

(RE)DISCUTINDO ALTERNATIVAS E EXPERIÊNCIAS DA TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: UMA REVISÃO LITERÁRIA.

Karen Kessy de Souto Paulo¹; Maria Gerlane de Souto²;

¹Estudante do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), karenkessy_@hotmail.com; ²Enfermeira especialista em Saúde da Família pela Universidade de Brasília (UNB), Técnica do Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna, gkrsouto@gmail.com.

Resumo: Introdução: Como produto do movimento da Reforma Sanitária, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988, sendo considerado um sistema único que envolve todas as atividades da atenção à saúde, que prevê a saúde como um direito de todos e dever do Estado. No contexto social do indivíduo e da família, o território apresenta-se como uma estratégia fundamental do SUS que, almeja a descentralização dos serviços como melhoria para sua organização, respeitando as diferentes características do nosso país. **Objetivo:** Discutir o processo de territorialização a luz do marco legal e de pesquisas publicadas frente à organização e planejamento das Unidades Básicas de Saúde. **Metodologia:** Trata-se um trabalho baseado em uma revisão literária de estudos buscados nas bases de dados do CAPES. Foram encontrados 68 estudos e selecionados 26, de acordo com critérios de inclusão e exclusão definidos na busca. **Resultados e discussão:** O processo de territorialização torna-se um processo indispensável para a organização e planejamento em saúde, visto que é necessário que a equipe e a unidade tenham conhecimento sobre a realidade que a comunidade local está exposta. **Conclusão:** Conhecer os significados dados pelos implicados de uma UBS acerca de sua organização e assistência se constitui como uma estratégia fundamental no planejamento, avaliação e melhoria da gestão e, por extensão, na gestão dos demais serviços de saúde.

Palavras-chave: Atenção Básica, Territorialização em Saúde, Planejamento em Saúde, Programa de Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, não apenas relacionado à ausência de doença e/ou enfermidade. Nessa definição é possível inferir a necessidade de se conhecer o indivíduo como um todo, na sua integralidade e em seu contexto social. No Brasil, esta ideia é fortalecida na Lei Orgânica da Saúde (Lei N° 8.080/90) que prevê seus fatores condicionantes e determinantes, dentre outros fatores, a renda, a educação, o transporte, o lazer, além do acesso aos bens e serviços (BRASIL, 1990).

Portanto, para que esta concepção de saúde seja relevante e atuante, torna-se premente conhecer o Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios, diretrizes, normas e procedimentos organizacionais, inseridos em uma rede hierarquizada, descentralizada e regionalizada, envolvendo o indivíduo, a família e o seu território. Esse sistema é resultado de um movimento motivado, pela insatisfação dos

cidadãos brasileiros com o regime proposto na década de 1970, que beneficiava apenas aos indivíduos inseridos no mercado de trabalho. Este movimento ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária.

Os objetivos propostos pelo SUS são: melhorar a qualidade da atenção à saúde, romper com o antigo sistema de saúde descompromissado e a irracionalidade técnico-administrativa e servir como norteador ao trabalho do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Destarte, a Atenção Primária e/ou Atenção Básica assumida como sendo a principal porta de entrada do SUS (Decreto nº 7.508/2011) adotou a Estratégia da Saúde da Família (ESF) para atender as demandas e os problemas identificados no território, partindo de uma realidade concreta e de uma equipe multiprofissional, seguindo a lógica de delimitação de áreas de abrangência e níveis de complexidade das ações de atenção.

Deste modo, a territorialização constitui-se em uma ferramenta útil no serviço de atenção básica a saúde, pois se adotado por uma equipe e/ou gestor poderá viabilizar a elaboração de um diagnóstico situacional, criando possibilidades de estratégias e intervenção na promoção e a proteção da saúde, na prevenção de agravos, no diagnóstico, no tratamento, na reabilitação e na manutenção da saúde. Portanto, percebe-se que processo de territorialização, apresenta-se como uma nova proposta de vigilância permanente a saúde, com objetivo de resolver os problemas locais de maneira efetiva e participativa.

