



Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes

Universality and Territorialization in SUS: contradictions and tensions inherent

EDIALY CANCIAN TETEMANN*

SILVIA MOREIRA TRUGILHO**

LUCIANA CARRUPT MACHADO SOGAME***



RESUMO – O presente texto aborda a questão da territorialização no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, a partir da experiência de divisão territorial ocorrida na localidade rural de Aparecidinha, Santa Teresa – ES, com o objetivo de discutir as contradições inerentes ao princípio da universalidade do SUS e à territorialização na ESF, demonstrando como a noção rígida de território, tomada na concepção meramente geopolítica, resulta na rigidez da demarcação territorial da atenção básica, acarretando a dificuldade de acesso dos usuários do SUS às ações e serviços de atenção em saúde.

Palavras-chave – Território. Universalidade. SUS. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT – This paper addresses the issue of territorial under the Family Health Strategy, from the territorial division experience occurred in the rural town of Aparecidinha, Santa Teresa - ES, with the aim of discussing the contradictions inherent in the principle of SUS universality and territorialization in the FHS, demonstrating how the rigid notion of territory taken in purely geopolitical design results in the rigidity of territorial demarcation of basic health care, leading to difficulty of SUS users access to actions and health care services.

Keywords – Territory. Universality. SUS. Family Health Strategy.

* Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), servidora efetiva da Prefeitura Municipal de Santa Teresa, enfermeira da Estratégia da Saúde da Família, Santa Teresa - ES/Brasil, CV: <http://lattes.cnpq.br/1906941282445870>. E-mail: edialyct@yahoo.com.br.

** Doutora em Educação pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), docente do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Assistente Social do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, Vitória – ES/Brasil, CV: <http://lattes.cnpq.br/2312551073489897>. E-mail: silvia.trugilho@emescam.br

*** Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, docente do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, Vitória - ES/Brasil. CV: <http://lattes.cnpq.br/0690734942606200>. E-mail: luciana.sogame@emescam.br
Submetido em: junho/2016. Aprovado em: agosto/2016.

O texto que aqui se apresenta dirige a atenção para a questão da acessibilidade aos serviços e ações do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da territorialidade. Neste caso, analisa a questão da territorialização, que, de princípio organizativo das redes de serviço e de efetivação da prática sanitária na atenção primária, passa a ser tomada como condição rigidamente determinante para o acesso dos usuários do SUS aos programas, ações e serviços da atenção básica.

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.

Criado a partir da Constituição Federal de 1988 e instituído como política de saúde em 1990, por meio da Lei nº 8080/90, o SUS constitui um marco na história da saúde pública no Brasil, como um sistema de saúde vinculado à ideia de saúde para todos e, assim, firmado no princípio da universalidade e igualdade de acesso às ações e serviços de saúde.

A proposta do SUS em romper com o modelo de atenção firmado no paradigma biomédico, com ação individual em saúde voltada exclusivamente para o tratamento da doença, caminhou para a reformulação e construção de um sistema de saúde que reconhece a saúde como um direito e resultante das condições de vida da população, com atenção voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde, no âmbito da coletividade. Para garantir essa mudança do modelo assistencial, foi criado, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF tem como foco de atuação a unidade familiar. 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; BUENO; BEZERRA, 2012). As Equipes de Saúde da Família trabalham no conhecimento desse território, mapeando suas áreas de risco e famílias em situação de vulnerabilidade.

Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) definem que o objetivo da territorialização consiste em definir prioridades relacionadas aos problemas de saúde, que definirá o planejamento das ações dos serviços mais adequados para o enfrentamento dos agravos encontrados, gerando, conseqüentemente, impacto positivo na saúde da população e nas suas condições de vida, o que refere a utilização 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, afirmam Silva Junior *et al.* (2010).

Pereira e Barcellos (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. Tal definição expressa o território em permanente construção, muito além de uma mera 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 que 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.

