

# O território e a região na política de saúde brasileira: entre as concepções teóricas e as práticas de gestão

*Luciana da Costa Feitosa*

✉ [lcostafeitosa@gmail.com](mailto:lcostafeitosa@gmail.com)

## Resumo

O artigo tem por objetivo demonstrar as concepções e divergências teóricas e operacionais que fundamentam os princípios da territorialização e da regionalização na Política de Saúde brasileira. Desde os anos 1970, quando o raciocínio geográfico passou a ser inserido no embasamento do conceito ampliado de saúde – base do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em escala nacional –, que o debate sobre a importância do território e da região vem ganhando espaço nas estratégias de promoção e operacionalização de uma política que leve em consideração as particularidades das condições de vida e dos lugares para ser plenamente eficaz. No entanto, o fundamento teórico e metodológico desses dois conceitos seguiu lógicas distintas durante o processo de construção e implementação da Política de Saúde brasileira, o que causa descompassos e assimetrias nas práticas de gestão do SUS.

\* \* \*

**PALAVRAS-CHAVE:** território, região, política de saúde, geografia, conceito ampliado de saúde.

## Introdução

O debate a respeito da garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado, expresso no Artigo 196<sup>1</sup> da Constituição Federal, teve sua origem, a partir dos anos 1970, no movimento da *Reforma Sanitária Brasileira*<sup>2</sup>. Durante essa década, o país passava por uma situação de crise sanitária que se manifestava através do aumento da mortalidade infantil, da epidemia dos acidentes de trabalho, do recrudescimento de endemias, da proliferação de casos de meningite e da dificuldade de acesso aos serviços de saúde (PAIM, 2008).

Sob a égide do *modelo médico assistencial-privatista*<sup>3</sup> (LUZ, [1979] 2013), o Governo Federal inseriu o planejamento no setor saúde e tentou regular o conjunto de serviços públicos e privados do país. Mas, enquanto materialidade e norma, o modelo estava alicerçado em premissas tecnológicas distantes da dimensão cotidiana da vida das pessoas, na qual o hospital era o objeto técnico materializado como o principal símbolo dessa ideologia.

Curioso (2014) explica que a indissociabilidade do trabalho médico e do hospital compunha o conjunto das determinações funcionais do sistema de valores sobre a própria saúde, de modo que seria preciso mudar a maneira como se compreendiam a saúde e a doença para, daí sim, institucionalizar um sistema que fosse capaz de abarcar esse novo conceito, já que, do ponto de vista geográfico, “ao mesmo tempo em que se instala uma tecnoesfera cria-se, paralelamente, e com as mesmas bases, uma psicoesfera” (SANTOS [1996] 2008, p. 256). Sendo assim, foi no surgimento do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e da formulação do conceito ampliado de saúde que o raciocínio geográfico passou a desempenhar um papel central nas ideias que se aglutinaram em torno da redação do texto constitucional de 1988, onde a saúde foi inserida dentro do capítulo da Seguridade Social e elevada à condição de direito de todos e dever do Estado.

- 1 No Artigo 196, Capítulo II (Da Seguridade Social) da Constituição Federal de 1988 está posto que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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” (BRASIL, 1988).
- 2 Paim (2008) explica que o movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura militar, na década de 1970, e envolveu movimentos sociais, classe trabalhadora, estudantes, setores populares, intelectuais e profissionais da classe média que se aglutinaram no setor saúde. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde.
- 3 O modelo médico assistencial-privatista caracterizou-se pelo predomínio das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica no sentido da mercantilização da saúde. A criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966, foi o momento institucional de consolidação do modelo médico-assistencial privatista no território brasileiro.

O Sistema Único de Saúde (SUS), manifestação institucional desse processo, tem no território e na região as bases para o planejamento da Política de Saúde brasileira, mas queremos demonstrar neste artigo que os princípios da territorialização e da regionalização do sistema estão alicerçados em concepções teóricas e operacionais distintas, causando descompassos e assimetrias nas práticas de gestão do SUS. Para tanto, estruturamos o trabalho em quatro partes.

Na primeira, explicamos como o movimento da Reforma Sanitária utilizou a ideia de espaço para dar fundamentação ao conceito ampliado de saúde. A partir dessa concepção, mostramos na segunda parte a metodologia de territorialização do sistema de saúde, tendo como base o nível local de planejamento. Já na terceira parte, veremos que a estratégia da regionalização não foi pensada com essas mesmas premissas, o que causou uma hierarquização do SUS por meio de uma lógica geométrica do espaço, oposta à lógica que fundamenta a perspectiva territorial. Na quarta parte, elaboramos algumas considerações.

#### A importância da Geografia para a resignificação do conceito de saúde

O marco institucional do movimento da Reforma Sanitária foi a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), em 1976, durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), ocorrida na Universidade de Brasília (UnB). Paim (2008) explica que a expressão *Reforma Sanitária* surgiu na edição nº 3 da Revista Saúde em Debate, onde foi incutida a premissa de

desenvolver o CEBES como um órgão democrático e que preconiza a democratização do setor saúde, recebendo todas as contribuições que atendam aos objetivos de uma Reforma Sanitária, que deve ter como um dos marcos a unificação dos serviços de saúde, públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada, crescente, possibilitando sua influência nos níveis decisórios e ampliando o acesso a serviços de saúde de boa qualidade (EDITORIAL, 1977, pp. 3-4).

