



Octubre 2017 - ISSN: 1988-7833

## O TERRITÓRIO COMO FORMA DE ESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE BRASILEIRA: O CASO DE SANTA CATARINA

**Sônia Adriana Weege**

Mestre em Desenvolvimento Regional  
Doutoranda em Desenvolvimento Regional  
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – PPGDR  
FURB – Fundação Universidade Regional de Blumenau/SC  
w.adv@tpa.com.br

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Sônia Adriana Weege (2017): “O território como forma de estruturação da política pública de saúde brasileira: o caso de Santa Catarina”, Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, (octubre-diciembre 2017). En línea:  
<http://www.eumed.net/rev/ccss/2017/04/territorio-estructuracao-saude.html>

### RESUMO

Este artigo nasce do interesse em reconhecer no território um dos elementos de organização e estruturação da política pública de saúde brasileira. Neste sentido, esta pesquisa tem como objetivo demonstrar que o território é uma das formas de organização da oferta de ações e serviços em saúde pública, representada no Brasil pelo Sistema Único de Saúde – SUS. A partir desta realidade tem-se o caso do estado de Santa Catarina que definiu a utilização do espaço territorial como forma de estruturação do Sistema Único de Saúde em seu Plano Diretor de Regionalização – PDR. O procedimento metodológico adotado nesta pesquisa a caracteriza como descritiva, bibliográfica e exploratória. Conclui-se pela análise realizada que o uso do território como forma de disposição da oferta dos serviços públicos de saúde, no estado de Santa Catarina, busca potencializar a resolutividade das demandas, respeitar as realidades locais, as redes loco-regionais, observando a rede de assistência em saúde disponível, além de considerar as questões socioculturais. Neste contexto de regionalização da saúde a partir do território, é possível, manter o equilíbrio em eventuais desigualdades, permitindo que se viabilize o acesso ao direito a saúde para a população catarinense com a otimização dos recursos investidos e fomento a regionalização solidária.

**Palavras-chave:** Território, Região, Política Pública de Saúde.

### ABSTRACT

The purpose of this article is to recognize in territorial space the elements of organizing and structuring the Brazilian public health policy. In this perspective, the research presented here aims to demonstrate that territory is one of the forms of organization to offer both actions and services in public health, represented in Brazil by the Unified Health System (Sistema Único de Saúde –SUS). Considering this reality, there is the case of the state of Santa Catarina, in which has been defined the uses of territorial space as a way of structuring the SUS (Unified Health System) by its Main Regionalization Plan (Plano Diretor de Regionalização – PDR). The methodological procedure adopted in this research is defined as descriptive, bibliographic and exploratory. From this analysis can be concluded that the use of territorial space is a way to offer public health services, in the state of Santa Catarina, looking for strengthening the capacity to resolve demands, respect regional realities and local networks of each region, this can be helped by observing the available health care network, in addition to considering sociocultural issues. In this context of regionalizing health issues from territorial space, it is possible to maintain equal balance looking for eventual inequalities, allowing access to the right to get health

assistance for the population of Santa Catarina with the optimization of resources invested and fostering solidarity regionalization.

**Keywords:** Territory, Region, Public Health Policy.

## RESUMEN

Este artículo nace del interés de reconocer en el espacio territorial uno de los elementos de organización y estructuración de la política de salud pública brasileña. En este contexto, la presente investigación tiene como objetivo demostrar que en el espacio territorial existe una de las formas de organización que ofrece acciones y servicios de salud pública, representada en Brasil por el Sistema Único de Salud – SUS. A partir de esta realidad se tiene el caso del estado de Santa Catarina que ha definido el uso del espacio territorial como forma de estructuración del Sistema Único de Salud en su Plano Director de Regionalización – PDR. El procedimiento metodológico adoptado en esta investigación se le caracteriza como descriptivo, bibliográfico y exploratorio. Se concluye por el análisis realizado que el uso del territorio como forma de disponibilidad para ofertar servicios públicos de salud, en el estado de Santa Catarina, busca potencializar la capacidad de resolver las demandas, respetar las realidades regionales y las redes locales de cada región, observándose la red de asistencia de salud disponible, además de considerar las cuestiones socioculturales. Delante de este contexto de regionalización de la salud a partir del territorio, es posible, mantener el equilibrio de eventuales desigualdades, permitiendo que se viabilice el acceso al derecho de salud a la población catarinense con la optimización de los recursos invertidos y fomento a la regionalización solidaria.