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 a universalidade fosse garantida. Contudo, na

prática, a organização das ações e serviços pela via da territorialidade tem se mostrado, em alguns casos, uma ameaça ao direito de acesso universal e igualitário na atenção à saúde.

Existem algumas dissensões e olhares diferenciados sobre o conceito da territorialização na ESF. Pereira e Barcellos (2006) referem a existência de divergências nas concepções sobre o território e destacam, como exemplo, uma equipe onde o Agente Comunitário de Saúde (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 vencida 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” e revelando fragilidades no que tange à universalidade de acesso aos serviços de saúde no SUS. Preuss (2010) pontua 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 suas demandas de saúde e sobrevivência onde há melhor estrutura para atendê-las (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 fronteira entre os países. Pereira e Barcellos (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. Consequentemente, 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. Schimith e Lima (2004), em estudo realizado sobre acolhimento na ESF, perceberam 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), os usuários do serviço de saúde referem desconhecer as razões da territorialização com relação ao acesso.

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, verifica-se que a burla acaba constituindo uma estratégia utilizada por usuários na busca em conseguir atendimento para suas demandas de saúde.

De outro lado, os próprios gestores, geralmente, 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 na prática profissional, percebe-se 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.

Territorialidade e universalidade – o caso Aparecidinha

Enquanto realidade materializada no que se refere à questão de acessibilidade e territorialidade, o exemplo de Aparecidinha é aqui destacado. 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 em parte aos municípios de Santa Maria de Jetibá e de Santa Leopoldina, não mais à 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 7Km 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 estudo que gerou o presente texto. A realidade materializada na experiência de Aparecidinha levou à seguinte questão: Como a territorialidade afeta a acessibilidade dos usuários às ações e serviços de saúde e transgride o princípio de universalidade do SUS? Assim, constituiu-se intenção deste texto discutir as contradições inerentes ao princípio da universalidade do SUS e à territorialização na ESF, a partir do caso de Aparecidinha, com vistas a possibilitar reflexões acerca da territorialidade e universalidade no SUS, acreditando que tais reflexões poderão contribuir para o enfrentamento de problemas relacionados à acessibilidade no SUS.

O estudo realizado envolveu uma pesquisa qualitativa, firmada num estudo de caso, tendo Aparecidinha como uma unidade social de totalidade investigativa. Foram participantes da pesquisa representantes de usuários, gestores e profissionais da ESF que vivenciaram a experiência de Aparecidinha em relação à demarcação territorial ocorrida no período de abril a dezembro de 2010, e forneceram informações sobre essa vivência por meio de entrevistas do tipo semiestruturadas.

Aparecidinha consiste em uma comunidade rural, situada nos limites entre os municípios de Santa Teresa, Santa Leopoldina e Santa Maria de Jetibá, com uma população de 455 pessoas, totalizando 156 famílias cadastradas pela ACS e informadas no Sistema de Informação de 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 Teresa 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.

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, que resultam em fragilidades relacionadas à atenção universal e integral em saúde no âmbito da territorialidade.

Atentar 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.

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 ESFs. Para tanto, a saúde se apropriou do conceito de território oriundo da geografia e, por isso, se faz necessário entender como ambos utilizam esse conceito, suas concepções e suas diferenças.

Segundo Gondim *et al.* (2008), o território ajudou a apoiar o conceito de risco, localizando as questões de saúde, por meio do mapeamento de indicadores socioeconômicos, sanitários e ambientais reveladores das condições de vida das pessoas. É fato que a noção de território, de domínio da geografia, passou recentemente a ser utilizada pelo campo da saúde com o objetivo de organizar e localizar populações. Assim, para se entender o uso do território no SUS, é necessário compreender seus conceitos no campo da geografia e seus diferentes significados: território, territorialidade e territorialização.

