que “de fato as condições políticas, sociais, econômicas, culturais e até geográfico-ambientais para desenvolver o processo de municipalização foram e ainda são muito favoráveis (ou absolutamente desfavoráveis) a depender das estratégias e dos critérios para sua operacionalização” (Paim, 2002).

Na perspectiva de aproximação da ação político-assistencial junto à população e maior resolutividade das intervenções, o município se transformou em um mito. Partia-se da consideração repetida e sugestiva de que “quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto”. A municipalização da saúde seria o caminho que segurava a implantação do SUS, sintetizado na sentença “o melhor remédio para a saúde é o município”.

São múltiplos os termos propostos nos últimos 15 anos em relação ao território e sua apropriação pelo sistema de saúde. Mendes (1993) considera que se desenvolveram duas correntes do pensamento:

- uma que vê o território como espaço físico, geopolítico, com uma visão topográfica-burocrática e;
- outra que entende o território-processo, como produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena política (Mendes, 1993:166).

Tentando abrir uma discussão sobre estas propostas consideramos que a primeira coincide com a mais reconhecida e tradicional forma de entender o território, definido formalmente, e muitas vezes imposto, ao menos no primeiro nível de fragmentação territorial sub-nacional, e, na segunda, aproxima-se do território usado, sinônimo, segundo Santos (2001), de espaço geográfico.

## **O Distrito Sanitário como unidade operacional mínima do sistema de saúde**

Junto com a regionalização e a municipalização surge a proposta de estruturação dos Distritos Sanitários como uma estratégia para a implementação do SUS, funcionando como uma unidade operacional básica mínima do Sistema Nacional de Saúde. Essa proposição, em certo sentido, recuperava as propostas teórico-metodológicas dos Sistemas Locais de Saúde — SILOS —, entendidos como um processo social e político de transformação de práticas e uma estratégia, apoiada pela OMS/OPAS, para melhoria das condições de saúde das populações dos países em desenvolvimento, especificamente na América Latina, as quais perderam, progressivamente, sua força e visibilidade.

O processo de distritalização da saúde teve impulso no Brasil no início dos anos 80 paralelamente ao enfoque estratégico situacional no planejamento, desenvolvido através do método CENDES/OPAS e apropriado pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde — SUDS (1986-87) — na perspectiva de romper com a lógica autoritária e vertical na organização dos serviços (Teixeira, 1993; Mendes, 1994).

Foi dessa época o surgimento de diversas experiências exitosas no país, a partir de uma cooperação técnica Brasil-Itália, onde vários municípios brasileiros — Pau da Lima-BA, Natal-RN, Cachoeira de Macacu-RJ, e outros — desencadearam a estruturação de distritos sanitários, tendo como diretriz a definição de território, de áreas de abrangência de unidades de saúde e a adscrição de população aos serviços de saúde (Paim, 1993, 1994; Mendes, 1994; Teixeira, 1994; Silva Junior, 1996; Vilasboas, 1998).

O distrito sanitário como a unidade organizacional mínima do sistema de saúde deveria ter uma base territorial definida geograficamente, com uma rede de serviços de saúde com perfil tecnológico adequado às características epidemiológicas da população distribuída em seu interior.

Nessa proposta, o distrito poderia coincidir com o território do município, ser parte dele ou, ainda, constituir-se como um consórcio de municípios. Nessa última modalidade, deveria ser escolhido dentre os municípios consorciados aquele com maior capacidade tecnológica e resolutiva para ser a sede do distrito sanitário. Com isso, constituía-se uma rede articulada e hierarquizada de serviços com atenção progressiva à saúde da população.

Conceitualmente, o Distrito Sanitário deveria ser capaz de resolver todos os problemas e atender a todas as necessidades em saúde da população de seu território, circunscrevendo três níveis de atenção à saúde:

1) o primeiro voltado para o cuidado à saúde individual e coletiva, com ações de promoção e prevenção capazes de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população de seu território;

2) o segundo deveria oferecer a assistência ambulatorial especializada, para responder às necessidades de saúde encaminhadas do nível anterior, dotado de maior resolutividade e capacidade tecnológica ampliada, e,

3) o terceiro nível, responsável pela atenção a situações emergenciais, internações e com um aparato tecnológico mais complexo e especializado.

Aparentemente, mesmo sem definições claras a respeito, o primeiro nível aparece como o único a ter demarcação territorial no interior do distrito, em função da exigência de adscrição de clientela e da definição de área de abrangência das unidades básicas de saúde. O segundo e o terceiro nível de atenção não têm contorno territorial visível, definindo-se geograficamente a partir da necessidade de atenção da população, porém localizados no território do distrito que, dependendo de sua configuração, poderiam estar em um município ou em parte de um município ou vários municípios.