Partindo-se deste pressuposto e das lacunas de conhecimento referente à territorialização no nível básico de atenção à saúde, questiona-se a forma como o processo de territorialização na organização e no planejamento da atenção básica vem se desenvolvendo nos últimos anos. Para tal, o objetivo do presente trabalho é discutir o processo de territorialização a luz do marco legal e de pesquisas publicadas frente à organização e planejamento das unidades básicas de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica configurando-se em uma revisão literária, sendo mapeados estudos e documentos técnicos sobre a temática “territorialização na saúde”. Para esta busca utilizou-se a base de dados do CAPES: BVS, LILACS, Scielo e Fiocruz, identificando as publicações científicas e técnicas, como leis, decretos e caderno de saúde.

Na busca foram utilizados os seguintes descritores: territorialização em saúde, atenção básica, programa de saúde da família e

planejamento em saúde, como descritores próximos a temática a ser estudada. A estratégia de busca se deu por meio de descritores conjugados e/ou isolados, consultados e capturados da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Os dados dos estudos e/ou documentos técnicos publicados e indexados ao CAPES foram pré-selecionados sintetizando informações como: autor, ano, título do artigo, periódico, classificação qualis, objetivos, metodologia, principais resultados, conclusões e observações do pesquisador dos estudos. A data de busca foi entre 12 de agosto de 2013 e 15 de janeiro de 2014.

Os estudos teses foram selecionados a partir dos seguintes critérios: estudos realizados sobre o objeto de estudo, bem como leis, decretos e manuais nacionais que discorriam sobre o assunto e sua aplicabilidade na atenção básica, definindo como período evolutivo das publicações, 2001 a 2013. Após a utilização dos critérios de exclusão e inclusão definidos na busca, dos 68 estudos identificados foram selecionados 26 trabalhos e sistematizados em uma matriz de referência, dentre eles: 10 artigos científicos, 02 manuais, 05 livros, 01 tese, 01 monografia, 03 cadernos de estudo, 01 dissertação, 02 módulos e 01 resenha. Este trabalho centrou-se nas contribuições teóricas de autores e/ou documentos técnicos que discorressem sobre a territorialização e suas estratégias na área da saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Desde a segunda metade da década de 1990, a política de saúde do Brasil vem apresentando importantes e significativas mudanças fundamentadas em experiências estaduais e regionais bem sucedidas, como o caso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido no estado do Ceará em 1987 e absorvido em 1991 pelo Ministério da Saúde, e o programa Médico da Família, desenvolvido a partir de 1992 em Niterói/RJ, com uma estrutura semelhante à medicina da família implantada em Cuba e com assessoria de técnicos cubanos. Estas experiências influenciaram o Ministério da Saúde na criação, em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF). Portanto, estas mudanças caracterizaram estratégias para um novo modelo de atenção à saúde, desenvolvidas num cenário fértil para reafirmar os princípios básicos do SUS (BRASIL, 2005).

Atualmente, o sistema público de atenção à saúde no Brasil organiza-se em atenção básica, atenção de média complexidade e atenção de alta complexidade, com suas ações e serviços de saúde organizados em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, de forma a garantir o atendimento integral à população, evitando assim a fragmentação destas ações, em que o acesso da população deve ocorrer

preferencialmente pela rede básica, cabendo à direção municipal do SUS a gestão de serviços em seu território (MENDES, 2011). A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Essas ações devem ser desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados e dinâmicos, considerando-se a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2008).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) determina que a atenção básica no Brasil seja realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Saúde da Família é sua estratégia prioritária. Dessa forma, cada UBS, com ou sem Equipe Saúde da Família, deve se organizar para atender a um público-alvo, representado, em síntese, por um conjunto de famílias agregadas geograficamente (BRASIL, 2012).

Viana e Poz (2005) afirmam que o PSF, tem seu foco centrado na família, devendo agir previamente nas necessidades concretas, constituindo assim um instrumento real de reorganização da demanda, escolhido como a principal estratégia de reorganização do modelo assistencial e da atenção Básica, capaz de prestar uma assistência universal, integral e resolutive à população.

