



SUS EM UBERLÂNDIA: QUESTÃO DE ESTADO, PODER E REDES SUS IN UBERLÂNDIA: QUESTION OF STATE, POWER AND NETWORKS

Sebastião Elias da Silveira

tiao_elias@yahoo.com.br

Mestrando em Geografia – IGUFU

RESUMO

Este artigo recupera os conceitos e princípios éticos do SUS como a Universalidade, a Integralidade e a participação comunitária a partir de categorias como Estado, Poder e Redes. Discorre brevemente sobre a trajetória da saúde pública no Brasil e sua gênese excludente, influenciada por interesses econômicos, restrito a pequena parte da população e concentrado nos centros urbanos mais desenvolvidos. Reconhece o fato de como a promulgação da Constituição de 1988, sistematizou a luta da sociedade brasileira pela construção de um sistema universal de saúde, capaz de cuidar das pessoas na totalidade de suas necessidades; devendo, além disso, tornar-se amplo o bastante para se estabelecer em todo o território, apesar das adversidades políticas, estruturais e econômicas. Na seqüência, é apresentada a Rede de Atenção à Saúde do SUS em Uberlândia com dados de sua estruturação, desenvolvimento e estágio atual, reconhecendo sua complexidade. Aponta a relevância da da atenção primária como principal porta de entrada dos usuários no sistema SUS e, como na experiência de Uberlândia, esta dimensão da assistência está diversificada em quatro modalidades, gerando variabilidade nas formas de abordagem confundindo a população.

Palavras chave/descriptoras: Saúde - SUS, Estado, Poder e Redes.

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por objetivo discutir as relações de poder na área de saúde e o campo de abordagem teórica que envolve categorias como Estado, Poder e Redes. Este tipo de estudo não é novidade e na realidade, a experiência brasileira de saúde pública em todos os momentos, desde a sua gênese, esteve permeada de tais campos do conhecimento. Atualmente, esses conceitos contribuem para o aperfeiçoamento sistemático desta política que é o SUS – Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, a discussão deste trabalho vem de encontro a esta construção teórica. Mais especificamente, abordando o caso do Sistema Único de Saúde de Uberlândia no que concerne à rede de assistência a saúde da população.

A promulgação da Constituição de 1988 (art. 198), com o Capítulo da Seguridade Social, sintetizou as principais propostas desenvolvidas em anos de enfrentamentos entre grupos sociais quanto ao modelo de atenção a ser ofertado a população; oficializando a decisão de construção de um sistema público de saúde universal. Desde então, foram criadas e editadas diversas legislações que apontavam na direção da estruturação desta proposta, porém numa perspectiva apenas normativa.

Assim, na presente década, pela complexidade existente na sociedade e também nos meios de produção do cuidado, as legislações normativas não bastam e os estudos produzidos começam a apresentar reflexões mais elaboradas sobre a dinâmica da produção social da saúde, especialmente o papel cumprido pelo Estado sugerindo que se inicia uma nova fase de elaborações teóricas e articulações.

Essa elaboração, no bojo das disputas políticas se constitui também em fonte teórica de subsídios, servindo de apoio as tomadas de decisão e posicionamento da sociedade em direção as boas práticas de saúde na perspectiva dos diferentes grupos envolvidos nas relações de produção da saúde. A saber: governos, gestores, trabalhadores da saúde, empresas de planos privados e, sobretudo usuários do SUS.

Quanto à cidade de Uberlândia, ao apresentar a estrutura de atenção à saúde disponível e destacar suas potencialidades, é necessário também apresentar algumas de suas contradições e vulnerabilidades cujos entrelaces determinam a qualidade da assistência ofertada a população.

Deste modo, após essa discussão sugerir possibilidades de intervenção que façam avançar o setor saúde local em relação ao estágio atual, destacando para isso a importância da utilização das categorias Estado, Poder e Redes, para a consolidação do SUS.

Estado Brasileiro e a Gênese da Saúde Pública:

O Estado Brasileiro procede dos movimentos emancipatórios dos domínios portugueses e pela construção da perspectiva republicana, cujo enlace mais contundente ocorreu na segunda metade do século XX, especificamente na Constituição de 1988.

“A República Federativa do Brasil é um Estado democrático de direito e tem como fundamentos: I - a soberania; II - a cidadania; III a dignidade da pessoa humana; IV - Os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V – o pluralismo político.” (CONSTITUIÇÃO, Art. 1º, 1988, pág. 15)

Convém então, neste caso, discutir em que medida a soberania, a cidadania e a dignidade da pessoa humana na experiência republicana brasileira; que é cronologicamente recente, se reportando a pouco mais de 100 anos; considerou a saúde como um elemento deste Estado Democrático de Direito.

No Brasil, desde a colonização, gradativamente as terapêuticas empíricas foram sendo substituídas por outras práticas de saúde que de alguma forma atendiam a população. Por um lado através de alguns poucos hospitais construídos por entidades de filantropia, em sua maioria de concepção religiosa, como é o caso de hospitais e Santas Casas de Misericórdia. Por outro lado também pessoas autorizadas pela administração monárquica, percorriam as comunidades prestando pequenos atendimentos como os boticários.

Com o anúncio da Independência (1822) e principalmente, com a Proclamação da República (1889) é que se pôde considerar um estado brasileiro com interesses nacionais e responsabilidades sociais, mesmo que, praticamente desprovido de regulamentação jurídica e até de uma rede de assistência social.

Apesar dos objetivos nacionalistas do incipiente Estado Brasileiro do século XIX, a saúde pública sistematizada era inexistente. Sua organização como política pública, na sua gênese era precária, excludente e concentrada; vinculada aos processos políticos e econômicos e não com a qualidade de vida da população como deveria.