Segundo aponta Haesbaert (2004), território nasce com dupla conotação material e simbólica, pois no aspecto etimológico apresenta proximidade com *terra-territorium* e também com *terreo-territor*, este último significando terror, aterrorizar. Nesse sentido, território tem a ver com dominação da terra pela imposição do medo e terror para quem não pode dele usufruir e, ao mesmo tempo, tem sentido de apropriação para aqueles que podem usufruí-lo. Ainda, para esse autor, em qualquer acepção, território possui vinculação com poder, num sentido concreto de dominação política, como num modo simbólico, e apropriação.

A noção de território como um campo do poder também é defendida por Raffestin (1993). O autor diferencia espaço de território, afirmando que o “[...] espaço é anterior ao território [...]” (RAFFESTIN, 1993, p. 143); já o território surge através da ocupação e transformação do espaço. Para ele, território é resultado da produção do espaço, pois as transformações do espaço, na mudança do espaço físico revelam um território e, a partir daí, suas relações de poder.

Haesbaert (2004) afirma que o capitalismo transformou o território em unifuncional, não admitindo outras formas ou multiplicidade, diferente do território múltiplo considerado também pelo autor como “espaço-tempo vivido” (HAESBAERT, 2004, p. 2), 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, visto que, na lógica do capital, a sobreposição do valor especulativo comercial ao valor de uso institui a terra como propriedade privada e um bem mercantilizado.

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

Souza (2009), também compartilha da ideia de território definido pelo poder. Assim, a dimensão política é a primeira a determinar o território, sem desconsiderar o simbolismo, bem como a economia, elementos que não podem ficar fora do conceito. Para este 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 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 (lagos, rios, planícies, montanhas, florestas) e recursos criados pelo homem (estradas, barragens, açudes, cidades).

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. Tal noção considera o tempo histórico determinando o território e suas 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 dele fazem uso, Haesbaert (2004) denomina de territorialidade. Trata-se, portanto, de uma concepção de território como processo vivido.

A territorialização é definida por Gondim e Monken (2009) como processo “[...] historicamente determinado, pela expansão do modo de produção capitalista e seus aspectos culturais [...]”. Os territórios estão sempre mudando, se construindo, desconstruindo e reconstruindo; isso é a territorialização. Assim, a noção de territorialização carrega um entendimento de território como algo em constante movimento histórico e social.

Gondim e Monken (2009) reforçam a compreensão de territorialização entendida enquanto processo de viver o território resultante de saberes e práticas. E, no dizer desses autores, para viver o território é necessário explorá-lo, percorrendo dos seus significados subjetivos aos seus significados concretos.

Territorialização 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, foram destacados alguns problemas relacionados às ofertas de serviços em algumas unidades de saúde e ausência em outras; centralização; fragmentação do atendimento, prejudicando as camadas sociais mais pobres; 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).

A municipalização dos serviços de saúde deu origem a uma nova organização das ações e serviços da atenção básica, articulada em redes, que propôs o aumento da cobertura populacional a um território capaz de responder aos problemas de saúde da população residente na área delimitada. Para Gondim *et al.* (2008), a municipalização trouxe benefícios no sentido de promover a autonomia aos municípios, porém, devido às diferenças regionais relacionadas à densidade populacional, muitos ainda enfrentam dificuldades para operacionalização dos serviços de saúde.

Há duas correntes de pensamento sobre o território apropriado pelo sistema de saúde, defendida por Mendes (1993), 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 o consideramos a partir do seu uso, a partir do momento em que o pensamos juntamente com aqueles atores que dele utilizam”.

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 microárea definido através de similaridades socioeconômicas; e território moradia, que define o núcleo familiar no qual a equipe realiza suas intervenções.