**Palabras Claves:** Territorio, Región, Política de Salud Pública.

## 1 INTRODUÇÃO

Existe um senso comum de que território é um certo espaço geográfico originário apropriado pela coletividade, ou pelo indivíduo. Esta organização espacial, além das relações de poder, interage com as condicionantes econômicas, políticas, sociais e culturais, como coparticipes na construção da história de uma população. Reconhecendo estes aspectos, o Estado, pensou o território como uma das formas de organização de suas políticas públicas, neste caso específico a política pública de saúde.

Organizar e ofertar os serviços públicos de saúde em determinado espaço geográfico acontece a partir do contexto do Estado Federal e das diretrizes instituídas constitucionalmente. Além destas o Ministério da Saúde editou outras normas operacionais que reiteram os princípios e diretrizes do SUS – Sistema Único de Saúde que levam em consideração o território como elemento que permite uma maior resolutividade das demandas em saúde e oportuniza um melhor acesso ao direito à saúde para uma população. Com esta perspectiva a regionalização se mostra um instrumento importante, para que a política pública de saúde seja efetiva e coerente com a realidade de cada lugar. A partir desta premissa temos como objetivo demonstrar como o estado de Santa Catarina desenvolveu e implementou seu Plano de Desenvolvimento Regional – PDR, para esta política pública de saúde brasileira, levando em consideração a organização territorial catarinense e o respeito aos demais aspectos vinculados a este espaço geográfico.

O procedimento metodológico adotado está caracterizado como uma pesquisa descritiva, bibliográfica e exploratória. Para o alcance do objetivo delineado para a pesquisa, inicialmente, trataremos conceitos de território e sua relação com a política pública de saúde no Brasil. Sequencialmente apresentamos o caso do estado de Santa Catarina que desenvolveu e implementou

o Plano de Desenvolvimento Regional – PDR, como forma de organizar o fluxo das ações e o acesso aos serviços de saúde, representado pelo Sistema Único de Saúde em seu território, apresentando por fim, considerações acerca desta proposta de estruturação desta política pública brasileira.

## **2 TERRITÓRIO E SUA RELAÇÃO COM A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL**

Quando falamos de território, temos que este, é analisado sob diversas perspectivas. Dentre estas, uma mais concreta, que considera seu aspecto material, e outra, que observa o território na sua dimensão cultural ou simbólica. A partir desta observação, levando em conta a questão material do território, de acordo com Haesbaert (2007, p.43) “a ligação do território com a natureza é explícita, e, nessa ligação, o território se torna antes de mais nada, uma fonte de recursos”.

Em outra narrativa levando em consideração a face abstrata do território, Santos (2007, p.14) nos diz que, este, “é o fundamento do trabalho, o lugar de residência das trocas espirituais e materiais, o exercício da vida”. No momento atual, o que se observa é a compreensão do território como um espaço de relacionamento entre natureza e sociedade, em que se percebe também as questões políticas, os grupos sociais, as relações sociais, a influência do Estado, bem como as relações de poder existentes (HAESBAERT, 2007).

De acordo com Gondim et.al (2017) o território tem limites que podem ser políticos-administrativos ou de ação de um determinado grupo de atores sociais em seu contexto interno. Em tese o território é homogêneo e a partir de sua história pode ter uma identidade, tem poder e se estabelecem os poderes de atuação tanto do Estado quanto de seus cidadãos (GONDIM et al, 2017). Ainda com relação ao território e suas possibilidades de análise, nos deparamos com uma delimitação geográfica, emergindo deste cenário a região.

