



University of
Texas Libraries



e-revist@s



Centro Unversitário Santo Agostinho

revistafsa

www4.fsnet.com.br/revista

Rev. FSA, Teresina, v. 16, n. 5, art. 10, p. 179-202, set./out. 2019

ISSN Impresso: 1806-6356 ISSN Eletrônico: 2317-2983

<http://dx.doi.org/10.12819/2019.16.5.10>

DOAJ DIRECTORY OF
OPEN ACCESS
JOURNALS

WZB
Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung



Política de Saúde, Território e Média Complexidade: Uma Discussão Necessária

Health Policy, Territory and Secondary Care: A Necessary Discussion

Violêta Maria da Silva Nolêto

Mestrado pela Universidade Federal do Piauí
Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí
Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Timon
E-mail: flower_violeta@hotmail.com

Edna Maria Goulart Joazeiro

Doutora em Educação pela Universidade Estadual de Campinas
Docente da Universidade Federal do Piauí.
E-mail: emgoulart@uol.com.br

Endereço: Violêta Maria da Silva Nolêto

Rua São João, 495, Mangueira, Timon-MA. Cep: 65630-440. Brasil.

Endereço: Edna Maria Goulart Joazeiro

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, bairro Ininga, Teresina-PI. CEP: 64.049-550. Brasil.

Editor-Chefe: Dr. Tonny Kerley de Alencar Rodrigues

Artigo recebido em 21/02/2019. Última versão recebida em 11/03/2019. Aprovado em 12/03/2019.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).

Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação



RESUMO

O presente artigo tem por objetivo apresentar a dinâmica do território de um município de grande porte, as redes de atenção à saúde e a oferta dos serviços de saúde de média complexidade no SUS. A saúde na média complexidade tem seu destaque na política de saúde brasileira e, tendo em vista a sua importância, busca-se aprofundar o conhecimento sobre a produção do cuidado em saúde no município de Timon. O estudo se trata de um delineamento da pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí - UFPI. Os procedimentos metodológicos adotados foram a pesquisa bibliográfica e documental, sendo a segunda por meio da coleta de dados nas bases de informações do IBGE, CNES e SVS. Os resultados revelam que os serviços de saúde de atenção secundária concentram-se em determinados distritos sanitários do município, o que aliado à necessidade de articulação entre os níveis de complexidade dos serviços do SUS configura-se como obstáculo ao acesso efetivo da população aos serviços especializados. Urge que se reconfigurem suas redes de atenção, que se repropõe a centralidade do direito à saúde e à vida nos marcos da política social

Palavras-Chave: Política de Saúde. Atenção Secundária. Atenção Integral à Saúde. Sistema Único de Saúde. Regionalização.

ABSTRACT

The present article aims to present the dynamics of the territory of a large municipality, the health care networks and the provision of secondary care in SUS. Health in secondary care is highlighted in Brazilian health policy, and in view of its importance, it seeks to deepen the knowledge about the production of health care in the municipality of Timon. The study it is a delineation of the master's research of the Graduate Program in Public Policies of the Federal University of Piauí-UFPI. The procedures methodological approaches were the bibliographical and documentary research, the second through the collection of data in the databases of IBGE, CNES and SVS. The results show that secondary care health services are concentrate on certain sanitary districts of the municipality, which together with the need to articulation between the levels of complexity of SUS services constitutes an obstacle to the effective access of the population to specialized services. It is urgent to reconfigure their networks of care, that the centrality of the right to health should be and the life in the framework of social policy.

Keywords: Health Policy. Secondary Care. Unified Health System. Regional Health Planning.

1 INTRODUÇÃO

A análise aqui apresentada remete à discussão dos desafios postos para a compreensão da relação do trabalho no campo do “social” inserido na dinâmica da atenção à Saúde em município de grande porte. Enfatiza-se a relação indissociável entre a compreensão das configurações territoriais e a distribuição dos serviços das redes de atenção à Saúde como um aspecto fundamental na garantia do acesso à saúde da população usuária do SUS que nela vive. O artigo apresenta um recorte da pesquisa¹ em curso no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas na Universidade Federal do Piauí, na linha Cultura, Identidade e Processos Sociais. Nela se analisa o ponto de vista de profissionais do Serviço Social sobre os múltiplos aspectos que estão presentes no trabalho que se realiza na rede de Atenção à Saúde de Média Complexidade do âmbito do SUS.