No ano de 1979, o CEBES apresentou um documento que se constituiu no marco da proposta da Reforma Sanitária, intitulado “A Questão Democrática da Saúde”. Do ponto de vista propositivo, o documento ensejava, entre outros: a) criar o Sistema Único de Saúde; e b) outorgar ao Ministério da Saúde a direção do SUS, com a tarefa de planificar, em conjunto com os governos estaduais e municipais, a Política Nacional de Saúde.

A proposta de criação de uma nova Política e de um novo sistema de saúde mexia nas bases do ordenamento jurídico do Estado brasileiro, sendo, portanto,

decisiva para a ressignificação do conceito de saúde, apresentado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. O conceito ampliado de saúde estabeleceu que

a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades dos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Paim (2008) adverte que o conceito vinculado à Reforma Sanitária já estava sendo pensado pelo seu corpo acadêmico desde os anos 1970, nos Departamentos de Medicina Preventiva e Social e nas Escolas de Saúde Pública. Inspirados nos princípios da Medicina Social desenvolvida na Europa, os teóricos brasileiros e latino-americanos passaram a entender que a saúde e a doença resultam de um processo ocorrido pela interação do homem com outros homens e com os elementos naturais e artificiais do meio, incluindo os de ordem psicológica.

O processo saúde-doença teve no materialismo histórico e dialético o seu fundamento e, a partir de então, a Saúde Coletiva passou a trabalhar com base em dois conceitos: *determinação social das doenças* e *processo de trabalho em saúde*. Czeresnia e Ribeiro (2000) explicam que a epidemiologia mudou suas premissas teóricas e começou a postular que a saúde e a doença na coletividade não podem ser encaradas pelas dimensões biológica e ecológica. Barata (2005) coloca que elas são componentes dos processos de reprodução social e se explicam pelos determinantes políticos, econômicos e sociais da distribuição da saúde e da doença, que põem limites ou exercem pressão sobre outras dimensões da realidade, sem serem necessariamente determinísticos.

Ao demonstrar que existe uma relação indissociável entre a saúde, a doença e a própria atividade biomédica, o conceito ampliado mostrou que “outros profissionais e outros saberes são imprescindíveis para o processo de trabalho em saúde: administradores públicos, cientistas sociais, epidemiologistas, economistas, geógrafos” (CURIOSO, 2014, p. 20). Com base nisso, ainda nos anos 1970, as contribuições da Geografia começaram a ser vistas como fundamentais para o campo das ciências da saúde, sobretudo da epidemiologia social, em função da renovação teórico-metodológica da disciplina geográfica e das novas concepções de espaço que estavam sendo desenvolvidas por Milton Santos.

A influência da teoria miltoniana na compreensão de espaço da epidemiologia social é, até hoje, “uma das referências mais importantes para as análises entre espaço e doença, especialmente as produzidas no Brasil” (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000, p. 600). Os autores ainda esclarecem que o uso do

conceito de espaço, em epidemiologia, acompanhou o desenvolvimento teórico da própria Geografia, sobretudo da vertente que ficou conhecida como Geografia Médica.

Quando Milton Santos começou a ressignificar as chamadas “teorias consagradas” da Geografia e preconizar que o “espaço é a acumulação desigual de tempos” (SANTOS, [1982] 2007<sup>a</sup>), inseriu em sua *démarche* o tempo como sendo uma noção fundamental, pois as formas geográficas se constituem pelo seu conteúdo do presente e do passado. Sendo assim, postulou que em cada fase histórica o papel da estrutura social e do seu conteúdo variam, de modo que “ao lado das formas geográficas e da estrutura social, devemos também considerar as funções e os processos que, através das funções, levam a energia social a transmutar-se em formas” (SANTOS, [1982] 2007a, p. 61).

A premissa da *forma-conteúdo*, que une ao mesmo tempo o processo e o resultado, a função e a forma, o passado e o futuro, o objeto e o sujeito, o natural e o artificial, se constituiu no raciocínio central do que se tornou a sua definição de espaço como um sistema de objetos e sistema de ações (SANTOS [1996] 2008). Não por menos a técnica também passou a fazer parte da outra metade da espinha dorsal da proposta de método miltoniana, pois cada período histórico se consolida por meio de um conjunto de técnicas que o caracterizam, associado a um conjunto correspondente de objetos. Logo, “o mesmo objeto, ao longo do tempo, varia de significação. Se as suas proporções internas podem ser as mesmas, as relações externas estão sempre mudando” (SANTOS, [1996] 2008, p. 96).

Para Silva (1997), o espaço em Milton Santos permitiu à epidemiologia mudar o foco usual de análise centrada na doença para a análise das condições de ocorrência das mesmas, já que o conceito incorpora os determinantes naturais e sociais numa visão de totalidade, o que geralmente escapa aos olhos da análise epidemiológica. Os profissionais dessa área puderam entender os mecanismos relacionais que explicam a distribuição e o desenvolvimento de enfermidades, saindo da mera análise descritiva. Mas

as tentativas de redefinir o conceito de espaço em epidemiologia, acompanhando o desenvolvimento teórico-conceitual da Geografia, [...] esbarraram no limite imposto pela teoria da doença e [...], mesmo tentando pensar o espaço como totalidade integrada, esta é expressa através de conceitos estruturados a partir de lógicas distintas e fragmentadas entre si (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000, p. 597).