Nesta perspectiva, o conceito de região não é unânime ou homogêneo, pode, portanto, ser apresentado e concebido a partir de olhares diversos. Segundo Correa (1991, p.22) pela vertente da natureza ou do ecossistema “o conceito de região está ligado a noção fundamental de diferenciação de área, quer dizer, à aceitação da ideia de que a superfície da terra é constituída por áreas diferentes entre si”. Compreende também o autor que uma região geográfica é “aquela que abrange uma paisagem e sua extensão territorial, onde se entrelaçam de modo harmonioso componentes humanos e natureza” (CORREA, 1991, p.28).

Estes conceitos são originários da compreensão dos geógrafos acerca da espacialidade levando em consideração as questões ambientais e naturais e demonstram uma forma simples e pontual de interpretação acerca da região. Entretanto, com a evolução da sociedade, dos modos de produção, da atuação do Estado, dentre outros fatores, houve a modificação do processo de compreensão e do próprio conceito de região.

Desta forma, a partir deste novo cenário que ultrapassa a mera questão de natureza e ecossistema, Correa (1991, p.45), apresenta o conceito de região como “uma entidade concreta, resultado de múltiplas determinações, ou seja, da efetivação da regionalização sobre um quadro territorial já previamente ocupado, caracterizado por uma natureza transformada, heranças culturais e materiais e determinada estrutura social e seus conflitos”. Ainda neste sentido, Benko (1999, p. 20),

ênfatiza que a “evolução da noção de região no século XX fez os economistas, os geógrafos, os historiadores e os sociólogos compreenderem que a região é um produto social gradualmente construído por sociedades nos respectivos espaços de vida”.

A categoria espaço vem sendo utilizada com ênfase no campo da saúde, como uma abordagem fundamental para dar suporte ao conceito de risco, em função das múltiplas possibilidades que se tem de localizar e visualizar populações, objetos e fluxos e de espacializar a situação de saúde através da distribuição de indicadores socioeconômicos sanitários e ambientais que revelam as condições de vida de seu interior (GONDIM et al., 2017).

A partir dos conceitos descritos e da condição de avaliarmos as formas de organização do território, e, levando em consideração as diretrizes da política pública de saúde brasileira, temos, que os sistemas de saúde se organizam sobre uma base territorial (espaço), o que significa que a distribuição de serviços de saúde segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência que devem ser coerentes com os níveis de complexidade das ações em saúde ofertadas e empreendidas.

Neste contexto, o território é reconhecido como uma estratégia de organização e oferta da política pública de saúde do Estado brasileiro representada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As diretrizes e normativas que regulam o funcionamento desta política e definem sua estrutura, reconhecem como formas de organização de espaços vinculados a figura do território a descentralização, a municipalização e a regionalização

Diante deste cenário, para compreendermos o cenário do território para a política pública de saúde, falamos inicialmente da descentralização que é hoje uma das principais pré-condições para formular uma efetiva democratização do Estado. Do ponto de vista conceitual, o termo define uma transferência ou delegação de autoridade legal e política aos poderes locais para planejar, tomar decisões e gerir funções públicas do governo central. Descentralização relaciona-se, pois, com a distribuição territorial do poder e implica delegação de autoridade (JACOBI, 2000).

Dentre os princípios organizativos do SUS, a descentralização é considerada dinâmica propiciando o poder de decisão aos responsáveis pela execução das ações. É um processo em que deve ocorrer uma redistribuição das responsabilidades das ações e serviços de saúde, entre os vários níveis de governo, havendo igualmente uma redefinição das atribuições nestas premissas de organização da prestação de serviços de saúde.

Quando falamos da outra diretriz da política pública de saúde brasileira, qual seja, a municipalização, lembramos que esta trouxe para os municípios brasileiros um papel diferenciado. Os municípios passaram do papel de expectadoras para executores da política pública de saúde. A municipalização gerou um contexto de autonomia, com a possibilidade da formulação de políticas locais de saúde, fazendo com que os municípios passassem à condição de definir e gerenciar a oferta e demanda dos serviços públicos de saúde.