A idéia subjacente à proposta do distrito sanitário seria possibilitar progressivamente a estruturação dos serviços de saúde em diferentes escalas territoriais, ou seja, propiciar aos sistemas de saúde no âmbito do estado, do município, da região, do bairro, a oportunidade de se estruturarem para dar cobertura efetiva a uma determinada população em um território — município, área de abrangência, micro-área, família (Paim, 1994).

Outro aspecto muito importante da organização do distrito sanitário foi sua relativa flexibilidade. Poderia conformar uma região com um município pólo, onde se estabeleceriam fluxos organizados de demanda de serviços de maior complexidade desde municípios pequenos até mesmo a população de assentamentos rurais dispersos, do próprio município ou de outros vizinhos. Essa certa flexibilidade do atendimento especializado ou emergencial contemplava até a possibilidade de atenção no local de trabalho, que poderia não coincidir com o da residência. Um distrito poderia também agrupar vários bairros relativamente homogêneos internamente ao interior de uma cidade de grande porte.

A proposta da distritalização, embora tratada em certo tempo no país de forma exaustiva, não se difundiu como deveria. Na atualidade, pouco se tem trabalhado a relação entre os conceitos de regionalização, municipalização e distritalização do sistema, para compreender e definir como essas três estratégias organizacionais poderiam contribuir para a melhoria da atenção na implementação do SUS. De fato, o que se tem hoje no Sistema Único de Saúde é de que os “Sistemas Locais de Saúde” podem ser concebidos, tanto no nível da unidade de saúde, como do distrito, do município ou da microrregião. Não há consenso sobre a teoria que consubstancia esta proposição, nem reflexão sobre as práticas que ela informa para os diferentes níveis de organização dos serviços. Fica a critério de cada profissional, instituição ou gestor de saúde o entendimento e a apropriação dessas concepções e o seu reatamento na organização dos serviços e na estruturação das práticas sanitárias.

### **Os vários territórios do SUS: coexistência ou integração?**

Segundo Mendes (1993), no processo de municipalização podem ser identificados os seguintes territórios:

- território-distrito - como delimitação político-administrativa;
- território área - delimitação da área de abrangência de uma unidade ambulatorial;
- território-microárea - delimitada com a lógica da homogeneidade sócio-econômica-sanitária;
- território-moradia - como lugar de residência da família.

Independente das imprecisões no uso do termo área, o esforço do autor é inegável, e, ainda, sem declaração explícita, desenvolve um raciocínio escalar, de níveis territoriais de grande utilidade na organização tanto dos serviços quanto das novas práticas de promoção de saúde.

Diferentes do território-distrito e do território-moradia, que apresentam uma delimitação evidente, o território-área e o território-microárea compreendem extensões e população indefinidas. Podem ser até considerados territórios de abrangência das unidades de saúde, ainda que as delimitações não tenham sido tão freqüentes, e sua lógica alude à quantidade de população, e não de famílias que habitam num determinado recorte, sob a responsabilidade da unidade de saúde.

Mais recentemente, se avaliarmos as regulamentações operacionais do SUS — Norma Básica da Atenção, NOB/96 — e a Norma Operacional da Assistência —



NOAS/2002 —, percebe-se uma série de nomenclaturas relacionadas às noções de espaço geográfico e território. Na primeira, NOB-96, a ênfase é dada ao processo de municipalização dos serviços, exigindo-se uma série de procedimentos que devem ser paulatinamente repassados do estado para a gestão do município, implicando em uma série de repasses financeiros que dão sustentabilidade ao sistema. A segunda, NOAS/2002, preocupa-se com a regionalização da assistência, com uma forte retomada do poder do estado, na perspectiva de reorganizar os sistema a partir de pólos de atenção com maior capacidade de dar respostas aos problemas e necessidades em saúde daquela região.

Na organização da atenção básica, ficam evidentes em todos os textos normativos os termos espaço territorial, área de abrangência de unidade, adscrição de clientela, referência e contra-referência como a possibilidade de se demarcar um território. Num primeiro momento o objetivo é compreender a dinâmica da população, as relações sociais e econômicas e o processo de produção da saúde ou da doença, como resultante da interação dessas diversas dimensões. Num segundo momento, criar as condições necessárias para vigiar, regular, controlar, organizar e intervir sobre os problemas e necessidades que surgem no território e com a população.