Para Almeida Filho (2000), a teoria microbiana das doenças ainda é um limite epistemológico da tentativa de se pensar o homem como uma integração

biopsicossocial que fundamenta o próprio conceito ampliado de saúde, de modo que, para o autor, o conceito de saúde é considerado o ponto cego da ciência epidemiológica. Mas se foi através da epidemiologia que a ciência geográfica passou a desempenhar um papel importante no processo de ressignificação do espaço e do conceito de saúde, é no planejamento das políticas e dos serviços de saúde que ele se torna central.

A partir da promulgação da Constituição de 1988 e da implementação do Sistema Único de Saúde, dois princípios eminentemente geográficos vão sustentar, até os dias de hoje, as estratégias de planejamento que giram em torno da Política de Saúde brasileira e da consolidação do SUS: o princípio da territorialização e o princípio da regionalização. Vejamos as concepções teóricas e as decorrentes práticas de gestão oriundas desse processo.

### **A territorialização na política e no sistema de saúde brasileiro**

O Artigo 198 da Constituição Federal de 1988 estabelece que as ações e os serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988). Essa premissa é o alicerce de sustentação do funcionamento do SUS no território brasileiro, sendo o Governo Federal encarregado das funções de financiamento e coordenação intergovernamental; os municípios, da gestão dos programas locais; e os estados, do suporte aos sistemas municipais.

Embora a estratégia da regionalização deva orientar a integralidade do sistema de saúde, ela só foi posta em prática a partir de 2001, quando surgiu a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-2001/2002). Por sua vez, o debate sobre a territorialização ganhou fôlego ainda em 1987, quando a representação brasileira da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) tentou viabilizar a proposta dos Distritos Sanitários no Brasil, oriunda de uma formulação do órgão sobre Sistemas Locais de Saúde (SILOS).

Teixeira e Solla (2005) explicam que, do ponto de vista conceitual e metodológico, a proposta dos distritos sanitários retomava a tradição do planejamento e da organização de serviços de saúde que havia sido inaugurada na América Latina com base no método do Centro de Desenvolvimento (método CENDES/OPAS), em 1965, a partir do qual se buscava a articulação dos seus conceitos-chave com o avanço da Geografia crítica (sobretudo de Milton Santos), da epidemiologia social e do enfoque situacional do planejamento (de Carlos Matus). Sendo assim,

incorporou-se à construção dos distritos sanitários a delimitação dos territórios correspondentes à área de abrangência da rede de serviços, nos quais se recortava a área de abrangência de cada unidade, espaço esquadrihado a partir de estudos inspirados na Geografia e nas possibilidades tecnológicas abertas com o geoprocessamento de informações (TEIXEIRA; SOLLA, 2005, p. 460).

O Artigo 2º, § 1º da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990), ao estabelecer que “o dever do Estado de garantir a saúde consiste [...] no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990), abre precedente para a constituição de um esquema metodológico que subsidie tal diretriz normativa, de modo que a concepção de Distrito Sanitário se tornou o ponto central da mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.

Mendes (1993) argumenta que o Distrito Sanitário não é um mero recorte topográfico-burocrático com o objetivo de subsidiar apenas um rearranjo das unidades de saúde sem colocar abaixo o modelo médico-assistencial privatista. Pelo contrário, o Distrito Sanitário possui três dimensões essenciais e que devem ser consideradas indissociáveis para a plena execução do modelo: a política, a ideológica e a técnica.

O Distrito Sanitário é político porque busca inverter a lógica do Sistema Nacional de Saúde, saindo do hospital e indo em direção ao nível local, “numa direção de poder compartilhado, onde se manifestarão diversos interesses de distintos atores sociais” (MENDES, 1993, p. 94). Também é ideológico porque, ao se estruturar na lógica das necessidades de saúde da população, tem como premissa o conceito ampliado do processo saúde-doença. Por fim, é técnico porque só pode ser feito com base em conhecimento e tecnologia “coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto que o referencia” (MENDES, 1993, p. 95).

A não incorporação dessas premissas acarreta no discurso do esquadrihamento topográfico-burocrático racionalizador de orientação clínica, que legitima uma ideologia neoliberal e de política de saúde voltada apenas para os menos favorecidos economicamente. Se os artigos 196, 197 e 198 da “Constituição Cidadã” de 1988 convocam o Estado a compreender a saúde pelos seus determinantes econômicos e sociais, e a garantir medidas para sua promoção, proteção e recuperação, é preciso ter “uma melhor qualificação do Distrito Sanitário, seja como elemento tático fundamental na estratégia da Reforma Sanitária, seja como processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde” (MENDES, 1993, p. 95).

Unglert (1993) considera que, para se lograr êxito na transformação do sistema de saúde brasileiro, faz-se necessário que a estratégia da regionalização não fique somente no plano do discurso teórico, mas seja a expressão das diversas realidades através do planejamento local e da participação social, pois “o estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde” (UNGLERT, 1993, p. 222).