A implantação das Equipes de Saúde da Família no Brasil inicia-se com tendência de organização do atendimento aos usuários, a partir da adscrição da clientela em territórios sanitários, conforme preconizado nacionalmente pelo Ministério da Saúde, considerando o cadastramento das famílias e a observação do território, com a construção de mapas (territorialização), identificação dos problemas mais relevantes (diagnóstico sóciosanitário e ou diagnóstico situacional), informações que deverão proporcionar a organização e o planejamento de ações e serviços de saúde (MONKEN E BARCELLOS, 2007).

As mudanças no perfil epidemiológico aliadas às ações de fortalecimento da Atenção Básica no Brasil integraram a vigilância à saúde à atenção básica, considerando principalmente o crescimento populacional, que levou à aceleração da urbanização, com a formação de grandes aglomerados de forma desordenada entre outros, aliados ao envelhecimento da população a ao aumento da diversificação dos agravos, com uma demanda

expressiva e necessária pelos serviços de saúde (SABROZA et al., 2006).

Dessa forma, a Vigilância à Saúde se estrutura para observação e análise da situação de saúde de modo permanente, desenvolvendo ações para controlar os determinantes, os riscos e os danos à saúde das pessoas que vivem em um determinado território, levando em consideração o princípio da integralidade da atenção aos problemas de saúde, tanto individual quanto coletivo, com ações de vigilância, promoção e prevenção e controle dos agravos de saúde, inseridas em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2010). Nesse contexto, o conceito de território abrange uma subdivisão do espaço, seja num contexto socioespacial, cultural, político ou econômico, modificando a percepção de cada pessoa sobre os riscos distribuídos espacialmente de acordo com as condições de vida de cada indivíduo e sua vulnerabilidade frente às ameaças as que estão expostos no cotidiano (GONDIM et al., 2008).

No setor saúde, o território apresenta-se como estratégia fundamental do SUS, que almeja a descentralização dos serviços como melhoria para a organização deste, respeitando as diferentes características do nosso país, com objetivo de inserir o profissional da equipe para planejar, implementar e gerenciar programas de saúde eficientes e adequados aos problemas e as demandas ali identificados, de maneira regionalizada e municipalizada (CORREA et al., 2010).

Outros autores como Araújo e Augusto (2006) defendem a divisão deste território em distritos sanitários, cenários em que se desenvolvem ações de promoção, proteção e recuperação da saúde mediante os serviços e programas com níveis de complexidade específicos. Desta forma, o território ocupa um espaço importante na busca de estratégias de planejamento em saúde. Portanto, dentro de uma visão do planejamento o território de um Distrito Sanitário pode ser tipificado conforme exposto no quadro abaixo.

QUADRO 1 Tipificação dos Territórios de Saúde de acordo com Araújo e Augusto (2006).

Território-Distrito: tem por objetivo a delimitação de um território administrativo-assistencial, que contém um conjunto de pontos de atenção à saúde e uma população adscrita, tendo em vista o planejamento urbano. É adequado a municípios de grande porte e possibilita a aproximação da administração pública com a população (ARAÚJO E AUGUSTO, 2006);

Território-Área: corresponde à área de abrangência de uma unidade de saúde e tem como objetivo planejar e organizar ações e serviços de saúde dos usuários residentes em seu território. Seu enfoque é a vigilância à saúde, com vistas à melhoria das condições de saúde da comunidade (ARAÚJO E AUGUSTO, 2006);

Território-Microárea: é uma subdivisão do Território-Área e corresponde à área de atuação de um Agente Comunitário de Saúde (ACS). Constitui um espaço privilegiado para o enfrentamento de problemas específicos de saúde e tem como objetivo a delimitação de espaços que concentram grupos populacionais de risco ou não, que deverão ser identificados no contexto socioambiental, com vistas à identificação das necessidades de saúde das famílias residentes com a intenção de intervir na promoção, proteção e recuperação da saúde, com programação e acompanhamento das ações destinadas à melhoria das condições de saúde local (ARAÚJO E AUGUSTO, 2006);

Território-Moradia: é uma subdivisão do território-moradia. Institui-se no espaço de vida de uma microunidade social (família nuclear ou extensiva) e é o lócus para o desencadeamento de ações de intervenção sobre os condicionantes de que afetam a saúde, considerado como um território de grande valor operacional (ARAÚJO E AUGUSTO, 2006).