Dentre as características que evidenciam esta exclusão duas questões se sobressaem: a necessidade de sanear os portos para não atrapalhar as exportações brasileiras e acalmar os movimentos reivindicatórios que partiam do sindicalismo presente nas primeiras categorias profissionais que se organizavam no cenário urbano.

Assim, as primeiras ações e deliberações estiveram voltadas para a resolução de problemas sanitários, visando mesmo era garantir ao modelo nacional agro-exportador, proteção contra prejuízos advindos de boicotes internacionais relacionados à difusão de moléstias infecciosas temidas pelos países compradores dos produtos brasileiros. Embora no geral favorecesse também a população que residia nestas cidades e inclusive contribuísse para o processo de urbanização, estavam concentradas principalmente nas cidades portuárias. Assim, regiões e segmentos que não interessavam a este circuito econômico não recebiam os mesmos cuidados e preocupação por parte da administração federal.

Já as demandas oriundas do movimento sindical, especialmente no início do século XX, deram origem além da previdência, à assistência médica. Os trabalhadores reclamavam melhoria nos ambientes de trabalho, entre elas, a instalação de sanitários, redução das jornadas de trabalho e principalmente a assistência médica, sobretudo em casos de acidentes de trabalho. Na tentativa de conter este tipo de movimento, impedindo que se

propagassem, o governo atendeu às poucas categorias organizadas e criou pequenos fundos para custear despesas desta natureza, chamadas.

As CAPs eram mantidas e asseguradas por custeio coletivo retirado das contribuições dos trabalhadores. Os recursos eram destinados apenas aos grupos que financiavam o caixa da CAPs. Logo, as pessoas que estavam fora destas categorias organizadas também não tinham cobertura.

Com estas características de fragmentação e exclusão, somadas a dimensão territorial do Brasil e a deficiência de estruturas do Estado é possível afirmar que apenas nas regiões com importância econômica aconteciam práticas de cuidado veiculadas pelo Estado. Mesmo nestas regiões, os segmentos da comunidade que não estavam organizadas em categorias de trabalhadores contribuintes, obtinham apenas cuidados oriundos de filantropia ou de práticas alternativas empíricas como as realizadas por raizeiros, benzedeiros entre outros.

No decorrer do século XX, essa contradição foi crescendo em complexidade e muitos episódios marcaram os movimentos de pressão da sociedade e de reação do Governo. O fato é que um sistema de saúde inclusivo, amplo e resolutivo, foi desejado pela sociedade e o esforço de construí-lo acompanhou a par e passo os acontecimentos burocráticos oficiais. Dialogando com a burocracia de governo, reivindicando a defesa de seus interesses, e demandando para o Estado, este movimento adquiriu projeção, força e nome: “Movimento Sanitário Brasileiro”.

Principalmente após a década de 1960, fortalecido pelas resoluções da Conferência de Alma Ata de 1979, o Movimento Sanitário Brasileiro alcançou capilaridade social ao defender isenção nos gastos públicos com saúde, a criação de um sistema que fosse único e universal, para assistir a todos os brasileiros, em todas as suas necessidades e independente de contribuição financeira individual. Além disso, o sistema proposto deveria ser descentralizado e estruturado em cada nível de governo, de modo a ser gerido com base nas especificidades regionais com a participação da sociedade no planejamento, definição de prioridades e fiscalização dos gastos e serviços.

O conjunto destas propostas foi amplamente debatido, aperfeiçoado e formatado na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. O evento ocorreu em Brasília-DF, com a participação de mais de 5 mil pessoas, dentre elas, representantes de praticamente todos os segmentos da sociedade, profissionais de saúde, políticos e instituições. O relatório final da conferência trouxe a indicação da criação do Sistema Único de Saúde, e de forma mais elaborada também definiu quais deveriam ser os princípios do novo sistema.

Em 1988, finalmente, a Constituição sistematizou juridicamente este acúmulo criando o SUS - Sistema Único de Saúde destinado a todos os brasileiros. Os princípios da Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização e Participação Social foram incluídos no texto que acima de tudo definiu a saúde como Direito de todos e dever do Estado.

Art.196. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes características: I – descentralização com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade;

Art.200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde. II – executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III – participar da formulação da política e da execução das ações de

saneamento básico; VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de teor nutricional bem como bebidas e água para o consumo humano; VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho.

O SUS demandou uma nova perspectiva de política de Estado para a saúde. A começar pela inclusão de todo o seu território nacional nas formulações, definindo que em cada município deve haver uma estrutura de serviços de saúde preparada para atender a diversidade local. Mas não de forma isolada, e sim interligada originando redes locais e regionais.

O custeio também passou a ser oriundo de diferentes fontes de arrecadação do governo e não apenas da contribuição dos assalariados ou da classe patronal. Os debates para a definição de quais deveriam ser as fontes do orçamento e percentuais transferidos para a saúde, fortemente presente no momento da construção constitucional, nunca teve fim. Ao contrário, ainda hoje quando se discute Emenda Constitucional 29 (EC 29), Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira (CPMF), Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e Pacto de Gestão; as diferentes forças da sociedade, cada uma a sua maneira, tentam influenciar os fluxos destes recursos. Mesmo assim, desde a Constituição de 1988, ficou resolvido que através de cotas dos impostos arrecadados toda a economia nacional passaria a gerar subsídios para que os brasileiros usufruam das riquezas produzidas no país.

Os princípios éticos presentes no texto constitucional forçaram ainda, um processo de democratização descentralizando a tomada de decisão e instituindo a participação da sociedade nas decisões quanto a concepção, planejamento e orçamento na saúde. Esta participação foi regulamentada pela Lei Federal 8.142 de dezembro de 1990, através de Conferências e Conselhos de saúde nos quais os diferentes segmentos com interesse representados, poderiam participar da formulação das políticas públicas para o setor.

A Lei 8.142 é considerada uma das leis orgânicas da saúde e trata também, justamente do orçamento e das transferências de recursos entre as instâncias de governo. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema Único de Saúde e institui as instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde.