A premissa proposta pela autora pode ser encontrada no Artigo 36 da Lei Orgânica da Saúde, que estabelece que “o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal” (BRASIL, 1990). Logo, os distritos sanitários se constituem numa estratégia de reorganização dos serviços de saúde a partir da abordagem sistêmica, “enfatizando o enfoque territorial como critério fundamental para a definição da população coberta e do perfil da oferta de serviços” (TEIXEIRA; SOLLA, 2005, p. 459).

Os *espaços locais – territórios* (UNGLERT, 1993) da proposta metodológica de territorialização do sistema de saúde brasileiro são constituídos pelos níveis hierárquicos e recortes espaciais apresentados no quadro a seguir (Quadro 1):

**Quadro 1. Espaços locais – territórios da proposta de territorialização do sistema de saúde.**

RECORTE	CARACTERIZAÇÃO
Distrito Sanitário	A definição inicial do território de um distrito sanitário depende de critérios de natureza político-administrativa. Um distrito sanitário ou grupo de distritos sanitários geralmente corresponde a uma <i>região administrativa municipal</i> .
Área de Abrangência	Corresponde à área de responsabilidade de uma unidade de saúde. Baseia-se em critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo da população. Deve ser construída por conglomerados de <i>setores censitários</i> .
Micro Área de Risco	É de perfil epidemiológico específico. Através da caracterização desse perfil epidemiológico é que serão definidas ações de saúde específicas para essa área. É desejável que seja construída por

	conglomerados de <i>setores censitários</i> .
Domicílio	O detalhamento do nível territorial na base do domicílio possibilita a <i>adscrição de clientela</i> , além de favorecer o estabelecimento de ações de controle de saúde, visando a prioridades.

Fonte: adaptado de Unglert (1993).

A ideia de se definir um tipo de recorte em função de cada nível para coleta de dados busca apreender as distintas realidades do processo saúde-doença, conforme sejam mudadas as escalas de análise. Desse modo, o **distrito sanitário**, enquanto recorte de uma região administrativa municipal, respeita a configuração do município do ponto de vista jurisdicional. A **área de abrangência**, apoiada em setores censitários, se baseia na metodologia estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para coleta dos dados censitários e é considerada a mais adequada enquanto elemento nuclear, pois pode determinar áreas com limites geográficos e demográficos específicos.

Para a escala da área de abrangência é preciso atentar ao limite do bairro, considerado “uma forma espontânea de manifestação da população na apropriação do território” (UNGLERT, 1993, p. 226). Por fim, no **domicílio** é feita a adscrição de clientela, ou seja, o detalhamento do perfil e das condições de saúde dos residentes de uma moradia, para orientar o processo de trabalho em saúde.

O território é entendido do ponto de vista teórico e metodológico com base em disciplinas que viabilizem a lógica sistêmica defendida, de modo que os fundamentos da base territorial dos distritos sanitários “passa pela definição de um certo espaço geográfico, populacional e administrativo, ao lado da criação de instâncias de coordenação do conjunto de estabelecimentos de saúde localizados nesse espaço” (MENDES *et al.*, 1993, p. 160). O conceito-chave estabelecido para a reorientação dessa ideologia crítica, portanto, é o território.

Só que os autores identificam duas grandes correntes que trabalham com essa perspectiva. A primeira “toma-o como um espaço físico que está dado e que está completo [...]. É a que dá sustentação à visão topográfico-burocrática de distrito sanitário e também ao entendimento da saúde pautada no modelo da clínica” (MENDES *et al.*, 1993, p. 166). A segunda, por sua vez, “vê o território como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social, a partir da qual se tencionam sujeitos sociais postos na arena política” (MENDES *et al.*, 1993, p. 166).

A segunda concepção é a que vai orientar o modelo de distrito sanitário como um processo de mudança das práticas sanitárias com base no nível local, sendo então chamado de território-processo, e que transcende à geometria estática do território-solo, pois o compreende enquanto resultante das dimensões política, econômica, cultural e epidemiológica. Sendo assim, “institui-se como um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogos, de projetos e de sonhos” (MENDES *et al.*, 1993, p. 166).

A proposta metodológica que vai do Domicílio até o Distrito Sanitário é subsidiada por meio da adjetivação de cada componente do território-processo a uma disciplina de competência. O recorte e a caracterização de cada um desses subtipos podem ser conferidos no quadro a seguir (Quadro 2):

**Quadro 2. Metodologia de territorialização e disciplina correspondente a cada recorte.**

<b>Território-Distrito</b>	Obedece à lógica político administrativa e pode coincidir com o espaço de um município	Distrito Sanitário	Planejamento Urbano
<b>Território-Área</b>	Área de abrangência de uma unidade ambulatorial de saúde e delimita-se em função do fluxo e contra fluxo de profissionais de saúde e da população num determinado território	Área de Abrangência	Geografia Humana
<b>Território-Microárea</b>	Impõe-se na medida em que os problemas de saúde não se distribuem de maneira simétrica no território-área, tendendo, ao contrário, a discriminarem-se de forma negativa	Microárea de Risco	Epidemiologia

	naquele espaço		
<b>Território-Domicílio</b>	Espaço de vida de uma microunidade social (família nuclear ou extensiva) identificado na Microárea como locus para o desencadeamento de ações de intervenção sobre algumas causas dos problemas e seus efeitos	Domicílio	Epidemiologia

Fonte: adaptado de Mendes *et al.* (1993).