Em sua análise, Gondim *et al.* (2008) apontam que o conceito do território proposto por Mendes (1993), como sinônimo de espaço físico geopolítico, coincide com o modo mais tradicional de entender o território, partindo de uma definição formal, muitas vezes, como espaço físico imposto. Entretanto, embora a concepção de Mendes se mostre inadequada, considerando-se o processo de vida social, seu conceito de território como espaço geopolítico e físico (MENDES, 1993) se mostra apropriado, quando o modo de transferência de recursos do Piso da Atenção Básica (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 e defendem a territorialização como instrumento de auxílio ao 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).

Campos (2011), por sua vez, considera que 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, afirmam Gondim e 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 constituir ferramenta principal para o planejamento das ações e serviços priorizando as intervenções (GONDIM *et al.*, 2008). Para Monken e Barcellos (2007), o território deixa de ser somente um espaço geopolítico e inclui 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 preciso comprovar o endereço que seja na área de abrangência da equipe que está vinculada, determinando a inclusão ou exclusão dos usuários (COUTO; BACK; HILLESHEIM, 2014). A este respeito,

Koga (2013) afirma que às vezes a população se utiliza de estratégias para burlar os serviços como, por exemplo, utilizando de comprovantes de residências de amigos e familiares para acessar os serviços. Neste caso, “A rigidez ou o custo das formalidades termina por gerar estratégias informais para o acesso ao direito” (KOGA 2013, p. 37).

O SUS 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. Mas, considerando que as ESF estão organizadas na abrangência do atendimento, o que se vê é a produção de fronteira e limites rígidos que, às 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 impostos pelas políticas públicas por meio de normas administrativas. Para ela, “[...] 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 de comprovação da população que reside no território, por meio da instituição de critérios que mais excluem do que incluem os indivíduos, negando-lhes o direito de cidadania.

A produção de fronteiras fragiliza o cuidado e a atenção. Couto, Back e Hillesheim (2014) demonstram como as políticas públicas se comportam de modo rígido, o que resulta, às vezes, no não atendimento universal. Os nômades, por exemplo, que não possuem endereço fixo, por vezes deixam apenas trilhas de sua passagem provocando um desarranjo nas regras engessadas das políticas públicas.

Na prática da ESF, o critério para cadastro da população em uma Equipe de Saúde da Família (EqSF), vem a ser a população adscrita no território, que deve contemplar até 4.000 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, desconsiderando contrastes e situações socioespaciais encontradas (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Pereira e Barcellos (2006), ao se referirem ao processo de territorialização na ESF, afirmam que o mesmo consiste basicamente em delimitar a população e cadastrá-la, 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). Os autores afirmam ainda que: “A própria política de adscrição da clientela, preconizada pelo PSF pressupõe a inclusão de parcelas da população e a exclusão de outras. Dessa forma, surge uma tensão entre os princípios de adscrição e de universalidade” (PEREIRA; BARCELLOS, 2006, p. 58). Assim, o entendimento do território somente como um espaço geográfico e delimitado dificulta 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.

Territorialização e universalidade: o que a experiência de Aparecidinha pode mostrar

As questões teóricas até aqui pontuadas estão intimamente relacionadas com a materialização da atenção em saúde e as contradições e tensões inerentes à mesma. A experiência de Aparecidinha demonstra tais contradições e tensões existentes, quando se toma o conceito de território de modo geopolítico e físico, sobrepondo-se ao princípio da universalidade no SUS.

Em relação à universalidade e acessibilidade às ações e serviços do SUS, os participantes do estudo realizado, moradores 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.

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

As barreiras de acesso se mostraram claras quando, ao serem questionados sobre os motivos da procura dos serviços de saúde no município de Santa Teresa, os moradores apontaram a existência de barreiras físicas e organizacionais para o acesso aos serviços. Os usuários referiam ser a distância um facilitador para procurar os serviços em Santa Teresa, e um dificultador para a procura dos serviços no município de origem.

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 fator negativo para a busca de atendimento nos municípios de pertencimento, e positivo para a busca de atenção em saúde em 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 acolhidos e têm suas necessidades atendidas.