O processo de democratização da sociedade brasileira culminou com a promulgação da Constituição mencionada, acarretou profundas mudanças na organização estatal, como a descentralização de recursos principalmente para administração municipal, que ganhou autonomia para gerir e executar as políticas sociais desenhadas pelo governo central. Esse rompimento com o modelo altamente centralizado que caracterizou o período autoritário significou também uma ruptura com o padrão de política social até então vigente, onde a incorporação das demandas sociais sempre se deu de forma estratificada e excludente. (TEIXEIRA, 2007, p. 111)

Desde então, no Brasil, entre regulamentações, avanços e retrocessos, cada cidade ou segmento, vive o desafio de tornar efetiva esta intencionalidade. Criar em cada cidade estruturas de assistência que possam atender a população com qualidade e resolubilidade, possibilitando processo de construção democrática exige exercício permanente de cidadania, onde os mecanismos de exercício do poder e as diferentes concepções e expectativas quanto ao papel do Estado encontra-se em permanente confronto.

Há uma complexidade em organizar a assistência à saúde pensada em redes, adequada a cada realidade local, mas também relacionada em nível estadual e nacional. Do mesmo modo suprir os meios necessários para esta atenção, desde recursos financeiros, passando por equipamentos ou instalações até profissionais especializados. A logística de meios diagnósticos e medicamentos são outros exemplos destas dificuldades, uma vez que não havia e ainda não há em muitas regiões infra-estrutura suficiente de laboratórios, unidades de saúde pública ou instituições formadoras de Recursos Humanos.

Constituição da Rede de Serviços de Saúde de Uberlândia:

O Município de Uberlândia até 2007, segundo dados do IBGE, possuía 608.369, habitantes. Para assistir a esta população em sua integralidade, conforme preceitos do SUS, a gestão municipal dispõe de uma ampla e complexa rede de serviços de saúde com cerca de oitenta unidades, aproximadamente cinco mil profissionais em atuação e fluxos de procedimentos inter-referenciados, estando apto segundo os critérios do SUS a gerir de forma autônoma seus recursos, porque dispõe de equipamentos de saúde e uma rede própria adequada a atender as principais necessidades de saúde da população.

Procedimentos distribuídos entre a atenção primária, secundária e terciária são realizados simultaneamente nesta rede de serviços composta por Unidades Básicas de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde Tradicionais, Unidades de Atendimento Integral e Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Além de um ambulatório de DST e AIDs, Centros de Atenção Psicossocial, unidades de vigilância em saúde como o Centro de controle de Zoonose, Núcleo de vigilância Sanitária, programas específicos e outras unidades de apoio.

Esta rede começou a ser estruturada e adquirir importância a partir da década de 1980. Até então era composta basicamente do Hospital de clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, campo de práticas da Faculdade de Medicina e da Escola Técnica de Saúde, especialmente dos cursos de Técnico em Enfermagem e Técnico de Patologia Clínica. Na cidade, também havia o Centro Regional de Saúde, vinculado ao Governo do Estado de Minas Gerais e a rede de hospitais privados.

Na década de 1980, anterior a promulgação da Constituição Federal de 1988, com os primeiros sinais de mudança na política de saúde do país, a administração municipal iniciou a construção de unidades básicas de saúde em bairros da cidade. Essas unidades tinham o propósito de desenvolver ações básicas de saúde, descentralizando a estrutura e permitindo maior acessibilidade dos usuários. A cidade daquela época ocupava um território menor e abrigava uma população de 240.967 habitantes.

Esta estrutura foi reforçada na década de 1990 com a criação das Unidades de Atendimento Integrada (UAI). Idealizadas para atender procedimentos ambulatoriais, consultas especializadas e pronto atendimento, também as UAIs foram distribuídas geograficamente na cidade em pontos estratégicos de cobertura. Desde então até 2003, novas expansões estiveram vinculadas apenas a construção de mais UAIs que inicialmente eram quatro (Luizote, Planalto, Pampulha e Tibery) e hoje duplicaram (Roosevelt, Martins, Morumbi e São Jorge).

Este tipo de unidade, maior em espaço físico, estrutura e com mais recursos humanos tornou-se até 2003, o principal meio de acesso dos usuários ao sistema. Por 15 anos, as UAIs funcionaram como principal porta de entrada para os pacientes na Rede SUS. A tabela 1 - Unidades de Atendimento Integrado – UAI 2006 -, indica os bairros nos quais as mesmas estão localizadas:

Unidades de Atendimento Integrado – UAI (2006)

Nome	Endereço
UAI Luizote de Freitas (Dr. Duarte Pimentel de Ulhoa)	Rua Matheus Vaz, 465
UAI Pampulha (Irmã Dulce)	Av. João Naves de Ávila, 4.920
UAI Planalto (Tubal Vilela da Silva)	Rua do Engenheiro, 246
UAI Roosevelt (Dr. Josias de Freitas)	Av. Cesário Crosara, 4.000
UAI Tibery (Anice Dib Jatene)	Av. Benjamim Magalhães, 1.115
UAI Osvaldo/Martins (Dr. João Fernandes de Oliveira)	Av. Belo Horizonte, 1.074
UAI Morumbi	Av. Felipe Calixto Milken, 47

Secretaria Municipal de Planejamento Urbano e Meio Ambiente, 2007

A partir de 2003, após inúmeras reivindicações da população tanto no Conselho Municipal de Saúde como nas plenárias do então "orçamento participativo", a administração municipal iniciou a implantação das equipes do Programa de saúde da família (PSF) e equipes de agentes comunitários de saúde (PACs) em áreas consideradas vulneráveis segundo dados demográficos, epidemiológicos e sócio-econômicos. Atualmente são 41 UBSF – Unidades Básicas de Saúde da Família.