A partir dos anos 1990, essa metodologia foi se incorporando à Política de Saúde, sobretudo no nível da Atenção Básica, pois, entre os anos de 1993 e 1996, começou o processo de mudanças do sistema no nível local, por meio de programas que consolidassem este tipo de atenção como porta de entrada do sistema, a fim de diminuir o modelo centrado no atendimento hospitalar. A estratégia adotada pelo Governo Federal foi a descentralização e municipalização do SUS, por meio das chamadas normas operacionais básicas.

Daí veio a implementação dos antigos “Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)” e “Programa Saúde da Família” (PSF), quando a Saúde da Família tornou-se estratégica após a promulgação da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), a partir da qual foram especificadas as diretrizes para a efetivação de um modelo de atenção à saúde baseado na integralidade das ações do SUS e “centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – a família” (BRASIL, 1996, p. 10).

O tratamento especial dado pela NOB/96 aos recursos destinados à rede básica do SUS fez com que estados e municípios vissem nesse nível de atenção uma forma de alocar maiores orçamentos e financiar os seus sistemas locais de saúde. Sendo assim, a possibilidade de receber mais ou menos recurso em função da adoção de determinado programa fez com que “o PSF [se expandisse] ao longo da década de 1990 por todo o país sob indução do Ministério da Saúde” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 605), o que permitiu que a metodologia da territorialização fosse inserida no planejamento da Política de Saúde, como

estratégia para subsidiar a implantação do PSF no âmbito das unidades básicas de saúde.

A partir de 2006, a Atenção Básica virou o eixo estruturante da Política de Saúde, por meio da implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que tem por objetivo revisar e adequar as normas nacionais ao momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil. Para isso, ficou definido que a Atenção Básica corresponde a

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde [...]. É realizada sob a forma de trabalho em equipe, **dirigida a população de territórios delimitados**, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006, p. 10, grifo nosso).

A Estratégia Saúde da Família – que veio substituir o antigo PSF – passou a ser, definitivamente, o eixo central de atuação do Ministério e das secretarias municipais de saúde em todo o território brasileiro. A partir da efetivação da PNAB, as diretrizes normativas da Política de Saúde brasileira passaram a trabalhar com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na referida área, pois a Estratégia Saúde de Família veio para

atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde/doença da população (BRASIL, 2006, p. 20).

A concepção de Atenção Básica da PNAB adota e reafirma a estratégia metodológica da territorialização, na perspectiva do território-processo, concebendo-o como balizador para a reorientação das práticas sanitárias do sistema de saúde brasileiro, sob o enfoque do conceito ampliado de saúde, conforme estava sendo pensado desde a década de 1970. Mas se a territorialização seguiu a lógica do planejamento ascendente de base municipal, a regionalização trilhou um caminho completamente diferente, embora também tenha tentado colocar em prática os pressupostos da ciência geográfica em suas metodologias de intervenção.

## **A regionalização enquanto diretriz estruturante da rede de serviços do SUS**

O Art. 198 da Constituição Federal de 1988 deixa claro desde o início que a ideia de regionalização dos serviços de saúde não pode ser pensada desacoplada da ideia de rede. Esta, por sua vez, influenciou a Política de Saúde brasileira a partir de duas perspectivas: uma, que diz respeito às redes regionalizadas e hierarquizadas, de origem inglesa; e outra, que trata das Redes de Atenção à Saúde (RAS), inspirada no conceito de sistemas integrados de saúde, de origem norte-americana (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015) .

Viana (2011) explica que, assim como as redes, o conceito de região que subsidia a estratégia de regionalização do SUS também tem uma dupla interpretação: constitui a base territorial cujos elementos engendram o planejamento de uma rede de saúde, mas também se constitui na unidade geográfica vinculada à divisão político-administrativa da federação para as ações e os serviços de saúde no território. Vejamos, então, quais as perspectivas e como cada uma dessas concepções foi se constituindo na Política de Saúde.

A perspectiva dominante que pensa as redes regionalizadas e hierarquizadas do Sistema Único de Saúde remonta sua origem conceitual ao famoso Relatório Dawson, de 1920, instituído na Inglaterra como fórmula para organização dos serviços de saúde daquele país. Essa sistematização preconizava uma organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade, pois o documento fazia constatações de que certos problemas de saúde que poderiam ser resolvidos a nível domiciliar continuavam sendo tratados em unidades hospitalares por meio de procedimentos que tinham um elevado custo financeiro.

A proposta metodológica do Relatório Dawson tinha como fundamento a integração entre a medicina curativa e a preventiva, o papel centrado no médico generalista, a porta de entrada na atenção primária à saúde, os serviços especializados na atenção secundária e, por fim, a atenção terciária nos hospitais. No entanto, Pessoto (2010) argumenta que

não há na memória dessa história recente referências ao Relatório Dawson como possível discurso fundador do processo. Evidentemente que não foi o SUS que criou ou elaborou teoricamente o problema da regionalização e hierarquização dos serviços de atenção médico-sanitária, mas tributar ao citado relatório tal mérito não parece se apresentar como certeza cristalina (PESSOTO, 2010, p. 151).