Para a maioria dos moradores da área de abrangência da EqSF de Alvorada/Aparecidinha, a vivência do processo de territorialização não foi um problema, pois nem todos 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, o que evidencia que, em relação à territorialização, houve diferentes formas de se pensar, evidenciando também o individualismo das pessoas.

O conceito de território vivo, de acordo com Haesbaert (2004), deve levar em consideração as multiplicidades do território e suas complexidades. Depara-se, no caso de Aparecidinha, com o fato de que o conceito geopolítico se sobrepôs ao do território vivido e habitado, não levando em consideração o momento ou as 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.

Em 2010 foi protocolado na prefeitura de Santa Teresa um abaixo-assinado da comunidade excluída, solicitando o atendimento nas unidades de saúde do município. E, após inúmeras discussões, o problema ainda não foi totalmente resolvido, mas, mediante a sensibilização dos profissionais sobre a universalidade, as unidades de saúde do município continuaram acolhendo os moradores da localidade de Aparecidinha.

A compreensão apresentada pelos gestores e profissionais sobre a universalidade revelou unanimidade no entendimento do princípio da universalidade. Esta categoria de participantes da pesquisa realizada revelou um entendimento mais técnico sobre a universalidade no SUS, deixando transparecer uma noção de que a universalidade implica assegurar o acesso do usuário aos serviços de saúde pública onde este usuário buscar atendimento. Como refere Paim (2011), 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.

Entretanto, na concepção dos gestores do município, foi possível perceber a existência de diferentes pontos de vista sobre a territorialização e o acesso universal, deixando evidente a contradição entre esses elementos na materialização da atenção em saúde.

A universalidade parte do pressuposto de um Sistema de Saúde como o SUS ser único, estando, assim, definido 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.

Segundo 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 e, neste caso, o acolhimento constitui um dispositivo para facilitar o atendimento a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, uma vez que saber ouvir e direcionar o atendimento que o usuário necessita, no exato momento em que procura pelo serviço, pode contribuir para a qualidade do serviço prestado (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014).

Em relação à organização do território de atendimento, os relatos apresentados pelos gestores e profissionais entrevistados evidenciaram 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. A rigidez da demarcação territorial realizada provocou conflito entre a universalidade e a territorialização. O conceito rígido do território firmado na concepção geopolítica contribui, assim, para transformar a política pública numa forma de excluir algumas pessoas do acesso a um direito social assegurado pelo princípio da universalidade.

Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) 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 território como campo de poder, tratado por Raffestin (1993).

O pensamento de Koga (2013), sobre as normas utilizadas nas políticas públicas, mostra que a rigorosidade dos regulamentos dessas políticas resulta 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 configura, acima de tudo, mais critério de exclusão do que inclusão, negando a esse indivíduo o direito de cidadania.

É de todos, mas estamos de fora pela territorialização

Pode-se, aqui, afirmar que o território, como elemento de organização dos serviços do Sistema Único de Saúde na Atenção Básica, quando rigidamente estabelecido, acaba por constituir um 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 ESF se propôs a oferecer e expandir o acesso à saúde para populações que antes não tinham utilizado ou chegado perto de qualquer serviço de saúde. Ao propor o território como diretriz da Política Nacional da Atenção Básica, objetiva-se favorecer o acesso universal da população às ações e serviços de saúde.

Como diretriz da ESF, a territorialização propõe ações para o planejamento do trabalho da EqSF 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, a utilização de um conceito de território definido e compreendido tão somente como um espaço geopolítico e físico para a organização da ESF, resulta em tensões e contradições inerentes à territorialização e universalização da atenção, uma vez que pessoas que “não pertencem” a determinado território passam a ser impedidas de utilizar os serviços de saúde nele existentes.