Promoção e Atenção Primária à Saúde de Uberlândia:

Atualmente, a rede de atenção primária dispõe do ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e também do Centro de Saúde Escola no bairro Jaraguá; 8 UAIs anteriormente descritas; 8 UBS - Unidades Básicas de Saúde e 41 UBSF - Unidades Básicas de Saúde da Família. Quanto ao PACs - Programa de Agentes Comunitários, foi desativado em 2005.

A Atenção Básica à Saúde, é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Busca-se com um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente. (SUS; 2004, p. 195)

O ambulatório vinculado ao Hospital de Clínicas e o Centro de Saúde Escola no bairro Jaraguá respondem pelas ações de atenção primária em regiões adscritas da cidade e servem de campo de prática para os alunos da Universidade Federal de Uberlândia. Funcionando na modalidade convencional de atendimento básico sem cadastramento, nesses ambulatórios a parte de atenção primária recebe pacientes por demanda espontânea.

Unidade de Atendimento Integrado - UAI:

As UAIs são unidades intermediárias com característica mista e grande diversidade de procedimentos. Parte da estrutura está voltada para a atenção primária e parte voltada para o pronto atendimento. Nestes diferentes espaços, atuam equipes multidisciplinares com todas as categorias da saúde mais equipes de apoio e acontece a classificação de riscos; um procedimento realizado por médico e enfermeiro que ao acolher os usuários na porta de entrada da unidade, avalia suas queixas, os examina e classifica as demandas segundo critério de urgência, o que determina a ordem dos atendimentos pelos demais profissionais.

Como nas UBS, as UAIs também estão localizadas estrategicamente em bairros da cidade desprovidos de outros equipamentos de saúde. Por isso também respondem por uma população a elas referenciada e que tem todo o atendimento de atenção primária nestas unidades, desde consultas, passando por encaminhamentos, até a participação de grupos operativos e atividades de educação em saúde.

A UAI São Jorge é uma exceção, uma vez que no seu entorno a população é inteiramente coberta por unidades de saúde da família. Neste caso, atua como referência na região destas UBSF para consultas de especialidade e pronto atendimento.

Nas demais UAIs, parte da população é coberta pelas UBSF ou por UBSs. Nestes casos, o ambulatório das UAIs detém parte do atendimento de consultas especializadas da rede municipal. É o caso de consultas de cardiologia, neurologia, saúde mental, dermatologia, infectologia e outras. Também, então estruturados serviços de odontologia, serviço social e psicologia. Todas elas atuando em contexto interdisciplinar, mas também com suas demandas específicas.

No pronto atendimento, são recebidos os casos agudos de pediatria, ginecologia e clínica. Nesta área, a estrutura principal de atendimento está montada com postos de medicação, salas de curativos, atendimento ao trauma, emergência clínica e leitos de observação. Mas especialmente, as equipes são treinadas e as unidades preparadas para os casos críticos de Urgência e Emergência relacionadas ao trauma, à Clínica e à Cirurgia.

Com o tempo, a insuficiência de estrutura na atenção primária no restante da rede e a expansão demográfica dificultaram o acesso dos usuários ao sistema. Nos ambulatórios existentes, ficou difícil manejar a demanda gerada e assim, o pronto atendimento das UAI's tornou-se opção de escape pelos usuários, devido a agilidade, facilidade de acesso e flexibilidade de horários adequados aos trabalhadores. Esta preferência pelo pronto atendimento levou a população a pressionar pela construção de novas unidades.

Unidades Básicas de Saúde - UBS:

As Unidades Básicas de Saúde são as mais tradicionais unidades de atendimento ambulatorial descentralizadas da cidade. Sua construção data da década de 1980 e desde então, passaram por modificações entre reformas, inaugurações, ampliações e fechamentos.

Atualmente são em número de oito e estão localizadas em regiões da cidade que não dispõem de Equipes de Saúde da Família, do Ambulatório da UFU ou de uma das UAI's. Atuam com uma população de referência, cujo processo de cadastro se dá através de demanda espontânea, ou seja da ação do usuário de se dirigir até a unidade de saúde para resolver alguma questão. A área de abrangência de uma UBS depende dos bairros a elas referenciados.

As unidades físicas são prédios menores que as UAI's e que abrigam uma equipe mista responsável por um elevado número de procedimentos. Nestas unidades também se encontra em fase de implantação o sistema de classificação de riscos, operado por um médico e uma enfermeira em regime de tempo integral. O atendimento dos pacientes classificados segundo o grau de importância das demandas é direcionado às especialidades médicas tradicionais da atenção primária que são a ginecologia, a pediatria e a clínica médica.

Na clínica médica, as consultas são dirigidas ao paciente adulto com queixas gerais ou nos grupos prioritários: hipertensão e diabetes. A pediatria atende tanto as demandas curativas com doenças sazonais, bem como e principalmente a puericultura. Na ginecologia, acontecem as consultas de pré-natal às gestantes do bairro e referentes aos problemas ginecológicos apresentados. Também, outros aspectos da saúde da mulher como métodos contraceptivos, planejamento familiar, prevenção aos cânceres de mama e uterino.

Em várias destas unidades os atendimentos são compartilhados por médicos e enfermeiros. Mas a enfermagem conta ainda com uma equipe de profissionais de nível médio que atuam nos curativos, administração de medicamentos, na organização da sala de vacina, bem como na imunização da população e auxiliando nas consultas. Além de um ACS – Agente Comunitário de Saúde, que nestas unidades tem sua atividade voltada para a busca ativa de pacientes de interesse da unidade em circunstâncias especiais.