O autor ainda esclarece que a perspectiva de regionalização da saúde no Brasil sempre esteve associada aos processos de descentralização administrativa dos

órgãos ou funções de governo, para se encaixar no arcabouço do pacto federativo brasileiro. Desse modo,

há o processo de regionalização dos serviços, que é a tentativa de se organizar os serviços como forma de torná-los mais eficientes e eficazes, ou seja, conseguir atingir os objetivos do SUS de universalização, integralidade e equidade com maior qualidade ao menor custo financeiro; e há outro processo implícito de regionalização, ou melhor, criação de regiões de saúde a partir das características epidemiológicas de determinada população vivendo em determinado espaço em um tempo diacrônico (PESSOTO, 2010, p. 152).

Apesar disso, é importante lembrar que, ao contrário do processo de territorialização do planejamento ascendente, a estratégia de regionalização ainda é recente nas práticas da Política de Saúde. Isso se explica pelo próprio reordenamento jurídico da federação brasileira, que instituiu o município como ente da federação e, conseqüentemente, a ênfase na “municipalização” da saúde foi amplamente difundida, seja pelos grupos vinculados ao movimento da Reforma Sanitária, que entendiam os Sistemas Locais de Saúde e os Distritos Sanitários como o eixo estruturante de mudança da concepção de saúde do país, seja pelas normas operacionais básicas do Governo Federal, que induziram os municípios a serem responsáveis por seus serviços de saúde, sobretudo por meio de repasses financeiros.

Foi somente em 2001, quando foi instituída a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001-2002), que o pressuposto da regionalização apareceu como concepção norteadora do Sistema Único de Saúde. Essa proposta de regionalização, segundo Guimarães (2004), baseou-se na visão “ibgeana” de divisão regional, pois concebeu “a totalidade espacial como um somatório das partes, abstraindo-se as variáveis mais significativas para a identificação de suas características mais homogêneas” (GUIMARÃES, 2004. p. 9). Na NOAS 2002, as regiões de saúde foram entendidas como

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 da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma

região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais (BRASIL, 2002).

Apesar de a norma dizer que as regiões poderiam ser formadas por municípios não necessariamente coincidentes com a divisão administrativa do estado, essa premissa se cumpriu somente no ano de 2011, com a experiência pioneira da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco, que compreende 52 municípios dos estados da Bahia e de Pernambuco, e cuja polarização dos serviços dá-se pelos municípios de Petrolina/PE e Juazeiro/BA. Ainda hoje, essa é a única diretriz de regionalização do sistema que engloba mais de um estado da federação.

Além disso, a divisão que a NOAS fazia em “macrorregiões”, “regiões e/ou microrregiões de saúde” e “módulos assistenciais” causava hierarquização e fragmentação entre os municípios constituintes da região, justificando a concepção “ibgeana” proposta por Guimarães (2004), pois estava assentada nos pressupostos das regiões homogêneas e polarizadas que nortearam os estudos do IBGE entre os anos 1960 e 1970. No texto da NOAS 2002, é possível ler que

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível (BRASIL, 2002).

Pessoto (2010) argumenta que a concepção de “sistemas funcionais de saúde” tem sua origem também nos estudos desenvolvidos pelo IBGE e que orientaram a proposta da “Divisão do Brasil em Regiões Funcionais Urbanas”, na década de 1970. Os estudos do IBGE desse período partiram de duas perspectivas teóricas: os estudos sobre a rede urbana francesa, desenvolvidos por Michel Rochefort, e a Teoria dos Lugares Centrais, proposta por Christaller.

O processo de regionalização do SUS buscou a mesma racionalidade econômica que a teoria de Christaller, mas as peculiaridades da rede urbana brasileira interferem sobremaneira nessa concepção de sistema, tendo em vista que as relações entre cidades não se encaixam em um único padrão espacial hierárquico e se dão em diferentes direções, inclusive se relacionando com cidades de outras regiões não contíguas. Logo,

esse é um complicador na estruturação de uma rede regionalizada do SUS, mormente quando se tem como referência teórica estudos regionais de estados com redes de cidades historicamente mais antigas e com menor vigor na criação de novas cidades, como ocorreu no Brasil nos últimos 30 anos (PESSOTO, 2010, p. 159).

Durante a primeira metade dos anos 2000, essa foi a concepção da estratégia de regionalização que orientou a Política de Saúde brasileira. Albuquerque e Viana (2015) chamaram esse período, entre 2001 e 2005, de “*Fase I (2001-2005): região normativa com redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde*”. Foi somente no contexto do lançamento do Pacto Pela Saúde (2006)<sup>4</sup> que a estratégia da regionalização passou a ser o eixo norteador da política de saúde, quando foi lançado o documento “Regionalização Solidária e Cooperativa: instrumentos para a sua implementação no SUS” (BRASIL, 2006).

O documento coloca como um de seus pressupostos que qualificar a regionalização do SUS demanda a redução de normas complexas que se sobrepõem a um efetivo processo político, de modo que há a necessidade de construção de desenhos regionais que respeitem as realidades locais, por meio do estabelecimento dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), em uma dinâmica de regionalização viva (BRASIL, 2006). Sendo assim, as premissas norteadoras dessa nova concepção estão assentadas em a) **territorialização**; b) flexibilidade; c) cooperação; d) co-gestão; e) financiamento solidário; f) subsidiariedade; g) participação; e h) controle social.