A NOB-96 propõe o reordenamento do modelo de atenção, estabelecendo vínculos entre os serviços e os usuários por meio dos sistemas municipais de saúde. Pressupõe-se que os estabelecimentos de saúde se organizem em rede, com subsistemas municipais de saúde que não necessitam ter sede no território do município, orientado segundo os princípios de regionalização e hierarquização. As redes de serviços regionalizadas ampliam o acesso aos serviços de saúde com qualidade e menor custo, e devem ter como premissas para a integralidade das ações, a harmonia da oferta, a integração dos serviços e a modernização da atenção para atender ao princípio da descentralização.

Os serviços municipais deverão estar organizados em diferentes níveis de complexidade tecnológica, onde alguns deles atendem a outros municípios mediados pelo estado através do instrumento da Programação Pactuada Integrada — PPI e da Comissão Intergestora Bipartite — CIB.

Já no processo de organização da assistência, o enfoque principal é a regionalização e a unidade territorial é a Região. Ela representa a fragmentação do território estadual segundo agregados de municípios. Dentro dessa lógica, a organização dos serviços e da rede assistencial obedece a critérios de hierarquização administrativa

sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde. A regionalização da assistência se daria, portanto, por níveis de complexidades da atenção — baixa, média e alta, dependendo da capacidade instalada e operacional de cada município habilitado.

No atual pacto de gestão (Brasil, 2006) vê-se novamente a retomada da regionalização como diretriz fundamental do SUS, sendo eixo estruturante para a pactuação e descentralização das ações. Fica explícito nesse documento que o desenho final do Plano Diretor de Regionalização deve levar em conta o reconhecimento das regiões de saúde em suas singularidades, em cada estado e no distrito federal. As regiões de saúde são entendidas como *“...recortes territoriais inserido em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território”*.

Por fim determina que a região de saúde deve propiciar a organização da rede de serviços e ações de saúde para atender e assegurar os princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado, possibilitando a ação cooperativa e solidária entre gestores e o fortalecimento do controle social. A rede de atenção à saúde deve ser pactuada tanto em relação aos recursos (materiais, financeiros e humanos) quanto no que tange às responsabilidades e ações complementares entre os entes federados.

O conjunto de ações que não são compartilhadas refere-se à Atenção Básica e às ações de vigilância em saúde, as quais devem ser assumidas e estar sob a responsabilidade exclusiva do município. Portanto, a região de saúde deve estabelecer critérios que assegurem certo grau de resolutividade àquele território delimitado, como suficiência na atenção básica e parte da média complexidade, para isso podem ter diferentes formatos tais como: I) regiões intraestaduais, formadas por mais de um município, dentro de um mesmo estado; II) regiões intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional; III) regiões interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados, e, IV) regiões fronteiriças, organizadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos (BRASIL, 2006).

Dependendo da complexidade ou da estratégia de definição das regiões, pode-se identificar nos dois instrumentos normativos (NOB/96; NOAS/2002; Pacto de Gestão, 2006) sub-regiões dentro das regiões, tais como:

- região de saúde - base territorial de planejamento, correspondendo a um agregado de municípios;
- microrregiões - sub-regiões de saúde com maior homogeneidade interna, populacional e epidemiológica que demanda ações específicas;
- módulo assistencial – módulo territorial com resolutividade correspondente ao 1º nível de referência da atenção à saúde, podendo ser composto por um ou mais municípios;
- município-sede – município do módulo assistencial habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Oferece a totalidade dos serviços à população do município e a outras a ele adscritas;
- município-pólo - referência para outros municípios em qualquer nível da atenção; e,
- unidade territorial de qualificação na Assistência à Saúde – unidade mínima de planejamento regionalizada em cada unidade federada acima do módulo assistencial – região ou microrregião de saúde.
- Os territórios do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do Programa Saúde da Família (PSF)

Criado em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde — PACS — teve como pressuposto básico a definição de “área geográfica” para a implantação do Programa, cuja prioridade seriam aquelas onde as famílias estivessem mais expostas aos riscos de adoecer e morrer, e onde as condições de vida e a situação de saúde fossem precárias.

Cada ACS se encarregaria de cadastrar um número determinado de famílias adscritas a uma “base geográfica” sob os seus cuidados — em torno de 150 famílias ou 750 pessoas —, onde os problemas deveriam ser identificados em cada “território de trabalho”, por meio de um mapeamento de sua “área de abrangência”, ressaltando as “micro-áreas de risco”. O agente comunitário deveria pertencer à comunidade onde realiza seu trabalho, estreitando os laços entre a população e os serviços de saúde, criando uma rede informal de saúde.