Nas UBS têm ainda atendimento odontológico. Com significativa demanda, a estrutura montada é operada por profissionais Dentistas, Técnicos de Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Odontológico que fazem ações de orientação e prevenção, mas também reparações. Atuam também profissionais de Psicologia e do Serviço Social. Ambas as categorias têm agenda permanente nas unidades com forte e diversificada demanda que se estende desde alterações de comportamento até estruturais relacionado com desemprego, aquisição de medicamentos não padronizados pela rede de municipal, conflitos familiares e outros.

Parte das Unidades Básicas de Saúde construídas desde os anos 1980, algumas mudaram sua forma de atuação sendo anexadas às UAI's ou convertidas em Unidades de Saúde da Família. A tabela 2 - Unidades Básicas de Saúde – UBS 2006 -, indica as unidades que permanecem em funcionamento nesta modalidade.

Unidades Básicas de Saúde – UBS

Nome	Endereço
UBS Brasil	Av. Mato Grosso, 2.282
UBS Custódio Pereira	Av. Tito Teixeira, 1.236
UBS Dona Zulmira	Rua Mica, 243
UBS N.S. Graças	Rua Siqueira Campos, 101
UBS Patrimônio	Rua Tenente Rafael Freitas, 530
UBS Tocantins	Rua Joaquim Carrijo Netto, 758
UBS Santa Rosa	Rua Santa Catarina, 2.825
UBS Guarani	Rua da Polca, 601

Fonte: SMS

Unidades Básicas de Saúde da Família - UBSF:

O Programa de Saúde da Família foi a grande estratégia adotada pelo governo federal a partir de 1994 para redirecionar as ações de Atenção Primária. Estas unidades são pontos de apoio a partir dos quais a equipe de profissionais assiste a uma população adscrita dentro de uma base territorial, também chamada de área. Todos os moradores deste território de cuidado, em número aproximado de 4.500 pessoas são devidamente cadastrados com dados de localização, perfil epidemiológico, característica das moradias e outros.

Estas informações possibilitam alimentar o sistema de informação específico para o programa, que é o SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica. Este SIAB é uma ferramenta que permite a emissão de relatórios específicos de acordo com as informações que se deseja e de modo a subsidiar à equipe no planejamento de suas ações.

Como estrutura da Atenção Primária, as UBSF têm o papel de garantir o primeiro contato, ou porta de entrada do usuário no sistema. Assim, todas as demandas de promoção, prevenção ou curativas, dentro destas áreas adstritas, devem entrar na rede pelo Programa de Saúde da Família. Logo, a rotina da unidade deve possibilitar agendas de consultas médicas e de enfermagem em acordo com a demanda apresentada pela população. Do mesmo modo, são organizados atendimentos planejados pelos profissionais dirigidos aos segmentos prioritários: pediatria, gestantes, hipertensos, diabéticos, tuberculose e hanseníase.

A visita domiciliar é a mais importante ferramenta de ligação entre os usuários e a equipe de saúde da família. Por isso, esta atribuição não é exclusiva do ACS – Agente Comunitário de Saúde e deve ser assumido por todos os integrantes da equipe que devem realizá-la pelo menos uma vez por mês.

Na visita, é possível monitorar dentro de critérios que preservem a privacidade da família, como se dá a relação entre os membros daquele núcleo familiar, além de fornecer dados importantes sobre mudanças na condição de saúde dos mesmos, como óbito, nascimento, internações, gravidez e outros mais.

Estas informações coletadas na visita domiciliar são registradas no prontuário do usuário (prontuário família preferencialmente), e também num conjunto de fichas organizadas pelo ACS chamada de fichas B e consolidadas em outras (fichas C e D) semanalmente e mensalmente pelo agente junto com o enfermeiro. Posteriormente, os dados também são digitados no SIAB. As fichas B, ficam permanentemente com a ACS e são dirigidas aos grupos considerados prioritários para a Atenção Primária: Gestantes, Crianças, Hipertensos, Diabéticos, Hansenianos e Tuberculosos.

Unidades Básicas de Saúde da Família - UBSF

Unidades PSF	Endereço
Acimação Área 8	Av. João de Souza Brito, nº 184 – Bairro Acimação
Alvorada Área 4	R. Edézio Fernandes de Moraes, nº 121 – Bairro Alvorada
Aurora Área 23	R. Congresso, nº 743 - Bairro Aurora
Canaã I Área 9	R. Gaza, nº 238 – Bairro Canaã
Canaã II Área 11	R. Creta nº 413 – Bairro Canaã
Canaã III Área 10	R. Sinai, nº 1184 – Bairro Canaã
Cruzeiro dos Peixoto Área 15	R. João Cláudio Peixoto, nº 114 – Zona Rural
Dom Almir Área 5	R. da Consolação, nº 104 – Bairro Dom Almir
Granada I – Área 20	R. Geraldino M. rodrigues nº 63 – Bairro Granada
Granada II Área 19	Alameda Pio Batista Moraes nº 134 – Bairro Granada
Ipanema I Área 6 / Ipanema II Área 34	Rua Gilberto Roland Cunha, nº 138 – Bairro Ipanema
Jardim das Palmeiras I Área 14	R. do Cisne, nº 311 – Bairro Jd. Das Palmeiras
Jardim das Palmeiras II Área 13	R. do Garçom, nº 389 – Bairro Santo Inácio
Jardim das Palmeiras III Área 31	R. do Tico- Tico, nº 112 – Bairro Jd. Das Palmeiras
Joana D'arc Área 7	R. Ana Maria de Jesus, nº 300- Bairro Prosperidade
Lagoinha I Área 16 / Lagoinha II Área 17	R. Pio XII, nº353 – Bairro Lagoinha
Laranjeira Área 22	R. Seme Simão, nº 1725 – Bairro Laranjeiras
Martinésia Área 15	Av. José Pedro Ferreira, nº 18 – Zona Rural
Maravilha – Área 40	Rua Tiago nº 287 – Bairro Maravilha
Miraporanga Área 15	R. da Abadia, nº 10 – Zona Rural
Morada Nova Área 12	Av. Aldo Borges Leão nº 15 – Bairro Morada Nova
Morumbi I Área 1	R. das Emas nº 57 – Bairro Morumbi
Morumbi II Área 2	R. das Vertentes nº 248 – Bairro Morumbi
Morumbi III Área 3	R. Pimenta nº 29 – Bairro Morumbi
Morumbi IV Área 33	R. Antônio Jorge Isaac, nº 578 – Bairro Morumbi
São José – Área 39	R. Delfina Almeida s/n – Bairro São Jorge
Santa Luzia Área 18	Av. Najila Alípio Abrão, nº 547 – Bairro Santa Luzia
São Gabriel Área 30	R. Serra do Cachimbo, nº 851 – Bairro São Jorge
São Jorge I Área 24	R. Dólar, nº 642 – Bairro São Jorge
São Jorge II Área 25 / São Jorge III Área 29	R. Ângelo Cunha, nº 269 – Bairro São Jorge
São Jorge IV Área 26	R. Alípio José de Souza nº 51 – Bairro São Jorge
São Lucas Área 32	R. do Ceramista, nº 94 – Jd. das Palmeiras
Seringueiras I Área 27	R. Fausto H. Matias nº 176 – Bairro Seringueiras
Seringueiras II Área 28	R. Chapada dos Parecis nº 56 – Bairro Seringueiras
Shopping Park Área 21	R. Agenor Lemes Garcia, nº 83 – Bairro Shopping Park
Taiaman I – Área 35	R. das Falutas nº 62 – Bairro Taiaman
Taiaman II – Área 36	R. do Alumínio nº 164 – Bairro Taiaman
Mansour I e II – Áreas 37 e 38	R. Rio claro nº 140 – Bairro Mansour I
Tapuirama Área 15	Av. José Pedro Abalem, nº 1.122 – Zona Rural