A proposta de regionalização do Pacto Pela Saúde, diferente da NOAS, enfatiza como ponto norteador a territorialização, compreendida como

reconhecimento e apropriação, pelos gestores, dos espaços locais e das relações da população com os mesmos, expressos por meio dos dados demográficos e epidemiológicos, pelos equipamentos sociais existentes (tais como associações, igrejas, escolas, creches etc.), pelas dinâmicas das redes de transporte e de comunicação, pelos fluxos assistenciais seguidos pela população, pelos discursos das lideranças locais e por outros dados que se mostrem relevantes para a intervenção no processo saúde/doença – como o próprio contexto histórico e cultural da região (BRASIL, 2006, p. 15).

A base territorial deve ser o elemento norteador para o estabelecimento de regiões de saúde, retomando a concepção que havia sido preconizada desde a década de 1980 na proposta dos distritos sanitários. Desse modo, ficou estabelecido que

Regiões de saúde são recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos [...] tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas

---

4 O Pacto Pela Saúde constitui-se no “conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006).

áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde [...]. A delimitação das Regiões de Saúde não pode ser vista, portanto, como um processo meramente administrativo. Para que seja eficaz e efetiva, deve levar em conta todos os fatores envolvidos, viabilizando dessa forma o desenvolvimento de uma “regionalização viva” (BRASIL, 2006, p. 23).

Duarte *et al.* (2015) entendem que essa proposição se aproxima da concepção de “região lablachiana”, pois o processo de trabalho cunhado como territorialização segue a lógica do reconhecimento do espaço na perspectiva da construção de uma região de saúde distinta das demais e, portanto, ensejando políticas de intervenção específicas e singulares, para além das políticas gerais do município, estado ou União. O fundamento está no próprio conceito de gêneros de vida, que orienta o pensamento de Vidal de La Blache, entendido como “uma ação metódica e contínua, que age fortemente sobre a natureza ou, para falar como geógrafo, sobre a fisionomia das áreas” (LA BLACHE, [1911] 2005, p. 114). Trata-se do resultado das influências físicas, históricas e sociais que constituem as relações do homem com o meio.

E foi justamente no período de estabelecimento do Pacto Pela Saúde que a perspectiva de rede também começou a sofrer alterações teórico-metodológicas. Albuquerque e Viana (2015) denominam o período entre 2006 e 2010 de “*Fase II: região negociada com redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde*”. Todavia, há uma polissemia de nomenclatura para se definir o que são as redes, sem a presença de um conceito norteador, o que demonstra que a discussão está por se fazer e em disputa entre os próprios atores da Política de Saúde.

As autoras consideram que existem várias noções de redes que balizam as diretrizes operacionais do sistema: rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços; Redes de Atenção à Saúde (RAS); redes regionalizadas de atenção à saúde; redes regionais hierarquizadas estaduais; redes funcionais; rede de cooperação entre os três entes federados (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015). No entanto, a ideia das RAS aponta a influência da proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS), de sistemas integrados de saúde na política brasileira.

Mendes (2011) explica que, a partir dos anos 2000, a OMS passou a conceber que os serviços de menor densidade tecnológica – como os de Atenção Primária à Saúde – devem ser dispersos, enquanto que os serviços de maior densidade tecnológica – como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem etc. – passassem a ser concentrados. Sendo assim, as redes passaram a ser compreendidas como integradas e regionalizadas, sem um conceito definido, pautadas por diretrizes organizativas.

Daí que o terceiro período desse processo, iniciado a partir de 2011 e que Albuquerque e Viana (2015) chamam de “*Fase III: Região negociada e contratualizada com redes de atenção à saúde*”, consolide a perspectiva de que as RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, conforme estabelece a Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, servindo de base para o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que estabelece a regionalização como diretriz estruturante do SUS.

No entanto, as autoras explicam que “entre 2011 e 2013, as portarias e projetos para implementação das redes temáticas de atenção à saúde trouxeram pouca ou nenhuma relação com os novos instrumentos da regionalização” (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015, p. 36), de modo que houve um conflito entre a concepção de região da política de saúde que foi formulada desde o Pacto Pela Saúde, em 2006, e a nova proposta das RAS.

### Considerações finais

A organização dos serviços de saúde tem sido um dos temas centrais do debate conceitual e político no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, ao longo dos últimos 42 anos. Esse debate alimentou a formulação e a implementação de propostas políticas, normas e estratégias de mudança na gestão, no financiamento e, principalmente, na organização dos serviços e das práticas de saúde.

Embora o conceito ampliado de saúde tenha avançado no sentido de entender a saúde como resultado das formas de organização social (e aqui também diríamos espacial) resultantes das condições de habitação, saneamento, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, consideramos que há um duplo encaminhamento metodológico entre a regionalização pensada hierarquicamente e a territorialização como estratégia de efetivação da Atenção Básica. Além disso, o território do Distrito Sanitário também incorre na mesma lógica geométrica das áreas de abrangência da saúde da família.