Nas palavras de Martins (2012) municipalizar conferiu aos municípios o direito, o dever de promover, prevenir e assistir a saúde dos cidadãos no espaço de seu território. Continua o autor afirmando que a municipalização é parte de uma estratégia para concretização dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e controle social (MARTINS,2012). Esta condição (municipalização) devolveu poderes ao município transformando a relação entre o poder

público e a sociedade. A municipalização do SUS foi uma proposta, um caminho de reordenação do Estado diante das grandes distorções e diferenças regionais do Brasil. Frequentemente se diz que o SUS, a partir de sua concepção, apresentou-se como uma proposta ousada de reforma do próprio Estado brasileiro.

Depois de efetivada a descentralização por meio da municipalização na primeira década do SUS, tornou-se evidente que a estrutura municipalizada não era capaz de oferecer as condições para plena realização dos objetivos do sistema nacional de saúde no ambiente de extrema heterogeneidade que caracteriza o território brasileiro. Foi identificada a necessidade de racionalização do sistema para equacionar a fragmentação na provisão de serviços e as disparidades de escala e capacidade produtiva existente entre os municípios, sob o risco da perda de eficiência e conseqüentemente de piores resultados. O reconhecimento desta situação levou ao caminho da regionalização (DOURADO; ELIAS, 2011). Esta forma de organização do território a partir das regras e princípios do Sistema Único de Saúde define a região como um limite territorial para a oferta de ações e serviços de saúde (BARCELLOS; PEREIRA, 2006).

Observando esta realidade, a regionalização tem ocupado papel de destaque no âmbito da política nacional de saúde, sendo considerada a diretriz que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação dos gestores (BRASIL, 2006). Este formato de organização do espaço territorial tem sido apontado como um dos principais desafios para viabilizar a equidade e a integralidade da política pública de saúde brasileira. Ela vem se impondo como uma estratégia para superar entraves advindos do processo de municipalização. A implementação dessa diretriz possibilita constituir sistemas regionais com a participação da União, Estado e Municípios, buscando a garantia da integralidade da atenção em saúde.

O território em que acontece a implantação da política pública de saúde além de ter uma organização política e operacional da oferta dos serviços de saúde, representa a realidade de uma população com suas especificidades quando falamos de adoecimento e necessidade de resolução de problemas em saúde. Portanto, segundo Gondim et. al. (2017, p. 3) esse território apresenta, “muito mais que uma extensão geométrica, representa também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa como um território em permanente construção”.

Para a política pública de saúde representada no Brasil pelo Sistema único de Saúde o território é um protagonista, sendo a região base do processo de regionalização. Este arranjo do território viabiliza a execução desta política pública. A partir destas aproximações conceituais que permitem relacionar o território, a região, princípios e diretrizes do SUS relacionados a região e a regionalização inerentes a política pública de saúde implantada no Brasil, temos as informações necessárias para que se reconheça a região de saúde como forma de estruturação e oferta dos serviços em saúde no Estado de Santa Catarina.

### **3 TERRITÓRIO: A MACRORREGIÃO E REGIÃO DE SAÚDE COMO FORMA DE ESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Para a política pública de saúde do Estado brasileiro o elemento território é relevante a partir do reconhecimento deste no processo de municipalização, descentralização, regionalização e estruturação das ações e serviços em saúde. O reconhecimento do território, da região, dos poderes e realidades locais, do perfil epidemiológico e da oferta dos serviços públicos em saúde a partir dos fatos loco-regionais, em tese resultará na resolutividade das questões de saúde de uma determinada população. Eis, portanto, a relevância das questões territoriais para a política pública de saúde no Brasil.

O território e região para o Sistema Único de Saúde são muito mais do que simples espaços materiais, limites territoriais ou político-administrativos. Aqueles, trazem consigo toda uma complexidade de elementos que constituem a estrutura de uma sociedade. Tal afirmação é comprovada quando observamos o que dispõe o Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 em seu artigo 2º, que dispõe em seu inciso I que:

“Região de Saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”.