O PSF foi criado junto com o PACS em 1991, iniciando suas atividades em 1994. Dentre as suas diretrizes, algumas apontam na direção da definição de territórios, como: a “adscrição de população” — vinculada a uma unidade básica; “território de abrangência” —, entendido como a área que está sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da

família e, a “territorialização” — vista como uma ferramenta metodológica que possibilita o reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência.

A estratégia Saúde da Família define e é responsável por um recorte territorial, que corresponde à área de atuação das equipes de saúde da família, ou dos agentes comunitários de saúde, segundo agregados de famílias a serem atendidas (no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas), que pode compreender um bairro, parte dele, ou de vários bairros, nas áreas urbanas ou em várias localidades, incluindo população esparsa em áreas rurais. A equipe mínima de uma unidade básica do PSF para cobrir essa população é composta por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e de cinco a seis agentes comunitários de saúde.

Ainda que o programa focalize o atendimento na saúde das famílias, incluindo atividades de promoção de saúde, está implícita a atuação sobre os ambientes de reprodução social delas. A menor unidade espacial da base territorial do sistema de saúde é este território — a área de abrangência das famílias adscritas a cada unidade básica. Ela é pouco tratada, imprecisa em sua delimitação, e fonte para as análises epidemiológicas. Potencialmente, estes territórios têm como vantagem a possibilidade de captar dados demográficos, epidemiológicos, e de condições de vida, incluindo ambientais.

### **Os territórios dos agentes de endemias**

O guarda de endemias como agente de vigilância e controle atua em um recorte territorial definido dentro de uma diretoria ou subdiretoria regional. São formados a partir de itinerários a serem cumpridos no trabalho que realizam no campo — nas moradias, nas fazendas, nos povoados ou localidades rurais —, que consistem em visitas para a busca de vetores ou das condições propícias a sua reprodução. Esses trabalhadores de campo percorrem lugares muito diversificados, desde um pequeno povoado rural concentrado a populações dispersas no território, até condomínios fechados em grandes cidades.

Uma das questões colocadas atualmente é a possibilidade de ampliar o conteúdo do trabalho desses profissionais — guardas — de forma que durante o trabalho de campo consigam avançar na compreensão dos problemas de saúde das famílias e das populações, além da observação exclusiva dos fatores associados às endemias

(Barcellos e Rojas, 2004). Resultaria desta proposta um conteúdo em certo sentido convergente àqueles desenvolvidos pelos agentes comunitários de saúde, que poderiam se encontrar ou sintetizar no avanço da revisão sobre os vários recortes do SUS.

Nas áreas de vigilância e controle da dengue, os agentes de saúde, responsáveis pela prevenção e controle da endemia, delimitam seus territórios de atuação em áreas urbanas segundo um número determinado de imóveis, aproximadamente 800 (de 35 a 40 quarteirões). Eles têm sido denominados distritos ou micro-áreas, onde os agentes de endemias centram sua atuação nos prédios, nas moradias, independente do número de pessoas que os habitem ou os percorram durante o dia.

As informações contidas nessas unidades falam de índices de infestação de larvas de mosquito e pouco refletem os processos de produção da doença — seus determinantes e condicionantes. São unidades para ação contra o vetor — o inimigo a ser enfrentado, e também de educação da população para sua participação no controle dos fatores que podem favorecer ao surgimento de focos de mosquitos.

Dos diferentes períodos de constituição destes recortes dos territórios do SUS — do guarda de endemias ao agente comunitário e ao PSF, passaram-se cerca de 50 anos. Desse modo, foram se conformando sucessivas aproximações entre determinados conteúdos técnicos a serem desenvolvidos pelos profissionais neles inseridos, sugerindo, na atualidade, a possibilidade de integração das práticas de todos eles, na perspectiva de se ampliar e disponibilizar as fontes de dados, de forma mais completa e abrangente.

Na prática dos serviços de saúde vem ocorrendo uma articulação espontânea entre os vários recortes mencionados, sem um acompanhamento sistemático que possa revelar as diferentes formas dessa integração.

Como foi visto, os territórios onde se desenvolvem as práticas de saúde (curativas, preventivas e promocionais), em geral são fragmentados ainda que estejam dentro de um mesmo município. Há uma diversidade de interpretações e múltiplos sentidos ao que se chama de território no campo da saúde. O que se torna evidente é a necessidade de definir um “espaço geográfico” para a estruturação e organização de serviços de saúde compatíveis com as necessidades e os problemas demandados pela população. Isto contribuiria para uma melhor atuação dos profissionais aproximando-os do cotidiano da vida das pessoas sob seus cuidados, e o desenvolvimento de práticas sanitárias efetivas — integrais e humanizadas —, que auxiliem na melhoria das condições de vida da população e na produção de saúde.