A territorialização da saúde é uma política e uma técnica utilizada para definir os territórios de atuação dos serviços e ações de saúde, com objetivo de determinar a estruturação territorial para prestação e qualidade dos serviços prestados pelo SUS, construídos ao longo de sua implantação (FARIA, 2013).

A territorialização proposta pelo SUS na PNAB e utilizada pelas Secretarias Municipais de Saúde, utilizam as denominações de distritos sanitários, correspondendo a uma região administrativa de responsabilidade municipal; área de abrangência, como área de responsabilidade de uma unidade de saúde ou uma equipe de saúde da família; microárea, como área de responsabilidade de um ACS, que pode ser identificada como microárea de risco de acordo com seu perfil, são constituídas por conglomerados de setores censitários e de perfil epidemiológico específico; e domicílio, como a família constituída, passível de do usuário favorece e a equipe de saúde (ARAÚJO e AUGUSTO, 2006).

“A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF. Essa tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência. Os estado e município alocam recursos do seu fundo de saúde na execução das ações planejadas para o seu sistema de saúde. Tais ações incluem os programas preventivos, a construção, ampliação e manutenção das unidades básicas de saúde, a realização de exames laboratoriais, as internações hospitalares e a compra de medicamentos” (PEREIRA E BARCELLOS, 2006, *apud*, MONKEN E BARCELLOS, 2007, p.211).

Destarte, Souza e Hamann (2009) defendem que o PSF induziu mudanças no processo de trabalho na Atenção Básica, promovendo a adscrição de clientela e criando um vínculo de modo permanente entre a população de um determinado território e a equipe de saúde. Deste modo, a territorialização se estabeleceu mediante a definição do território com o mapeamento e segmentação da população, baseados no cadastramento das famílias e no diagnóstico situacional.

Para melhor compreensão do processo de territorialização, Monken e Barcellos (2007) direcionam os passos previstos para a implantação de Programas Locais de Saúde (PLS), com uma perspectiva integradora e relacional, realizado por meio do cadastramento da comunidade (realização de entrevistas com moradores, lideranças, etc.); consolidação das informações, identificação das microáreas de risco (fatores de risco e/ou barreiras geográficas ou culturais, indicadores de saúde, dentre outros.); elaboração de um plano de ação com o mapeamento da área de atuação da ESF; programação das atividades das ESF e acompanhamento e avaliação da ESF. Para estes autores, esta sequência agrupa o conhecimento dos principais problemas da base territorial (Diagnóstico Situacional), que ficará sob a responsabilidade de uma equipe de saúde. Portanto, após coletadas as informações necessárias para o diagnóstico de saúde é necessário se construir um mapa, identificando comércio, lazer, instituições, as micro áreas de riscos (lixões, pontos de drogas, esgoto a céu aberto), dentre outras questões relevantes, destacando os principais condicionantes e determinantes da saúde.

Alguns autores (Campos et al, 2010; Monken, 2008) defendem o Método da Estimativa Rápido (MER) como um método relevante no apoio a territorialização. Este método, além de apoiar o planejamento participativo, como um momento de escuta da equipe de saúde sobre os problemas e anseios da população. Apresenta-se como um método barato e rápido, pois é a própria equipe que coleta as informações de determinado território, buscando definir as prioridades e solução para reduzir os problemas de saúde identificados.

Neste sentido, o processo de territorialização tornou-se necessário porque considera a realidade de cada área ou microárea, realizando uma análise da situação de saúde local para reconhecer os condicionantes e determinantes de saúde local, sendo este um processo contínuo e dinâmico suscetível as constantes (re) avaliação em consonância com as necessidades da população adscrita (TEIXEIRA, et al 1998 apud MONKEN, 2008). Portanto, entende-se que conhecer o território onde a equipe de

saúde vai atuar é de fundamental importância, pois os profissionais conhecerão como vivem, adoecem e morrem os indivíduos de determinada área de abrangência, ultrapassando assim os “muros” da USF, criando vínculos de afetividade e respeito pelos usuários do serviço, permitindo a identificação dos problemas de saúde mais relevantes e prioritários da comunidade.