No estudo, o território analisado é o do município de Timon, considerado um município de grande porte, em conformidade com os parâmetros estabelecidos pela classificação dos municípios adotada pela Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2005, p. 17) tomando por base o total de 155.460 habitantes (IBGE, 2010). O Município de Timon ocupa um território de 1.764,612 km² (IBGE) situa-se no Estado do Maranhão, estando localizado na Mesorregião Leste Maranhense - Microrregião Geográfica de Caxias, tendo como limites: ao norte com o município de Caxias e com o município de Matões, ao Sul com o Rio Parnaíba e o município de Teresina, capital do Estado do Piauí, ao leste com os municípios de Caxias e Matões a oeste. O município é sede da Região de Saúde de Timon, que é composta pelos seguintes municípios: Timon, Parnarama, São Francisco do Maranhão e Matões. O município faz parte da Região Integrada de Desenvolvimento da Grande Teresina (RIDE Grande Teresina) criada através do Decreto Nº 4.367, de 09 de Setembro de 2002, sendo Timon o segundo maior município da Região.

O Plano Municipal de Saúde de Timon-MA 2018 – 2021 assinala que entre os anos de 2000 e 2010 a população do município de Timon teve uma taxa média de crescimento anual de 1,83%, sendo que na década anterior, no período de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 2,11%. Sendo que no Estado essas taxas foram de 1,02% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000.

¹ Projeto de Pesquisa de Mestrado intitulado O trabalho do assistente social na média complexidade no campo da saúde do município de Timon (MA): avanços e desafios *da e na* profissão, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI em 2019.

Em Timon está presente a relação interdependente entre diferentes níveis de atenção à saúde, contudo daremos centralidade para a análise dos serviços de saúde da Média Complexidade, que se constituiu no foco do presente estudo. A própria existência dos níveis de atenção e a estruturação em redes de atenção demarcam a intencionalidade de dar materialidade às normativas do SUS, que para se concretizar pressupõe e exige a integralidade *das e nas* ações. Koga (2013) afirma “que o território expressa, ao mesmo tempo, produção e reprodução das relações socioeconômicas, políticas e culturais, presentes na sociedade que ele abriga” (2013, p. 36-37).

A discussão remete à necessidade de refletir e aprofundar o conhecimento sobre os múltiplos aspectos que estão presentes na Política de Saúde de forma a buscar compreender o lugar que o trabalho ocupa na Média Complexidade, bem como a sua relação com os outros níveis da Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

É nessa perspectiva de pensar o trabalho *da e na* saúde e a organização da atenção à Saúde com centralidade para a perspectiva do trabalho na Média Complexidade no Sistema Único de Saúde num espaço territorial marcado por múltiplas variabilidades dando-se em presença e em tensão com a lógica privatista que esse estudo se explica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O SUS e os níveis de atenção à saúde

A Constituição Federal de 1988 constitui um marco à medida que estabelece a concepção de Seguridade Social, formada pelas políticas de Saúde, de Assistência Social e de Previdência Social. A Política de Saúde, foco de nossa análise, ancorada nos pressupostos da Reforma Sanitária se funda numa visão ampliada de Saúde, tendo nos determinantes sociais a centralidade no processo de produção do cuidado. (LOPES; CRUZ, 2014). O que implica não somente a definição de ações no sistema de atenção à saúde, como também num modo particular de organização do modelo assistencial, no qual a participação e o controle social são fundamentais para compreender e buscar a efetividade das ações no campo da saúde.

O artigo 196 da Constituição Federal do Brasil (1988) estabelece 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.” Nessa perspectiva, o texto da lei deixa evidenciada a imprescindibilidade de que diversas redes de Atenção das políticas de Saúde e das demais políticas precisam se coadunar à Saúde e as ações das diversas políticas e

econômicas trabalhem na direção da redução do risco de doença e de outros agravos com base no acesso universal e igualitário. Mas que, ao fazê-lo, terão como paradigma não somente a intervenção de natureza curativa, uma vez que a produção do cuidado no SUS visa à produção de ações e de serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

Afirma Teixeira (2009, p. 477) que os princípios que orientaram o processo da Reforma Sanitária na direção da construção de um bem público que se consolida sob a forma do Sistema Único de Saúde foram: i) um princípio ético-normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos; ii) um princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde/doença; iv) um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; v) um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa, até a reabilitação.