O dissenso entre as concepções de região e rede, associado à inserção tardia da estratégia da territorialização no planejamento regional do SUS, gera assimetrias na operacionalização do sistema em nível nacional, pois as diretrizes estruturadas para o nível local não seguem as mesmas regras daquelas estabelecidas quando muda-se a escala para a dimensão regional e, até mesmo, nacional. Além disso, a

compartimentalização burocrática e científica dos setores especializados leva a um planejamento de demandas inexistentes ou a descompassos entre demandas.

Apesar de ser inegável o mérito do movimento da Reforma Sanitária em incorporar o conceito de espaço e os princípios da territorialização e da regionalização nas estratégias de atuação da Política de Saúde, é justamente a falta daquilo que Milton Santos ([1987] 2007b) chamou de *componente territorial* o principal entrave para a efetivação de um SUS que seja universal, integral e equânime. É somente a partir da indissociabilidade entre a instrumentação e a gestão do território que se podem incorporar todos os elementos constitutivos dos lugares e suas incidências escalares numa mesma unidade espacial, o que possibilita adequar os instrumentos de planejamento e as áreas de atuação das políticas conforme o imperativo territorial e não a partir de formulações abstratas a priori.

## Referências

- ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. Especial, p. 28-38, dez. 2015.
- ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia [online]*, v. 3, n. 1-3, p. 4-20, 2000.
- BARATA, R. B. Epidemiologia social. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, n. 01, 2005.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil [recurso eletrônico]*. - Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, [1988] 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: 1986.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde (NOAS)*, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CURIOSO, R. *Lugar, saúde e informação: os círculos de informação da atenção básica do SUS no contexto da disputa pelo conceito de saúde*. 2014. 118f. Dissertação de Mestrado - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2014.
- CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço e epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 16, p. 595-617, jul./set. 2000.
- DUARTE, L. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015.
- EDITORIAL, *Revista Saúde em Debate*, n. 3, São Paulo, 1977.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e Sistema de Saúde No Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, jul./ago. 2004.
- LUZ, M. T. *As instituições médicas do Brasil*. Porto Alegre: Rede UNIDA, [1979] 2013.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- \_\_\_\_\_. Introdução. In: \_\_\_\_ (org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.
- \_\_\_\_\_. O processo social de distritalização da saúde. In: \_\_\_\_ (org.). *Distrito sanitário: o processo*

- social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.
- \_\_\_\_ et al. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: \_\_\_\_ (org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.
- PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA, 2008.
- PESSOTO, U. C. *A regionalização do Sistema Único de Saúde nos fins dos anos 90: um discurso conservador*. 2010. 191f. Tese (Doutorado em Geografia). Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Presidente Prudente, 2010.
- SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Edusp, [1996] 2008.
- \_\_\_\_. *Espaço e Método*. São Paulo: Edusp, [1982] 2007a.
- \_\_\_\_. *O espaço do cidadão*. São Paulo: Edusp, [1987] 2007b.
- SILVA, L. J. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, 1997.
- TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA et al. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.
- VIANA, A. L. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. São Paulo: Editora Contracapa, 2011.

## Sobre a autora

*Luciana da Costa Feitosa*: doutora em Geografia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP – Presidente Prudente, 2018), mestra em geografia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN, 2013) e geógrafa pela mesma universidade (2011). É Professora Substituta do Departamento de Geografia da UFRN. Trabalha principalmente com planejamento regional, políticas públicas e metodologias de territorialização da rede de serviços do Sistema Único de Saúde na Administração Pública Municipal.

\* \* \*

### ABSTRACT

#### The territory and the region in Brazil's health policy: between theoretical conceptions and management practices

The article aims to demonstrate the conceptions and theoretical divergences that underlie the principles of territorialization and regionalization in Brazil's Health Policy. Since the 1970s, when geographical reasoning started to be inserted in the basement of the expanded concept of health – as a base to the planning of the Unified Health System (SUS) on a national scale –, the debate about the importance of the territory and the region has been gaining ground in strategies of promotion and operationalization of a policy that takes in account the particularities of living conditions and places in order to be fully effective. However, the theoretical and methodological principles of these two concepts followed different logics during the process of construction and implementation of Brazil's Health Policy, which causes imbalances and asymmetries in SUS management practices.

**KEYWORDS:** territory, region, health policy, geography, expanded concept of health.

### RESUMEN

#### El territorio y la región en la política de salud brasileña: entre las concepciones teóricas y las prácticas de gestión

El artículo tiene por objetivo demostrar las concepciones y divergencias teóricas y operativas que fundamentan los principios de la territorialización y de la regionalización en la Política de Salud brasileña. Desde los años 1970, cuando el raciocinio geográfico pasó a ser insertado en la base del concepto ampliado de salud – base de la planificación del Sistema Único de Salud (SUS) a escala nacional –, el debate sobre la importancia del territorio y de la región pasó a tener destaque en las estrategias de promoción y puesta en funcionamiento de una política que tenga en cuenta las particularidades de las condiciones de vida y de los lugares para ser plenamente eficaz. No obstante, el fundamento teórico y metodológico de estos dos conceptos siguió lógicas distintas durante el proceso de construcción e implementación de la Política de Salud brasileña, lo que causa desarreglos y asimetrías en las prácticas de gestión del SUS.

**PALABRAS CLAVE:** territorio, región, política de salud, geografía, concepto ampliado de salud.