Fonte: SIAB

As informações são utilizadas a fim de melhorar os indicadores de saúde da comunidade. Assim a equipe da UBSF, desenvolve atividades de educação em saúde dentro de sua área de abrangência, envolvendo, creches, escolas, igrejas, praças, associações de moradores e principalmente na própria unidade com os chamados grupos operativos. A tabela 3 - Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF -, na página anterior, indica as unidades desta modalidade.

A responsabilidade de realizar estas ações de educação em saúde é compartilhada por todos os membros da equipe cuja composição mínima é um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Pode ainda ser reforçada com demais profissionais que a gestão municipal disponibilize. No caso de Uberlândia, isso já ocorre com assistentes sociais, psicólogos, oficiais administrativos, dentistas em algumas unidades e até educadores físicos.

REDE

O termo rede é fartamente encontrado na literatura de saúde para se referir a relação entre os diferentes pontos de atenção, procedimentos, profissionais e usuários.

O conceito de redes está presente na área de saúde tanto em estudos teóricos e políticas governamentais quanto em estratégias privadas de articulação e integração de unidades de serviços. Suas aplicações são as mais diversas, podendo-se falar, por exemplo, em redes de informação, etc. Na área da saúde, os significados do termo podem estar relacionados com a integração e articulação de unidades de provisão de serviços uma dada especialidade, níveis de complexidade tecnológica, bases de in formação estatística sobre fenômenos sanitários, esferas governamentais gestoras, atores de um campo específico da prática de saúde, sistemas de transferência de recursos financeiros e intercambio de serviços, etc. (TEIXEIRA, 2007, p. 111)

Os princípios presentes na legislação constitucional e infraconstitucional: integralidade, universalidade, equidade, descentralização; para se estabelecerem e se consolidarem de fato, dependem da multiplicação e distribuição dos meios necessários a produção do cuidado. De certa forma isso vem ocorrendo, pois o sistema único de saúde está presente por todo o território nacional, ainda que não de maneira uniforme.

A construção de prédios, formação de profissionais e a criação de instâncias deliberativas, no entanto, não são suficientes. Para que tais princípios se traduzam na melhoria da qualidade de vida da população, estas estruturas precisam se relacionar. Para além da base fixa da unidade de saúde, são necessários fluxos e interações, pactuações e negociações que conferem ao SUS a característica de uma rede bastante expressiva e complexa.

Algumas das características marcantes desta rede de relacionamentos merecem destaque. Uma delas é que o sentido de integralidade da assistência, uma meta difícil de ser atingida, assegura a todos os usuários do sistema o direito ao atendimento em todas as suas necessidades nas diferentes etapas da vida. Daí haver unidades de atenção primária, média e alta complexidade.

A atenção primária, representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), são os locais onde as ações de promoção e prevenção a saúde como educação para a saúde, planejamento familiar, imunização e pré-natal são realizados. Na média complexidade, entre outros tipos de atendimento, devem acontecer as consultas de especialidades ou internações de curta duração. Na alta complexidade, são procedimentos que demandam maior densidade tecnológica e profissionais especializados.

Nessa lógica, para que uma pessoa possa obter cuidado integral, é necessário que haja um fluxo pré-estabelecido e bem definido entre as unidades e também mecanismos de regulação e controle. Da capacidade de organização do serviço depende a garantia de que

ao encerrar as possibilidades de cuidado em um nível de assistência, o usuário possa migrar para outro nível sem que neste, tenha que reiniciar o processo terapêutico do marco zero.

Tradicionalmente para ilustrar essa rede de cuidados, se usava a expressão hierarquia, também era apresentada a figura de uma pirâmide na qual a base era composta pelos procedimentos da atenção primária, enquanto no meio e ápice se encontravam afunilando, a média e alta complexidade, respectivamente. Atualmente, esse modelo é pensado no sentido de horizontalidade diminuindo o peso da escala de importância. As características de cada nível servem apenas para a organização dos procedimentos. Desta nova interpretação, a ilustração da rede passa a ser utilizada em imagens de círculo.