É com base nesse arcabouço conceitual e legal que o Sistema Único de Saúde é criado pela Lei n. 8.080/90, com o objetivo de organizar a política de saúde no Brasil. Esse arcabouço vai se configurando e se tornando complexo à medida que tenta responder aos ditames da necessidade sanitária mediante o enfrentamento das disparidades loco-regionais no processo de consolidação do SUS, sempre marcada por uma dinâmica contraditória nesse processo social de transformação. Destacam-se os avanços pós-constituição, ainda que em muitas situações o movimento da realidade concreta estivesse marcado por alguns retrocessos na trajetória de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Martinelli (2011, p. 8) afirma que se analisarmos a trajetória histórica da consolidação dos direitos sociais no país desde a Constituição Federal de 1988, constataremos que tivemos várias conquistas democráticas que foram ampliando o campo dos direitos sociais no Brasil. Desata a autora que,

[...] sem dúvida [...] temos de mencionar o SUS (1990), o ECA (1990), a LOAS (1993), o Estatuto do Idoso (1994), a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996), e mais recentemente, já nos anos 2000, a Política Nacional de Assistência, em 2004, a Norma Operacional Básica, em 2005, [...] enfim, todo um conjunto de leis regulamentadoras de cada política, num esforço concentrado de implantar um Sistema de Proteção Social no Brasil (2011, p. 8).

O Sistema Único de Saúde se consolidou em 1990 com a Lei nº 8080 tendo trazido grandes mudanças na forma como o Estado passa a responder às necessidades de saúde, de forma que no decorrer do tempo vão se consolidando as bases da política pública de saúde. Entre essas mudanças, destacam-se as novas formas de organização dos serviços e da

assistência na saúde, organizadas com base na hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema pautado nos princípios da Reforma Sanitária, quais sejam: universalidade, integralidade, descentralização, participação da comunidade, entre outros.

No processo de consolidação do SUS, a atenção à saúde foi definida em três níveis: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade. Assim, ao analisar a implementação do SUS e perceber os “redirecionamentos das políticas e serviços de saúde na direção de consolidação dos princípios de universalidade e integralidade, permitindo a ampliação da equidade no acesso e na utilização do sistema, Fleury et al. (2014, p. 385) afirmam que:

Esses avanços têm se manifestado em todo o campo da atenção à saúde, ou seja, abrangem as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, voltadas para indivíduos, grupos específicos (crianças, mulheres, negros etc.) e coletividades, em todos os níveis de complexidade tecnológica (cuidados primários, secundários e terciários).

Com o advento do decreto n.º 7.508/2011, que regulamenta a Lei n.º 8080/1990, o qual dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, passou a reconhecer como Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitados 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. Consideram-se como Portas de Entrada os serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS².

Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada. São consideradas Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços: i) de Atenção Primária; ii) de Atenção de Urgência e Emergência; iii) de Atenção Psicossocial; iv) Especiais de Acesso Aberto³.

O decreto ainda define a Rede de Atenção à Saúde, em seu art. 2º, inciso VI, considerada como o “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011).

² Artigo 2, inciso III do decreto, 7508/2011.

³ Serviços Especiais de Acesso Aberto, serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial. Cf. inciso VII, Decreto

Os níveis de atenção de média e alta complexidade constituem os serviços de maiores densidades tecnológicas, mas não são os de maiores complexidades, consoante as reflexões de Mendes (2011):

Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da APS.

O autor destaca ainda que a atuação de redes de atenção à saúde permite a articulação dos níveis de complexidade, distribuídos no território, de forma que:

[...] esses pontos de atenção à saúde se distribuem, especialmente, de acordo com o processo de territorialização: os pontos de atenção secundária, nas microrregiões sanitárias, e os pontos de atenção terciária, nas macrorregiões sanitárias. Além disso, articulam-se com os níveis de atenção à saúde: os pontos de atenção secundária compõem o nível de atenção secundária (“média complexidade”) e os pontos de atenção terciária integram o nível de atenção terciária (“alta complexidade”). (MENDES, 2011, p. 173).

Para tanto, compreende-se o nível de atenção secundária vinculado à média complexidade como aquele que:

[...]é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 18).

Por sua vez, o conceito de nível terciário relacionado a alta complexidade refere-se ao

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 18).