A invalidação do princípio da universalidade frente à questão territorial, impedindo a acessibilidade das pessoas ao Sistema de Saúde, também anula o título democrático do SUS, considerando-se o fato de que a população não é ouvida e não participa das decisões referentes ao próprio atendimento e organização dos serviços e ações da atenção em saúde no SUS.

A territorialização emperra o princípio da universalidade no SUS, quando utilizada como critério de excluir ou incluir pessoas em determinados territórios e delimitações, restringindo à população o direito ao acesso na atenção à saúde. Gondim *et al.* (2008) referem 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 ocorreu na experiência de Aparecidinha foi o inverso, demonstrando claramente o processo de territorialização na exclusão de população.

Ainda para Couto, Back e Hillesheim (2014), a ESF está embasada a promover o acesso universal apoiada no conceito da territorialização. Entretanto, a experiência de Aparecidinha deixa à mostra que o emprego de uma concepção equivocada de território na organização da atenção em saúde compromete o princípio de universalidade do SUS.

O conceito de 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, então, atentar para a adoção de uma concepção de território entendido como espaço do vivido, marcado e atravessado por relações políticas, econômicas e culturais, como propõe Haesbaert (2004), numa territorialidade que se configura como movimento vivo, permitindo ao território modificar-se, construir-se, desconstruir-se, reconstruir-se. Pois, 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 na organização dos serviços e ações de saúde. A territorialização como forma de organização na Atenção Básica em Saúde não é um princípio, por isso não pode assumir um conceito maior, chegando a ser superior ao princípio da universalidade, conforme a realidade evidenciada 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, favorecer a

efetivação de barreiras de acesso que interfiram na garantia do direito à saúde, assegurada constitucionalmente a todos os cidadãos brasileiros.

Considerações finais

Neste desfecho, necessário se faz apontar as contribuições do presente texto, 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.

Buscou-se, a partir do caso de Aparecidinha, destacar o processo de territorialização adotado na organização das ações da ESF para atenção em saúde na atenção básica. E assim o fazendo, espera-se ter contribuído para demonstrar que a territorialização, quando tomada numa concepção fechada de território, entendido como o 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 este não é somente um espaço geopolítico e físico, mas um espaço vivo, com processo de produção de sujeitos sociais e políticos. A experiência de Aparecidinha reforça o pensamento de que território não deve ser entendido como barreira, ou limite, para excluir os cidadãos.

O SUS resulta de esforços e lutas propondo um acesso universal, considerando-se que a universalidade como princípio de uma política pública não deve ser emperrada nas formas de organização, para que o atendimento ofertado pela política social 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). Contudo, ao considerar a experiência vivenciada por moradores de Aparecidinha, que tiveram seu direito à saúde ameaçado, reforça-se que as políticas públicas devem existir e estar organizadas de modo a atender aos cidadãos nas suas demandas e direitos sociais. Adaptar os cidadãos às regras das políticas sociais contribui para inverter a lógica, construindo-se um processo no qual o objeto (a política social) ganha mais valor do que o homem ao qual deve atender e para quem existe. Nesse sentido, coisificam-se as relações humanas e personificam-se as coisas.

O conceito de território trazido da geografia ao domínio da área da saúde possibilitou 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 abordada neste texto reforça a relevância de se pensar a efetivação da 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 refere Santos (1988).

Considera-se que as limitações deste texto residem no fato de que o mesmo revela uma experiência em uma realidade singular, que não o torna possível de generalizações. Entretanto, acredita-se 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. Reconhece-se, ainda, que outras experiências existentes podem ser disparadoras de processos mais democráticos e mais aderentes ao princípio da universalidade, contudo, é preocupante o fato de que realidades semelhantes à de Aparecidinha se reproduzam país afora, e, assim o sendo, tal fato possa reforçar a contradição entre territorialização e universalidade, contribuindo para fragilidades no SUS. A evidente contradição entre territorialização 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 e resolutive.