Por outro lado acontece também e é desejável que o maior volume de procedimentos e contatos entre a população e a Rede de Serviços de saúde ocorra na atenção primária. Por isso, esta deve ser de responsabilidade de cada município. Quanto à média e alta complexidade devem ser organizadas de acordo com a demanda existente levando em consideração a escala, ou seja, municípios muito pequenos, que não tenham demanda suficiente para manter uma UTI em funcionamento podem recorrer a outros centros maiores para suprir eventuais necessidades. Para que isso ocorra, é necessário que haja entendimento e pactuação prévia entre os responsáveis por cada nível de governo e entre as instituições.

PODER

A discussão sobre saúde passa pela discussão de poder e, remonta à luta pela democratização do acesso para que a sociedade tenha a oportunidade de participar das esferas de tomada de decisão. Esta foi uma das reivindicações da VIII Conferência Nacional de Saúde, posteriormente assegurada pela Constituição de 1988, regulamentado pela lei 8.142 de dezembro de 1990; que instituiu a obrigatoriedade de que em cada nível de governo houvesse um conselho de saúde com representantes de todos os seguimentos envolvidos no processo de cuidado. Também as Conferências de Saúde, eventos abertos à participação da população, cuja periodicidade e realização visam acumular discussão, trocar experiências e aprovar diretrizes para as políticas de saúde a serem implementadas por gestores.

Ocorre que na República Federativa do Brasil o poder está distribuído entre os três tradicionais poderes: Jurídico, executivo e legislativo. Assim, embora os Conselhos e conferências tenham estas características de democratização, são na realidade instâncias de responsabilidade do poder executivo e por isso vinculado a lógica do direito público característicos do poder executivo, incorrendo no risco de submeter esta participação aos interesses dos mandatários.

Por outro, como a saúde é direito de todos e um dever do Estado, é evidente que o processo de tomada de decisões dentro das estruturas de estado deve ser levado em conta pelo conjunto da sociedade. Esse processo de tomada de decisões nada mais é que o desdobramento das relações de poder.

O poder na saúde tem múltiplas faces como a técnica, política, econômica, administrativa e a jurídica. De acordo com a posição estabelecida na sociedade os atores se posicionam exercendo este poder, geralmente a partir de seus próprios interesses, de seus segmentos, mas quase nunca em benefício da coletividade. Políticos, empresários, profissionais ou usuários, mais que percepções diferentes de como se deve encaminhar o processo, têm interesses antagônicos.

Tradicionalmente, do ponto de vista técnico, o poder na saúde sempre esteve concentrado na mão dos profissionais que a dominam, especialmente os médicos, uma vez que seu conhecimento que lhe permite determinar a tomada de decisão por parte dos dirigentes administrativos que desprovidos desse mesmo conhecimento técnico se tornam reféns no processo.

Do ponto de vista econômico, a disputa fica por conta dos planos privados que concorrem com o Estado pelos recursos públicos, obtendo isenções de impostos ou deduções como no imposto de renda. Outro aspecto são os cortes que o setor saúde tem sofrido anualmente por conta de contingenciamentos, cortes ou transferência para a saúde de despesas que tradicionalmente são de outras áreas. Porém o aspecto mais importante se dá na definição de onde aplicar tais recursos, porque esta decisão vem acompanhada das prioridades assumidas pela gestão havendo profundas diferenças de concepção. Enquanto para alguns, o segmento que mais necessita investimentos é a atenção primária, outros defendem a manutenção e abertura de unidades mistas. Há também defesas pelo custeio da alta complexidade, apontando a abertura de novos hospitais ou mais leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e até a transferência de recursos para a rede privada para suprir déficit de leitos e procedimentos.

As demandas jurídicas vêm aumentando porque muitos usuários, especialmente da classe média, lançam mão de instrumentos como mandato de segurança para obter liminares referentes a internações, medicamentos e exames e até deslocamentos. Já o ministério público, cada vez mais acompanha e fiscaliza os atos do executivo.

Outro dado, é que tradicionalmente a definição das políticas públicas a serem encaminhadas na saúde eram pensadas e decididas no nível central pelo governo federal e repassadas aos estados e municípios desconsiderando condições sócio-econômicas, culturais e epidemiológicas.

O mecanismo regulador para todas estas variáveis é a participação da sociedade. Desde que a constituição definiu que no processo de elaboração e aprovação das políticas públicas para a saúde haveria a participação da sociedade, tem se observado movimentos para efetivar esta regulação de poder ou democratização das esferas de gestão, ainda que aquém do necessário.

O primeiro passo aconteceu em 1990 por ocasião da aprovação da Lei 8.142 de dezembro daquele ano, que previu e oficializou a realização das Conferências de saúde a cada quatro com objetivo de avaliar as condições de saúde e propor diretrizes de melhoria. Outra deliberação da Lei foi à criação dos Conselhos de Saúde como poder de fiscalização, elaboração e deliberação sobre os procedimentos a serem adotados.

Ambas as instâncias devem contar com representação de todos os seguimentos da relação de saúde: profissionais, prestadores de serviço, usuários e gestores. Do mesmo modo é necessário que cada nível de governo tenha suas respectivas instâncias. Caso os Conselhos e Conferências funcionem adequadamente, tem potencial de captar para esta arena parte dos conflitos que acontecem em outros territórios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade das estruturas do SUS depende, portanto, da contribuição de outras áreas do conhecimento para interpretar de maneira adequada suas relações de organização em rede e poder, extrapolando os tradicionais modelos restritos a saúde.

No caso específico de Uberlândia, a rede de atenção primária à saúde apresenta algumas características que merecem destaque. Uma delas é o fato de haver Atenção Primária continua fragmentada e dividida em quatro modalidades diferentes: UAI, UBS, e ambulatório da UFU e "Saúde da Família" que se encontra implantado em apenas uma parte da cidade. Esta diversidade pode levar a população a estabelecer comparações entre as mesmas, pois mais de 50% não está cadastrada e não recebe visita domiciliar como acontece nas UBSF e os fluxos de referência e contra-referência tornam-se insuficientes, quebrando o sentido de rede.