Segundo essa legislação, o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela Atenção Primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

2.2 Território e rede de atenção à saúde

A territorialização dos serviços de saúde se fundamenta na lógica da relação entre população território, sendo utilizado o conceito de território na perspectiva analítica de Santos (2002) e Koga (2013). O primeiro define que o território é o “chão a mais da identidade” e o considera como território vivido. Assim, a concepção de território está para além do espaço físico e cartográfico, ele se constitui no espaço em que a população produz e reproduz suas ações e suas vidas.

Koga (2013, p. 37) afirma que a especificidade do território de vivência relacionado a configuração do espaço territorial definido pelas políticas sociais, que extrapolam a previsão legal e formal das mesmas, pois:

Se o território de vivência possui peculiaridades, singularidades e dinâmicas próprias, acionadas e articuladas pelos diferentes atores sociais, sua configuração extrapola os limites da formalidade ou da institucionalidade estabelecida pelas políticas sociais, que, normalmente, regem sua atuação por meio de regras administrativas (KOGA, 2013, p. 37).

Paim (1993) afirma que a alternativa encontrada para transformar o SUS em um sistema acessível foi a implementação da descentralização dos serviços de saúde para os municípios. Nesse sentido, o território ganha lugar de destaque.

Conforme pensamento de Monken (2003), a conhecida “territorialização da saúde” demonstra-se como uma tecnologia de planejamento para que os serviços de saúde sejam dispostos em territórios nas diversas escalas. Contudo, no estudo de Faria (2013), ele reforça a diferença entre serviços destinados a especialidades, que não têm um território bem definido e considera que para a atenção primária deve haver essa definição de território.

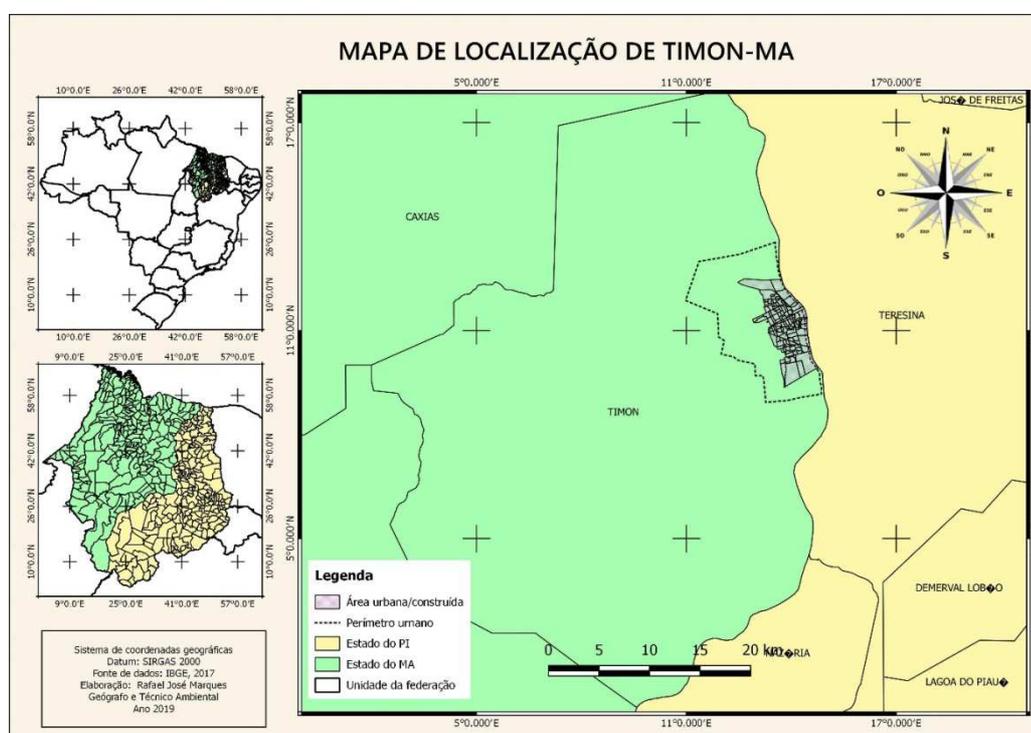
O município de Timon, cidade de grande porte do Estado do Maranhão, de 155.460 habitantes (IBGE, 2010), apresenta dentre estes 135.133 são residentes na zona urbana e 20.327 na zona rural, sendo 75.561 homens e 79.899 mulheres. No que diz respeito à distribuição de homens e mulheres nas zonas urbana e rural, 45,10% correspondem às mulheres que estão na zona urbana e apenas 6,30% residem na zona rural; já os homens são 41,83% que residem na zona urbana e 7% na zona rural. Assim, percebe-se que as mulheres correspondem a uma maior quantidade comparadas aos homens na zona urbana, mas, na zona rural, os homens são maioria, apesar da reduzida diferença.