Portanto, a utilização da categoria território serve para operacionalização de diferentes situações no campo da saúde:

- distribuir e localizar no espaço unidades de saúde, traduzidas em área de abrangência e acessibilidade a serviços e produtos de saúde;
- compreender e analisar o processo saúde-doença, identificando os fatores determinantes e condicionantes em suas múltiplas dimensões — social, econômica, política, ecológica, cultural;
- circunscrever e elaborar diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de uma população de referência;
- identificar necessidades, situações-problemas e populações específicas para as intervenções em saúde;
- localizar e espacializar riscos à saúde e ao ambiente;
- definir a base populacional, o nível de agregação das variáveis (determinantes e condicionantes) e a escala de observação — base cartográfica, nos estudos epidemiológicos (descritivos e analíticos) e nos epidemiológicos espaciais, e,
- planejar e alocar recursos (físicos, financeiros, tecnológicos), inclusive pessoas, compatíveis com as necessidades e os problemas de uma área e população específicas.

Todas essas situações dizem respeito às necessidades que o setor saúde e, especificamente, o sistema de saúde tem de promover e proteger a saúde das populações, buscando estratégias e arranjos institucionais para vigiar, controlar e prevenir riscos e agravos à saúde, decorrentes das condições gerais da existência humana — da produção, da circulação e do consumo, manifestos nos espaços de vida das pessoas.

### **Territorialização e serviços de saúde: desafios operacionais**

O ponto de partida para a organização dos serviços e das práticas de vigilância em saúde é a territorialização do sistema local de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde (Teixeira et al, 1998).

O processo de territorialização é um dos elementos do tripé operacional da vigilância em saúde junto com as práticas e os problemas sanitários se constituindo como

uma das ferramentas básica para o planejamento estratégico situacional<sup>8</sup>. O enfoque estratégico-situacional foi proposto originalmente por Carlos Matus (Matus, 1989; Rivera, 1989) como possibilidade de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica, contemplando simultaneamente a formulação de políticas, o planejamento e a programação dentro de um esquema teórico-metodológico de planificação situacional para o desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde. Tem como base a teoria da produção social, onde a realidade é indivisível, e entende, que tudo que existe em sociedade é produzido pelo homem (Matus, 1993).

O Planejamento Estratégico Situacional deve ser pensado de forma contínua e ascendente como forma de ordenamento de um território definido. A partir desse espaço delimitado o planejamento é processado e materializado por meio de informações territorializadas acerca da situação de saúde e das condições de vida da população. A territorialização permite espacializar e analisar os principais elementos e relações existentes em uma população, os quais determinam em maior ou menor escala seu gradiente de qualidade de vida.

A análise territorial implica em uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problemas e necessidades em saúde de uma dada população de um território específico, indicando suas inter-relações espaciais. Possibilita ainda, identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções. O uso da epidemiologia como ferramenta poderosa para o planejamento através da microlocalização dos problemas de saúde permite a escolha de ações mais adequadas, apontando estratégias e atores que foram identificados no processo de diagnóstico, para melhor as operacionalizarem e viabilizarem no território.

Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a essa nova prática é importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, pois estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersetorialidade. O território utilizado pela população pode ser assim operacionalizado, devido a concretude produzida pelas práticas humanas tanto as planejadas e inerentes às políticas governamentais de intervenção setorial, como as práticas circunscritas à vida social cotidiana.

---

<sup>8</sup> Os fundamentos teóricos do PES baseiam-se na teoria das situações e no pensamento estratégico. Matus, C – Política, Planejamento e Governo. Brasília; IPEA, 1993.

O processo de elaboração de diagnósticos territoriais de condições de vida e situação de saúde deve estar relacionado tecnicamente ao trinômio estratégico informação-decisão-ação (Teixeira et al., 1998). A fase de informação faz parte do processo de obtenção de dados primários e de sua sistematização, com objetivo principalmente descritivo. As variáveis contidas em seus instrumentos de pesquisa devem ser construídas visando à interpretação dos dados, conforme o arcabouço teórico-metodológico. As categorias escolhidas para análises descritivas e analíticas, devem explicitar com maior fidedignidade a problemática identificada, para conduzir e facilitar o processo de tomada de decisão.