Como outra opção de (re) discutir o território apresenta-se o Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS). Este método é uma forma de organizar os resultados do Diagnóstico da Situação de Saúde e das condições de vida das pessoas, sistematizando as ações necessárias em saúde reveladas junto à população e no território em que vivem, baseado nos seguintes momentos (VILASBÔAS, 2004):

a) análise da situação de saúde; b) definição de objetivos; c) definição de ações, análise de viabilidade e desenho de estratégias d) elaboração da programação operativa; e) acompanhamento e avaliação da programação operativa. É importante ressaltar que no dia a dia do trabalho da Vigilância em saúde, não há uma sequência esquemática, o que ocorre é o predomínio de um momento sobre os demais (VILASBÔAS, 2004, p.09).

Conforme Campos *et al* (2010) a elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam o trabalho da equipe de saúde. Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso.

Tonini (2005) complementa a ideia do autor supracitado, afirmando que a identificação e a análise do contexto da atenção à saúde e respectivos problemas podem subsidiar e qualificar as decisões e ações dos profissionais de saúde e gestores, de modo que haja participação, no intuito de alcançar metas com resolutividade, efetividade, considerando-se as vantagens e desvantagens para todos os envolvidos.

Para Faria (2013) muito se avançou com a territorialização em termos de planejamento e de mudanças nas condições de vida da população, mas a prática ainda se apresenta relativamente pragmática e, não raro, burocrática. Todavia, a estruturação territorial dos serviços do SUS tem um caráter mais prático, pois não orienta apenas a aplicação dos recursos, mas também define os modos de inscrição espacial dos serviços e as formas de acesso.

Nesse ínterim, os resultados deste estudo apontam a importância de conhecer o território, tornando este indispensável para desenvolver um trabalho baseado nas potencialidades e dificuldades que interferem no processo de trabalho e planejamento de ações eficazes na ESF. Deste modo, a territorialização deve ser vista como um pressuposto ímpar na Estratégia Saúde da Família que considera princípios do SUS, como regionalização e descentralização, conforme discutidos anteriormente.

No que tange a Atenção Básica, suas estratégias foram determinadas pela mudança no processo de melhoria da gestão no exercício das práticas gerenciais e sanitárias, principalmente sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. No entanto, na prática ainda existem muitos obstáculos para o trabalho na perspectiva da territorialização.

No plano teórico para a maioria dos autores aqui discutidos, a territorialização apresenta-se como uma proposta transformadora de saberes e práticas locais de forma ampla como um processo de habitar e vivenciar um território, uma técnica e um método de obtenção e análise das informações sobre as condições de vida e saúde de populações, um instrumento para se entender os contextos de uso do território viabilizando “o território com uma categoria de análise social” (SOUZA, 2003, p.70).

Portanto, a análise social do território deve contribuir para construir identidades, revelar subjetividades, coletar informações, identificar problemas e necessidades, definir estratégias de ação nas múltiplas dimensões do processo de saúde-doença-cuidado, ou seja, a territorialização cria territórios políticos para a saúde, a fim de adequar os serviços de atenção básica aos diversos perfis territoriais. Destaca-se também nas ofertas teóricas e metodológicas dos autores estudados, a importância do caráter participativo da territorialização, que facilita a interação entre a equipe de saúde, a população e os atores políticos. Por fim, a territorialização expressa uma possível corresponsabilidade entre a comunidade e os profissionais de saúde, não apenas garantindo o direito universal do atendimento, mais sim viabilizá-lo com equidade e qualidade.

CONCLUSÃO

A conscientização, bem como o comprometimento e o envolvimento de toda a equipe para a construção do processo de

territorialização da sua microárea de atuação, principalmente o ACS, é um instrumento para o planejamento em saúde, que tem como objetivo melhorar a qualidade do serviço.