Timon localiza-se no Estado do Maranhão, na Mesorregião Leste Maranhense, na Microrregião Geográfica de Caxias, a 42° 50' 12” de Longitude Oeste e 5° 05' 40” de

Latitude Sul, com uma área territorial de 1.720,5 km². A cidade tem como limites geográficos: ao norte com o município de Caxias, ao Sul com o município de Matões, a leste com o Rio Parnaíba e o município de Teresina, capital do Estado do Piauí, e a oeste com os municípios de Caxias e Matões (IBGE, 2010).

O município de Timon é a quarta maior cidade do estado do Maranhão, em número de habitantes. É importante conhecer a localização do município de Timon no mapa do Maranhão, bem como no âmbito nacional, conforme seguem os mapas do Brasil e de Timon (MA), respectivamente:

Figura 1 – Localização do Município de Timon no Brasil e no Estado do Maranhão.



Fonte: IBGE, 2018.

O decreto nº 4.367, instituído em 09 de setembro de 2002, define que o município de Timon integra a Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE) da Grande Teresina, capital do Estado do Piauí, sendo Timon considerado o segundo maior município da Rede. Conforme o Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos (IMESC), o município compõe a Região de Planejamento do Médio Parnaíba.

A finalidade da criação da região integrada é a articulação da ação administrativa da união entre os Estados do Piauí e Maranhão. Compõem a Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE) da Grande Teresina os municípios de Altos, Beditinos, Coivaras,

Currallinho, Demerval Lobão, José de Freitas, Lagoa Alegre, Lagoa do Piauí, Miguel Leão, Monsenhor Gil, Teresina e União, no Estado do Piauí, e pelo município de Timon, no Estado do Maranhão (BRASIL, 2002).

Desse modo, a RIDE assume o interesse pelos serviços públicos comuns aos dois Estados (Piauí e Maranhão), relacionados com as áreas de infraestrutura, saneamento básico, coleta e tratamento de esgoto, bem como serviço de limpeza pública, saúde e assistência social, educação e cultura, combate às causas de pobreza, dentre outros (BRASIL, 2002).

No que diz respeito à Política de Saúde, o município de Timon tem gestão plena de Saúde e oferta serviços de saúde nos níveis de Atenção Primária, Secundária e Terciária. A aproximação com o território e a partir de dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) permitiu conhecer os serviços de nível secundário em que atua a equipe multiprofissional, os quais correspondem a nove unidades de saúde: Policlínica, CAISM, CIAEE Maria do Carmo Viana Neiva e CTA, Centro de Saúde Dr. Francisco Vitorino de Assunção, CEO e Hospital Municipal do Parque Alvorada.

Conforme Chioro e Solla (2012, p. 4), a Atenção Especializada é “um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais caracteristicamente demarcadas pelas chamadas tecnologias especializadas”, delimitada pelo território, bem como pelos serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares que existem a partir da referência dos serviços de atenção primária, quando os problemas de saúde não são resolvidos nesse nível.

Ao analisar o território, utiliza-se a perspectiva de Santos (2006), ou seja,

O território não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas; o território tem que ser **entendido como o território usado, não o território em si**. O território usado é o chão mais a identidade. **A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence**. O território é o fundamento do trabalho; o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida (SANTOS, 2006, p.14, destaque nossos).

Convém destacar ainda que o conceito de território para Santos (2006) é “o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações de sua existência”.

No território se estabelecem relações sociais, o sentimento de pertencimento à terra, a identidade dos homens e mulheres, que está para além do limite geográfico, uma vez que se estabelecem laços de solidariedade, de afeto, tanto nos espaços públicos, quanto privados, onde circulam usuários dos serviços de saúde.

Na relação entre usuários e serviços de saúde, a média complexidade tem a peculiaridade de se constituir num espaço no qual os usuários precisam ir em busca de atenção especializada, diferente da Rede de Atenção Básica na qual “os serviços ‘vão’ até os usuários” (CHIORO; SOLLA, 2012, p. 1).