Na fase onde a prática vislumbra a ação, as operações identificadas e planejadas são subsidiadas pelas fases anteriores, através da apreensão interativa por parte do profissional de saúde da própria realidade territorial. Essa é uma prática transformadora e comporta o significado do território para os agentes deste processo, tanto os profissionais de saúde como os de outros setores de ação governamental, como também para a própria população.

Muitas vezes nos diagnósticos de condições de vida e de situação de saúde, os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares, são listados e tratados como conteúdos desarticulados do território analisado. Tradicionalmente algumas análises de situação são realizadas descrevendo o conteúdo do território, tratado como mero receptáculo que contém determinadas características e aspectos.

### **A guisa de conclusões**

Uma proposta de mudança de práticas sanitárias, baseada na ação sob territórios deve considerar os sistemas de objetos naturais e construídos pela sociedade, identificar os diversos tipos interação no território, como são percebidos pela população e, até que ponto as regras de utilização dos recursos do território e da população promovem determinados hábitos, comportamentos e problemas de saúde cujas características são passíveis de identificação.

Nesta abordagem, a reprodução social está relacionada diretamente com a reprodução material da vida cotidiana traduzida pelas condições concretas de existência da população. Essa reprodução material produz contextos diversos onde a situação de saúde da população está relacionada às condições de vida. Estes contextos são constituídos por uma diversidade de usos, como reflexo de uma rede de interações



diversas no âmbito sócio-político-econômico-cultural-territorial implicados no processo social como um todo.

A análise social no território deve ser construída de forma a contribuir na identificação de informações, para a operacionalizar as tomadas de decisão e para a definição de estratégias de ação nas “diferentes dimensões do processo de saúde-doença” (Teixeira et al., 1998), ou seja, em termos das necessidades sociais; nos grupos de risco; na situação de exposição; nos danos e óbitos; seqüelas; e nas doenças e agravos. Estas dimensões, entretanto, não estão separadas e sim relacionadas e em muitas vezes são causas, efeitos ou condições que se direcionam para situações-problema com contextos muito particulares, dada a diversidade de uso do território pelos atores sociais. É deste modo, que o reconhecimento do território pode ser operacional para as ações de saúde devido a sua concretude, sintetizando a totalidade social e suas particularidades.

Ao utilizar o conceito de território na saúde devemos estar atentos para o que foi colocado por Santos e Silveira (2001: 12). Para estes autores:

*“...o território, em si mesmo, não constitui uma categoria de análise ao considerarmos o espaço geográfico como tema das ciências sociais, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o território utilizado”.*

Isto é, não faz sentido pensar no território como mera delimitação de uma área, é preciso reconhecer processos e territorialidades que muitas vezes transgridem limites impostos por atores determinados.

Nesse sentido, ao se buscar aperfeiçoar a ação institucional do setor saúde é preciso reconhecer nos territórios mais do que a sua delimitação “ótima” do ponto de vista funcional, mas percebê-lo como uma instância de poder, do qual participam as populações a eles adscritas. Só assim, este poder será legítimo. Para isso é preciso conhecer o território, sua população e os processos que aí se desenvolvem (o território usado), bem como reconhecer as múltiplas e diversas territorialidades existentes na “arena territorial”, como apontado por Cox (1991).

É preciso enxergar o setor saúde como um ator a mais nesta arena (e não o único), com atribuições específicas, a saber, ajudar a construir ambientes saudáveis. Esta construção será tão mais sólida quanto maior for o grau de participação dos atores locais e respeitadas suas territorialidades. Por isso, utilizar a categoria território como elemento estruturador das ações em saúde é mais do que gerar novas delimitações administrativas.

As expressões vigilância — da saúde, epidemiológica, sanitária e ambiental, são utilizados não para vigiar pessoas e lugares, mas para controlar contextos e produzir saúde (Paim, 2003), por isso mesmo, se utilizam da categoria território, como um dos elementos estruturantes de suas ações e de sua materialidade junto aos serviços de saúde e a população.

Participação, pactuação e responsabilidade solidária são estratégias político-territoriais que o sistema de saúde põe em prática através das diretrizes da descentralização, da regionalização e da municipalização para efetivar a universalidade, a equidade e a integralidade das ações, princípios constitutivos do Sistema Único de Saúde, garantidos na Constituição Federal a todo cidadão, como direito de cidadania assegurado pelo Estado. Estas estratégias serão mais eficazes à medida em que estejam melhor informadas dos processos que participam das construções dos territórios da saúde, concebidos como processos onde existem superposições de intenções de diferentes atores e conflitos.