Diante deste cenário, passamos a reconhecer a região de saúde como forma de organização do território e da oferta da política pública de saúde no Brasil. Este conceito de região de saúde é reafirmado pela Portaria MS/GM nº 373, onde esta é:

“A base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do Estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização de saúde em cada Estado, considerando-se as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras [...]”.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) a regionalização, prevista constitucionalmente, induz a formação de sistemas de saúde mais funcionais e relações intergovernamentais mais cooperativas. Da mesma forma, entende este Ministério a regionalização da saúde como um processo de constituição das regiões de saúde, onde se organize uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção visando à universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e resolutividade das ações e serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A partir deste cenário, o Ministério da Saúde compreende que a estratégia para operacionalizar e efetivar a regionalização está centrada na constituição de regiões de saúde. O arranjo estrutural dessas regiões de saúde é a organização de redes de ações e redes de serviços de saúde. As discussões das propostas operacionais de regionalização têm como foco principal a organização de sistemas regionais articulando municípios para promover a integração de serviços de distintas densidades tecnológicas. (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Portanto, a delimitação de um território pelas possibilidades de acesso às tecnologias e serviços em saúde disponíveis em locais diversos (municípios, estados), são as bases da construção da região de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2006, p.20) “existe um consenso de que as regiões de saúde devem expressar o encontro das identidades e coerências de um espaço territorial

com o exercício do poder político-institucional”. No atual pacto de gestão do Sistema Único de Saúde que é datado do ano de 2006 e permanece em vigor, vê-se novamente a retomada da regionalização como diretriz fundamental do SUS, sendo eixo estruturante para a pactuação e descentralização das ações e serviços em saúde.

Neste sentido, encontramos como importante instrumento de gestão o Plano Diretor de Regionalização – PDR -, que tem por objetivo:

garantir o acesso do cidadão ao conjunto de ações e serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde. Apresenta as necessidades de reorganização da assistência, restabelecendo os fluxos de pacientes e de investimentos. Deve ser estabelecido e garantido por meio de acordos firmados na Programação Pactuada Integrada – PPI, preferencialmente por meio de processos reguladores (SES-SC, 2012, p.18).

O PDR, deve ser elaborado dentro de uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, a identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, de modo a otimizar os recursos disponíveis. Esse processo de ordenamento busca reduzir as desigualdades sociais e territoriais, propiciando maior acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde.

Retomando o pacto de gestão, este deixa explícito que o desenho final do Plano Diretor de Regionalização deve levar em conta o reconhecimento das regiões de saúde em suas singularidades a partir de cada território. A região de saúde deve propiciar a organização da rede de serviços e ações de saúde para atender e assegurar os princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado, possibilitando a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A rede de atenção à saúde deve ser pactuada em relação aos recursos materiais, financeiros e humanos (GONDIM *et al.*, 2017).

Reconhecendo estas condições, a elaboração do Plano Diretor de Regionalização – PDR, deve ser conduzida pelas Secretarias Estaduais, como uma proposta de regionalização da assistência à saúde do estado, devendo apresentar a organização do território estadual em regiões/microrregiões e módulos assistenciais, com municípios sede, municípios polo e demais municípios participantes.

Temos, portanto, que o objetivo destes Planos Diretores de Regionalização está centrado em buscar flexibilizar e intensificar o exercício da negociação política, possibilitando os acordos constituídos regionalmente. A partir destas premissas o PDR do estado de Santa Catarina observou os objetivos da regionalização elencados pelo Ministério da Saúde sendo estes:

1. Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional necessário transcenda a escala municipal;
2. Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade: uma visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no País;
3. Garantir a integralidade. A ampliação do conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento do SUS – traduzida na provisão de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema;

4. Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional;
5. Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem o papel de gestores do sistema de atenção à saúde no país e para que as demandas dos diferentes interesses locais regionais possam ser organizadas e expressadas a partir de um poder regional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.18-19).

Além destes objetivos, o Plano Diretor de Regionalização do estado de Santa Catarina também atendeu aos pressupostos definidos pelo Ministério da Saúde para o próprio processo de regionalização da saúde, sendo estes: a subsidiariedade, a cooperação, a coesão regional, a responsabilização, a territorialização e a flexibilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde – SES – de Santa Catarina, o processo de definição de um PDR deve ir além do simples desenho de referências:

Deve ser o estabelecimento do modelo assistencial do Estado, propiciando a equidade quando desconcentra recursos tecnológicos e com isso reduz os grandes deslocamentos impostos aos usuários para outras regiões de saúde. Neste aspecto deve considerar o movimento natural das populações em busca das ações e serviços capazes de resolver suas necessidades de saúde (SES-SC, 2012, p.13).