Pode-se concluir que para a organização do processo de trabalho das equipes multiprofissionais das unidades básicas, os profissionais devem utilizar métodos, ferramentas e técnicas de planejamento e programação local em saúde, com enfoque estratégico e a apropriação do território em toda sua complexidade socioeconômica e cultural. Além do desvelamento de suas relações com o processo saúde-doença da população a ele adscrita, bem como a capacidade de construir indicadores de saúde a partir dos sistemas oficiais de informação, com a apropriação de técnicas de estimativa rápida junto a informantes-chaves da comunidade, conforme as ofertas teóricas e metodológicas apresentadas ao longo deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Marise Helena de e AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. Conceito de Território e implicações para a saúde e o desenvolvimento sustentável. (2006). Disponível em:<<http://www.fesfsus.net.br/guiadotrabalhador>>. Acesso em: 23 Set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 2ª Ed. Brasília, 2005. Disponível em:<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0007_M.pdf>. Acesso em: 23 Set. 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8), CONASS. Brasília, 2007. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em 15 Ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21), 2. Ed. rev. Ministério da Saúde. Brasília, 2008. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abca21.pdf>>. Acesso em: 18 Ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série

Pactos pela Saúde 2006; v. 13), Ministério da Saúde. Brasília, 2010. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume13.pdf>>. Acesso em: 28 Set. 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em:<http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_13.pdf>. Acesso em 18 Out. 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1), CONASS. Brasília, 2011. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf>. Acesso em: 18 Ago. 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 5, II), CONASS. Brasília, 2011. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.5.pdf>. Acessado em 21 Set. 2013.

CAMPOS et al., Francisco Carlos Cardoso de. Planejamento e avaliação das ações em saúde/Francisco Carlos Cardoso de Campos, Horácio Pereira de Faria, Max André dos Santos. Nescon/UFGM, Coopmed, 2ª Ed. Belo Horizonte, 2010. Disponível em:<<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 22 Out. 2013.

CORREIA et al., Adélia Delfina da Motta S. Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família, vol. 1/organizadores, Adélia Delfina da Motta S. Correia... [et al.]. MS: Ed. UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal. Campo Grande, 2010. Disponível em:<<http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/163>>. Acesso em: 18 Ago. 2013.

FARIA, Rivaldo Mauro. A Territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a Construção de uma Perspectiva de Adequação dos Serviços aos Perfis do Território. Revista HYGEIA, vol. 9, 2013, ISSN: 1980-1726. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Disponível em:<<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501>>. Acesso em 10 de Nov. 2013.

GONDIM et al., Grácia Maria de Miranda. O território da Saúde: A Organização do Sistema de Saúde e a Territorialização / In: Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Christovam; Moreira, Josino Costa; Monken, Mauricio. Território, ambiente e saúde, p.237-255. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf>. Acesso em 18 Set. 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. Revisão Bibliográfica Sobre Redes de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde, Superintendência de Atenção à Saúde, Assessoria de Normalização, Belo Horizonte, 2007. Disponível em:<
http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIB

LIOGRAFICA_SOBRE_AS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf>. Acesso em 13 Ago. 2013.

MOKEN, Mauricio. Contexto Território e o Processo de Territorialização de Informações: Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional e vigilância a saúde. Saúde em movimento, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br>>. Acesso em: 25 Jul. 2013.

MONKEN, Mauricio, BARCELLOS, Christovam, Livro: O território e o processo saúde-doença/Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=8&Num=24>>. Acesso em 18 Set. 2013.

SABROZA et al., Paulo. O Mestrado Profissionalizante em Vigilância em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. In: Leal, Maria do Carmo (org.). Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. / Organizado por Maria do Carmo Leal e Carlos Machado de Freitas. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2006.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Ciênc. saúde coletiva, vol.14, suppl.1, pp. 1325-1335. ISSN 1413-8123. Rio de Janeiro Set./Oct. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a02v14s1.pdf>>. Acesso em: 12 Set. 2013.

SOUZA, M. J. L. de. O território: sobre o espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. (Orgs.). Geografia: conceitos e temas. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

TONINI, Nelsi Salete. **O Planejamento em Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica: um estudo dos municípios do oeste do Paraná** – Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2005. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-02062006-121608/pt-br.php>>. Acesso em 15 Set. 2013.

VIANA, Mario Roberto Dal; POZ, Ana Luiza D'ávila. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**, PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, 15(Suplemento): 225- 264. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>>. Acesso em 21 Out. 2012.

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. **Planejamento e Programação das Ações de Vigilância em Saúde no Nível Local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ/EPSJV, 2004. Disponível em:<http://www.epsjv.fiocruz.br/proformar/material/teste/documentos/arquivos_downloads/pdf/Modulo_6_Planejamento.pdf>. Acesso em: 21 Ago. 2013.