### **Referências Bibliográficas**

- ALMEIDA FILHO, N. 1992. *A Clínica e a Epidemiologia*. Salvador: APCE: ABRASCO.
- BARCELLOS, C.; SABROZA, P.C.; PEITER, P.; ROJAS, L.I. (2002) Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, 11(3): 129-138
- BARCELLOS, C.; ROJAS, L.I. 2004. O território e a Vigilância da Saúde. EPSJV:Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - Proformar – Unidade de Aprendizagem I, Módulo III. Rio de Janeiro
- BARRETO, M. L. 1982. *Esquistossomose Mansônica: Distribuição da doença e organização social do espaço*. Dissertação de Mestrado, Salvador: Universidade Federal da Bahia.
- BARRETO, M. L. 1998. Ambiente e Saúde. Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 3, nº 2, Rio de Janeiro ABRASCO.
- BREILH, J. 1977. Community Medicine under Imperialism. *International Journal of Health Services*, 9(1).

- BREILH, J.; GRANDA, E. 1985. *Investigación de la salud en la sociedad*. La Paz, Bolívia: Ed. Salud y Sociedad.
- BRASIL. MS/SE/DAD. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília/DF. 2006
- CAPEL, H. 1983. Positivismo y antipositivismo en la ciencia geográfica. El ejemplo de la geomorfología. *Cuadernos Críticos de Geografía Humana*, enero.
- CASTELLANOS, P. L. 1990. *Avances metodológicos en Epidemiología*. Congresso Brasileiro de Epidemiologia e desigualdade Social. 1. Desafios do final do século. Abrasco, Anais. Campinas, São Paulo.
- CASTELLANOS, P. L. 1997. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: *Condições de vida e situação de saúde* (Barradas R. B. - org.), p.31-75, Rio de Janeiro: ABRASCO.
- CASTIEL, L. D. 1994. *O Buraco e a Avestruz – a singularidade do adoecer humano*. Campinas, SP: PAPIRUS.
- CHAVEZ, B.V. 2002. *Conflictos ambientales. La internacionalización de la defensa de las comunidades contra instalaciones contaminantes*. Ed. Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México.
- CLAVAL, P. 1979. *Espaço e Poder*. Rio de Janeiro: Zahar.
- CONFALONIERI, U. et al. 2000. *Mudanças Globais e Grandes Empreendimentos*, In: Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento, p. 35-62, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- CORRÊA, R. L. 1995. Espaço, um conceito-chave da Geografia. In: *Geografia: Conceitos e Temas* (I. E. Castro & P. C. G. Costa), p.15-48; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil,
- CORRÊA, R. L. 1997. Interações Espaciais. In: *Explorações Geográficas*. Rio de Janeiro (I. E. Castro; P. C. G. Costa & R. L. Corrêa), p.279-318, Bertrand Brasil.
- CORRÊA, R. L. 1999. *Redes Geográficas e Teoria dos grafos*. Textos Laget, Pesquisa e Ensino. (mimeo).
- COX, K. R. 1991. Comment: Redefining 'territory' *Political Geography Quarterly*, 10 (1), p.5-7.
- CZERESNIA, D. & RIBEIRO, A. M. 2000. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(3):595-617.

- GEIGER, P. P. 1994. Des-territorialização e espacialização. In: *Território, globalização e fragmentação* (M. Santos; M. A. Souza, M.A. & M. L. SILVEIRA,org.), p.233-246, Hucitec-ANPUR, São Paulo.
- GEORGE, P. A 1969. *Geografia Ativa*. São Paulo: Difel.
- GONDIM, GMM & MONKEN, M. – Termo de referência para elaboração de textos para o PROFORMAR, Oficina de Autores. Mimeo. Rio, 2002.
- HAESBAERT, R. 2004. *O Mito da Desterritorialização: do "Fim dos Territórios" à Multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil.
- HARVEY, D. 1980. *A Justiça Social e a Cidade*. São Paulo: Hucitec.
- JOLLEY, D.J.; JARMAN, B.& ELLIOT, P. 1992. Socio-economic confounding. In: *Geographical and Environmental Epidemiology: Methods for Small-area Studies*. (P. Elliot), p. 115-124, Oxford University Press, Tokyo.
- LACOSTE, Y. 1977. *A geografia serve, antes de mais nada, para fazer a guerra*. Lisboa: Iniciativas Editoriais.
- LAURELL, A.C. 1976. *Notas para un Marco Teórico para la Investigación en sociología Médica*. Dissertação Maestria, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- LAURELL, A.C. et. al. 1977. Enfermedad y Desarrollo: Análises Sociológico de la Morbilidad de Dos Pueblos Mexicanos. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas*, v. 84, p.131-151.
- LEFF. E. 2001. *Saber Ambiental – sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- MATUS, C. Adeus, senhor presidente. Recife: Letteris Editora, 1989
- MATUS, C 1993. Política, planejamento & governo. Tomos I e II. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada , Brasília .
- MENDES E. V. (org.)1994. *Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário*. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 13, OPS, Brasília.
- MENDES E. V. 1993b. *A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário*, Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 10,; 7-19, Brasília, OPS.
- MENDES, E.V. 1999. *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- MENDOZA, J. G.; JIMÉNEZ, J. M. & CANTERO, N. O. 1982. *El pensamiento geográfico*. Madrid: Alianza Universidad.
- MONKEN, M. 2003. *Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da*