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 do que a concepção de território, e jamais poderá ser negado ao cidadão o direito à saúde por causa do seu endereço de residência, já que a garantia do acesso universal é inerente a qualquer cidadão nascido ou naturalizado brasileiro.

Referências

- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BUENO, Ivana Cristina de Holanda Cunha, BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al.* (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 783-831.
- CAMPOS, Eliane Christine Santos de. Território e gestão de políticas públicas: uma reflexão sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). **Jornada Internacional de Políticas Públicas: Estado, Desenvolvimento e a Crise do Capital**, V. **Anais**. São Luís, 2011.
- COUTO, Caroline; BACK, Leticia Aline; HILLESHEIM, Betina. Estratégias de saúde da família: território e vínculo sob a perspectiva nômade. **Revista Jovens Pesquisadores**. Santa Cruz do Sul, v. 4, n. 1, p. 141-150, 2014.
- FLEURY, Sonia. A questão democrática na saúde. In: _____. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 25-41.
- GONDIM, Grácia Maria de Miranda *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de; BARCELLOS, Christovam; MOREIRA, Josino Costa; MONKEN, Mauricio. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008, p. 237-255.
- GONDIM, Grácia Maria de Miranda, MONKEN, Mauricio. Territorialização em saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, 2009. Disponível em: <http://www.epsiv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>. Acesso em: 15 set. 2014.
- HAESBAERT, Rogério. **Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade**. Porto Alegre: 2004. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf>. Acesso em: 15 set. 2014.
- IANNI, Aurea Maria Zöllner; QUITÉRIO, Luiz Antonio Dias. A questão ambiental urbana no programa de saúde da família: avaliação da estratégia ambiental numa política pública de saúde. **Ambiente e Sociedade**, Campinas, v. 9, n. 1, p. 170-180, jun. 2006.
- KOGA, Dirce. Aproximações sobre o conceito de território de sua relação com a universalidade das políticas sociais. **Serviço Social em Revista**, Londrina-PR, v.16, n. 1, p. 30-42, jul./dez. 2013. DOI: <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2013v16n1p30>
- MENDES Eugenio Vilaça. A construção social da vigilância à saúde do distrito sanitário. **Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde**, Brasília, OPS, n. 10, p. 7- 19, 1993.
- MONKEN, Mauricio; BARCELLOS, Christovam. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 177-224.
- PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- PENNA, Cláudia Maria de Mattos; FARIA, Roberta Souto Rocha; REZENDE, Gabrielli Pinho de. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso à atenção à saúde? **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 815-822, 2014. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/965>. Acesso em: 15 jan. 2016.
- PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no programa de saúde da família. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun./2006.
- PREUSS, Lislei Teresinha. Globalização, integração regional e o acesso à saúde: o caso da fronteira noroeste do estado do Rio Grande do Sul. In: **III Simposio Iberoamericano en Comercio Internacional, Desarrollo e Integración Regional**. 2010. Paraguai. Disponível em: http://redcidir.org/nueva2014/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=28&Itemid=546&lang=es. Acesso em: 25 nov.2014.
- RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.
- SANTOS, Milton. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.
- _____. **Território e sociedade: entrevista com Milton Santos**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.
- SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, dez. 2004.
- SILVA JUNIOR, Evanildo Souza da *et al.* Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 10, supl. 1, p. 549-560, nov. 2010.

SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes de *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 5100-5110, 2008.

SOUZA, Marcelo Lopes. Território da divergência (e da confusão): em torno das imprecisas fronteiras de um conceito fundamental. In: SAQUET, Marcos Aurélio; SPOSITO, Eliseu Savério. **Território e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular, 2009, p. 57-72.

TEIXEIRA, Carmem Fontes, PAIM, Jairnilson Silva, VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=iso.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Jun. 2011. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/pdf/os-principios-do-sus.pdf. Acesso em: 15 jan. 2016.

TRAVASSOS Claudia Maria de Rezende; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 183-206.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al.* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 531-562.