O Plano Diretor de Regionalização – PDR, do estado de Santa Catarina de 2012 em vigor, levou em consideração os critérios estabelecidos no PDR/2008 (primeiro PDR desenvolvido pelo estado de Santa Catarina), no Decreto nº 7.508/1, baseou-se no diagnóstico do Plano Estadual de Saúde e nas informações próprias da área de gestão em saúde da Secretaria de Estado da Saúde que elaborou critérios mínimos para a definição de uma região de saúde (SES-SC, 2012).

Na construção deste PDR foram ainda observados os critérios de níveis de complexidade da assistência em saúde, viabilizando um sistema de referência e contra referência. Buscando construir um padrão de gestão a partir do espaço territorial definido como região, o estado de Santa Catarina criou 9 (nove) macrorregiões de saúde e 16 (dezesesseis) regiões de saúde, aprovadas pela Deliberação 458/CIB/12 de 8 de novembro de 2012, considerando os 297 municípios que integram o espaço territorial deste estado (figura 1). É importante, antes de adentrarmos especificamente no PDR de Santa Catarina de 2012 que façamos menção ao conceito de macrorregião de saúde, eis que, o estado de Santa Catarina utiliza-se desta delimitação de território na organização de sua política pública de saúde, sendo esta:

formada por uma ou mais regiões de saúde organizada e estruturada para atender parte da Média Complexidade que se evidencia como mais complexa e a Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Não possui município sede e sua definição depende de cumprimento de critérios que levam em conta serviços de alta complexidade instalados, população referenciada e investimentos feitos pelo Estado através de convênios. (SES-SC, 2008, p.17; SES, 2012, p.19).

Diante do acima exposto, passamos a apresentar a organização do território do estado de Santa Catarina para a oferta de ações e serviços de saúde, cumprindo seu dever estatal de disponibilizar por meio do Sistema Único de Saúde – SUS, política pública de saúde brasileira, o acesso ao direito a saúde para os cidadãos que residem nos limites de seu espaço geográfico. A

primeira Macrorregião de Saúde do estado de Santa Catarina que nominamos é a do **Grande Oeste** (grifo nosso) composta por 3 (três) Regiões de Saúde, sendo estas a do Extremo Oeste, de Xanxerê e do Oeste, compreendendo 76 (setenta e seis) municípios. A segunda Macrorregião de Saúde é a do **Meio Oeste** (grifo nosso), que também agrega 3 (três) Regiões de Saúde, do Alto Uruguai Catarinense, do Meio Oeste e do Alto Vale do Rio do Peixe, estas que contemplam 55 (cinquenta e cinco) municípios catarinenses.

A Macrorregião de Saúde da **Foz do Rio Itajaí** (grifo nosso) é a terceira Macrorregião de Saúde identificada no estado de Santa Catarina e corresponde a 1 (uma) Região de Saúde que contabiliza 11 (onze) municípios. A quarta Macrorregião de Saúde identificada no estado de Santa Catarina é a do **Médio Vale do Itajaí** (grifo nosso) compreendendo 2 (duas) Regiões de Saúde a do Alto Vale do Itajaí e a do Médio Vale do Itajaí que representam 42 (quarenta e dois) municípios.

A Região da Grande Florianópolis representa de forma única a quinta Macrorregião de Saúde do estado de Santa Catarina a **Grande Florianópolis** (grifo nosso) e contabiliza 22 (vinte e dois) municípios. A sexta Macrorregião de Saúde e a **Sul** (grifo nosso), composta por 3 (três) Regiões de Saúde, a de Laguna, a Carbonífera e a do extremo Sul Catarinense e estas compreendem a 45 (quarenta e cinco) municípios de Santa Catarina. A Região de Saúde Nordeste corresponde a sétima Macrorregião de saúde que é a **Nordeste** (grifo nosso) incorporando 13 municípios catarinenses.