Considerando que as UAIs se tornaram os principais equipamentos de cuidado da região, depois do Hospital de Clínicas, consumindo recursos de investimento e custeio; a ampliação

da atenção primária ficou para segundo plano, apesar desta ser mais adequada do que os atendimentos centrados nos pronto atendimento.

Ainda que parecesse acertado politicamente e tivesse a intencionalidade de atender aos apelos da participação social, era eminente a insuficiência técnica, administrativa e econômica para atender todas as unidades 24 horas, onerosas e pouco resolutivas. Gradativamente o déficit de custeio e de profissionais especializados, bem como a impossibilidade de montar escalas responsáveis, comprometeu o funcionamento destas unidades.

Mesmo assim, Uberlândia está no sexto ano de implantação das primeiras UBSF e ainda falta muito para consolidar as unidades existentes ou planejar sua expansão o que seguramente precisa acontecer, uma vez que o tipo de assistência ofertada nestas unidades tem se mostrado uma importante experiência de acessibilidade dos usuários ao sistema e dos profissionais a realidade comunitária. Nesta proposta o local prioritário de cuidado deixa de ser a segurança e o conforto da unidade de saúde, território tradicional dos profissionais que são deslocadas para o meio da comunidade com sua complexidade, multiplicidade de forças organizativas, estruturas de poder e lideranças, proporcionando privilegiado espaço de amadurecimento de habilidades. Ao mesmo tempo, em que as questões técnicas referentes ao cuidado e manejo dos sistemas de informações podem ser aperfeiçoadas, nesta que é à base da atenção em saúde.

Em se tratando de saúde, o desafio para este momento, no qual a estrutura legal já garante a participação da sociedade, fica por conta da construção de processos democráticos de tomada de decisão, que consolidem os instrumentos que são os Conselhos de Saúde e as Conferências, num país que desde a colonização portuguesa, desenvolveu pequena tradição democrática.

REFERENCIAS

ALBUQUERQUE, M. V. de. *Território usado e saúde: respostas do Sistema único de Saúde à situação geográfica da metropolização em Campinas-SP*. 2006. 143 p. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana). FFLCH - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JR., L. (org.) *Bases da saúde coletiva*. Londrina, Editora da UEL, 2001.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. *SUS: O que Você Precisa Saber sobre o Sistema Único de Saúde, volume I*. ATHENEU, São Paulo, 2004.

AYRES, J.R.C.M.. *Epidemiologia e Emancipação*. HUCITEC – ABRASCO. São Paulo – Rio de Janeiro, 1995.

BALAKRISHNAM, Gopal (org). *Um mapa da questão nacional*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Contraponto, 2000. 335 p.

BARCELLOS, C. (org.) *A geografia e o contexto dos problemas de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO:ICIT:EPSJV, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2ª edição revista e atualizada. Brasília: SAS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Abordagens espaciais na saúde pública*. Santos, S. M.; Barcellos, C. (org.). Brasília. Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, N. M. *Os territórios da saúde e a saúde dos territórios: discutindo o processo de territorialização em saúde a partir do caso de um serviço de atenção primária em Porto Alegre – RS*. 2003. 155 p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-

Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

CASTRO, M. C. de.; SINGER, B. H. Meio ambiente e saúde: metodologia para análise espacial da ocorrência de malária em projetos de assentamentos. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 247-262, jul./dez. 2007.

_____. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 191-198, 2007.

Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília DF, 1988

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro, Editora da Fundação Getúlio Vargas, 2007.

FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (org.) *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1979, p. 79-99.

GIDDENS, Antony. *O Estado-Nação e a violência*. Segundo volume de uma crítica contemporânea ao materialismo histórico. Trad. Beatriz Guimarães. São Paulo: Edusp, 2001. 374 p. (Clássicos; 22).

HAESBAERT, Rogério. *O mito da desterritorialização*. Do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand, 2004. 395 p.

MATTA, G. C.; MOURA, A. L. de. *Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MENDES, E.V. *Os grandes Dilemas do SUS, tomos I e II*. CASA DA QUALIDADE EDITORA, Salvador, 2001.

MOKEN, M. *Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde*. 2003. 164 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2003.

Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 1997.

NUNES, E.D. *Sobre a Sociologia da Saúde*. HUCUTEC, São Paulo, 1999

NUNES, E. N. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000.

PEITER, P. *A geografia da saúde na faixa da fronteira continental do Brasil na passagem do milênio*. 2005. 314 p. Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2005.

ROJAS, L. I.; BARCELLOS, C.; PEITER, P. Utilização de mapas no campo da Epidemiologia: reflexões sobre trabalhos apresentados no IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, ano 8, n. 2, p. 27-35, 1999.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec/Abrasco/Unesp, 1994.

SANTOS, L. A. de C. O pensamento sanitário na primeira república: ideologia na construção da nacionalidade. *Dados*, Rio de Janeiro, n., v. 28, p. 193-211, 1995.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA. Diretoria de informação em saúde. Área de abrangência e população de referência. Uberlândia, 2007.

SOARES, S. R. A.; BERNARDES, R. S.; CORDEIRO NETO, O. M. *Relações entre Saneamento, Saúde Pública e Meio Ambiente: elementos para a formulação de um modelo de planejamento em saneamento*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO – BRASIL, Brasília 2004.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2007, pág.111.

VLACH, Vânia. O Estado-Nação Moderno na Contemporaneidade: uma outra geopolítica. *Scripta Nova*, Vol. VII, num. 270, 1 de agosto de 2008.

<http://www.ub.es/geocrit/menu.htm>.