- saúde*, Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- MORAES, A.C.R. 1994. *Meio Ambiente e Ciências Humanas*. São Paulo: Hucitec.
- PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. 2000. *A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde*. Coletiva. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.
- PAIM, J. S. 1993. Marco de Referência para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. *Rev. Bras. Educ. Médica* 17(3): 7-13.
- PAIM, J. S. 1994. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- PARROCHIA, D. 1993. *Philosophie des Réseaux*. Paris: PUF.
- PAVLOVSKY, E.N. 1966. *Natural Nidality of Transmissible Diseases*. Trans. and ed. In: Urbana (N.D. Levine), Univ. Illinois Press.
- RAFFESTIN, C. 1988. Repères pour une théorie de la territorialité humaine. In: *Réseaux Territoriaux — Transports & Communication* 14, p.263-279, Paris: Paradigme.
- RAFFESTIN, C. 1993. *Por uma Geografia do Poder*. São Paulo: Ática.
- RATZEL, F. 1982. (1898-99) El territorio, la sociedad y el Estado. In: *El pensamiento geográfico. Estudio interpretativo y antología de textos - De Humboldt a las tendencias radicales* (J. G. Mendoza, et al). Madrid: Alianza Editorial.
- RIVERA FJU (org.) 1989. Planejamento e programação em saúde – um enfoque estratégico. Hucitec- Abrasco, Sao Paulo - Rio de Janeiro.
- ROJAS, L.I.. 1998. Geografía y Salud: temas y perspectivas en America Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4):701-711, Rio de Janeiro, out. dez.
- SABROZA, P. 1991. *Espaço e Produção de Endemias*. II Taller de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Caracas.
- SACK, R. D. 1986. *Human Territoriality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SANTOS, M. & SILVEIRA, M. L. 2001. *O Brasil — Território e Sociedade no Início do Século XXI*. Rio de Janeiro: Record.
- SANTOS, M. 1988. *Metamorfoses do Espaço Habitado*. São Paulo: Hucitec.
- SANTOS, M. 1994. *Técnica, Espaço e Tempo. Globalização e Meio Técnico-Científico Informacional*. São Paulo: Hucitec.
- SANTOS, M. 1996. *A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção*. São Paulo: Hucitec.
- SANTOS, M. 1998. “O retorno do território”. In: *Território, Globalização e Fragmentação* (M. Santos; M. A A Souza & M. L. Silveira, org.), p.15-20, São Paulo: Hucitec.

- SILVA, L. J. (1997). O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. *Cadernos de Saúde Pública* 13(4):585-93.
- SILVA, L. J. 1985. *Organização do Espaço e Doença*. In: Textos de apoio: Epidemiologia 1 (J. Carneiro, org.), Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ABRASCO.
- SOJA, E. W. 1993. *Geografias Pós-Modernas*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar.
- SORRE, M. 1943. *Les Fondements de la Géographie Humaine*. Paris: Armand Colin.
- SOUZA, M. J. L. 1995. O Território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: *Geografia: Conceitos e Temas* (I. E. Castro; P. C. G. Costa & R. L. Corrêa, Roberto, org.), Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- TEIXEIRA, C. F. 1993. Planejamento e Programação Situacional em Distritos Sanitários: metodologia e organização. In: *Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- TEIXEIRA, C. F. 1994. A construção social do planejamento e programação local da vigilância a saúde no Distrito Sanitário. In: *Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário* (E. V. Mendes, org), p. 43-59, OPS. Série Desenvolvimento de serviços de saúde, nº 13, Brasília.
- UNGLERT, C. V. S. 1999. Territorialização em Saúde. In: *Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde* (E. V. Mendes, org.) São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- VILASBOAS, A L. 1998. *Vigilância à Saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima*. Dissertação de Mestrado, Instituto Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.