A oitava Macrorregião de Saúde e a do **Planalto Norte** (grifo nosso) que possui 13 (treze) municípios e 1 (uma) única Região de Saúde a do Planalto Norte. A última das nove Macrorregiões de Saúde do estado de Santa Catarina e a da **Serra Catarinense** (grifo nosso), composta por 18 (dezoito) municípios e constitui 1 (uma) única Região de Saúde a da Serra Catarinense. Este cenário reitera “a construção de uma política de gestão regionalizada, ratificando a condição de que cada macrorregião de saúde deve ser autossuficiente em procedimentos de alta complexidade” (SES-SC, 2012, p.22).

Figura 1 – MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA



Fonte: SES – SC, 2012, p.23.

Para que seja possível o processo de regionalização a partir do PDR estadual a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, estabeleceu um fluxo de referência dos municípios, regiões e macrorregiões. Para a definição da área de abrangência das regiões de saúde, considerou-se a reestruturação administrativa do Governo do Estado – Lei Complementar nº 381/07 e a Lei Complementar 534/11, o fluxo assistencial e a nova configuração das regiões de saúde conforme Deliberação 458/CIB/2012 (SES-SC, 2012).

Diante desta informação, temos que, a execução das ações e serviços em saúde na atenção básica se dá nos municípios. As situações de média e alta complexidade em saúde não resolvidos no território de um município, seguem para o fluxo de referência assistencial que observa a Programação Pactuada Integrada –PPI - da assistência, e a regulação. Neste sentido, o fluxo continua sequencialmente para a Região de Saúde, que possui um município de referência, que ofertará ações e serviços em saúde especializados. Cumprindo este fluxo inicial, não havendo solução para a demanda de saúde na região de saúde, esta segue o fluxo de encaminhamento para a Macrorregião de Saúde. Segundo a Secretaria de Estado da Saúde (2012), não havendo acesso ou resolução da demanda em saúde nestes níveis de atendimento o fluxo seguirá ainda para outras Macrorregiões em Saúde intra-estaduais ou para referência para outros estados da federação (SES-SC, 2012).

O Plano Diretor de Desenvolvimento Regional do estado de Santa Catarina descreve a partir das Macrorregiões e Regiões e em cada uma delas as redes de unidades de apoio ao sistema de referência, as áreas de referência interestadual, as redes de atenção à saúde, os fluxos assistenciais de alta complexidade em saúde. Este desenho de acesso pela organização do território propicia o acesso ao direito à saúde com resolutividade e qualidade nas ações e serviços de saúde,

que busca reduzir desigualdades sociais e territoriais, que é um dos objetivos do PDR do estado de Santa Catarina.

Da mesma forma, expõe a PPI – Programação Pactuada Integrada que envolve a definição, a negociação e a formalização de pactos entre os gestores, permitindo atingir outro dos objetivos do PDR do estado de Santa Catarina que é o de racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional (SES-SC, 2012, p.23).

Nesta perspectiva, quando falamos da política pública de saúde e de sua relação com o território e região e da própria regionalização é importante que façamos algumas relações. A estrutura de oferta dos serviços de saúde acontece nos Municípios de forma horizontal, levando em consideração que o acesso deve ser ofertado a todos os indivíduos que estão estabelecidos naquele território (moram nesse espaço geográfico) e ainda, para aqueles que por meio das pactuações estabelecidas entre os Municípios possuam direito a igual acesso a determinadas prestações em serviços de saúde.

Em síntese, em cada um dos Municípios que integram uma região de saúde existem ações e serviços de saúde, que devem ser operacionalizados de forma que seja possível a instituição da rede regionalizada de saúde, já que é a partir deste que se inicia o fluxo de referências no processo de regionalização estabelecido no PDR do estado de Santa Catarina. Nesta condição se torna possível ao estado definir os termos de compromisso para que haja a garantia do cumprimento da programação pactuada e integrada – PPI - da assistência à saúde, propiciando a resolutividade das demandas em saúde de sua população.

A partir do reconhecimento da diversidade de situações em que os municípios são encontrados, por exemplo, aqueles com maior poder político, maior capacidade instalada de rede assistencial, é importante que as situações de desigualdades encontradas sejam observadas no processo de regionalização. Esta assertiva alerta para o contexto da regionalização da oferta de ações e serviços de saúde que deve ser uma prática de inclusão e não de fomento de desigualdades maiores do que as já existentes. O estado de Santa Catarina buscou com o Plano de Desenvolvimento Regional – PDR, atender ao pacto de gestão da saúde, observando as diretrizes do SUS de descentralização, municipalização e regionalização, preconizadas pelo Ministério da Saúde buscando propiciar ao cidadão catarinense o acesso ao seu direito à saúde definido constitucionalmente, de forma resolutiva, com qualidade nas ações e serviços ofertados, e, a partir da organização de seu território reduzir as desigualdades sociais e também territoriais.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em se tratando o território de um espaço de organização do poder, do estabelecimento de relações interpessoais, de percepção de culturas, este pode ser utilizado como estratégia de combate às desigualdades, bem como elemento que contribui para a solução de demandas de várias áreas afetas a vida em sociedade e a estrutura do Estado. Neste sentido, resta claro que o uso da estratégia da regionalização pelo estado de Santa Catarina apresentada em seu PDR a partir de

macrorregiões e regiões de saúde está sendo utilizada como estratégia para o desafio que é o planejamento, execução, controle e prestação de serviços públicos em saúde.

O PDR – Plano Diretor de Regionalização, demonstra como o estado de Santa Catarina usa o seu espaço territorial não deixando de reconhecer a sua diversidade sócio cultural e de capacidade instalada para execução da política pública de saúde, como forma de ordenar ações e serviços de saúde pública a uma população, considerando a realidade local, as redes loco-regionais e as estruturas de apoio que ultrapassam os municípios, as regiões, macrorregiões e as divisas estaduais quando necessário, procurando respeitar as realidades encontradas e o processo de negociação entre os pares.

A regionalização da prestação dos serviços em saúde, tem como um de seus objetivos tornar a política pública de saúde, representada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, eficaz, possibilitando que esta seja ofertada em um contexto de resolubilidade dos problemas de saúde em quaisquer níveis de complexidade, é neste sentido, que o estado de Santa Catarina vem utilizando seu PDR para permitir o direito à saúde esculpido constitucionalmente para a sua população.

## REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Christovam; PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **O Território no Programa de Saúde da Família**. HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, pp.47-55, jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Decreto 7,508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 10 ago.2017.

BRASIL. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)>. Acesso em: 10 de ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BENKO, Georges. **A Ciência Regional**. Oeiras: Celta Editora, 1999.

CORREA, Roberto Lobato. **Região e Organização espacial**. São Paulo: Editora Ática, 1991.

DOURADO, Daniel de Araújo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro**. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000100023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100023)>. Acesso em: 17 jul. 2012.

GONDIM, Grácia M.M. et al. **O território de saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização**. In. *Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Christovam; Moreira, Josino Costa; Monken, Maurício. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p.183-203*. Disponível em: <[http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS\\_CURSO\\_VIGILANCIA/20.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf)>. Acesso em: 14 de julho de 2017.

HAESBAERT, Rogério. **Território, territórios, ensaios sobre o ordenamento territorial**. São Paulo: Lamparina, 2007.

JACOBI, Pedro. **Políticas Sociais e ampliação da cidadania**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

MARTINS, Mário Jorge. **Municipalização da Saúde**. Disponível em: <[http://www.marcasaude.com.br/pdf/sistemas\\_e\\_servicos\\_de\\_saude/municipalizacao\\_da\\_saude.pdf](http://www.marcasaude.com.br/pdf/sistemas_e_servicos_de_saude/municipalizacao_da_saude.pdf)>. Acesso em: 11 jun. 2012.

SANTOS, Milton. **Território, territórios, ensaios sobre o ordenamento territorial**. São Paulo: Lamparina, 2007.

SES. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização – PDR. Florianópolis, 2012.

SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **A Regionalização Intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS)**: um estudo de caso do município de São Paulo – SP, Brasil. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 19, nº 3. p. 533-546, 2010.