Os serviços especializados destinam-se a “um subconjunto de uma parcela da população total que necessita de cuidados mais intensivos e diferenciados em um determinado momento. A garantia desta atenção especializada se dá por meio de uma rede hierarquizada e regionalizada, que garanta “a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo-benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada” (CHIORO; SOLLA, 2012, p. 4).

É importante destacar que os serviços, programas e projetos na área da saúde nos quais o profissional atua são destinados aos usuários dos serviços de saúde, que levam suas demandas e suas necessidades aos profissionais, com o intuito de que sejam atendidas nessa relação usuário-trabalhador e/ou trabalhador-usuário de forma que sejam produzidos resultados efetivos para a garantia de direitos e de acesso aos serviços.

Nesta perspectiva, torna-se importante compreender o trabalho em saúde na Rede de Atenção à Saúde do SUS. Mehry (2004), ao analisar o Sistema Único de Saúde e sua relação com o agir tecnológico dos trabalhadores da saúde, analisa as tensões que estão presentes no SUS num espaço que transita entre a política pública e a política governamental, bem como a relação com o controle social, a contribuição e a percepção dos trabalhadores de saúde no processo de produção do cuidado em saúde e o seu reconhecimento ou “não” enquanto sujeitos políticos que participam da construção e da consolidação do SUS (MEHRY, 2004, p. 1-2).

Entende-se que as necessidades de saúde estão para além do processo saúde-doença, como assinala Nogueira e Miotto (2009, p. 229), já que se postula “[...] que não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural”.

O acesso aos serviços de saúde dá-se com vistas à garantia de melhores condições de vida para os usuários do SUS e, portanto, requer um olhar atento para os aspectos econômicos, sociais e culturais que se constituem em fatores determinantes das condições de saúde, e:

Dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos, o meio físico, assim como os meios socioeconômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao

lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 229).

Dá entender-se que os problemas de saúde são determinados por fatores sociais, que atingem as famílias em situação de vulnerabilidade social, os que vivem ou não do trabalho, uma vez que “[...] a definição de necessidades de saúde ultrapassa o nível de acesso a serviços e tratamentos médicos, levando em conta as transformações societárias vividas ao longo do século XX e já no século XXI [...]” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 229).

Mehry (2004) acrescenta a discussão sobre o agir tecnológico em saúde que,

[...] nossa capacidade de ação, do ponto de vista tecnológico, como alguém que faz uma opção ético-política no cotidiano; alguém que faz uma opção por entender que o encontro, entre o nosso agir tecnológico e o mundo das necessidades, é um agir tecnológico e, como tal, é um ato político. [...] Ele é um ato político porque [...] implica uma opção social, assumida por nós trabalhadores, se militamos a favor da vida, ou não, ou, até, se militamos a favor de uma morte menos sofrida (MEHRY, 2004, p. 8).

Merhy e Franco (2012), ao abordarem o trabalho vivo em saúde, assinalam a natureza relacional desse trabalho, uma vez que “traz a centralidade do trabalho vivo, ou seja, os produtos da saúde se realizam em ato, na relação entre produtor e consumidor” (MEHRY; FRANCO, 2012, p. 154).

Outra contribuição fundamental sobre o trabalho vivo e sua relação com o desenvolvimento científico e tecnológico é mencionada por Iamamoto (2008) ao reconhecer que:

A crescente potenciação do trabalho vivo possibilitada pelo avanço científico e tecnológico, em que a ciência se torna uma força produtiva por excelência, patenteia o papel essencial que o trabalho cumpre na reprodução da sociedade contemporânea, como substância mesma da riqueza (2008, p. 88)

Mehry e Franco (2012) afirmam que “um olhar para a micropolítica do processo de trabalho, portanto, é uma discussão que vem do lugar onde se estabelece o encontro e entre usuários e trabalhadores, como parte do cenário onde se realiza a produção do cuidado”, isto é, a produção do cuidado se dá a partir da relação estabelecida entre usuários e trabalhadores.

Ainda, sobre essa dimensão relacional na produção do cuidado em saúde, Mehry e Franco (2012) nos apresentam que ela é “central no processo de trabalho e comporta um tipo de tecnologia, pois o modo de estabelecer essas relações é tecnologicamente orientado” e assim, a partir da concepção de Marx sobre o trabalho vivo e morto, os autores consideram o

trabalho vivo como “o trabalho em ato, no seu exato momento de produção, criação, portanto se realiza na atividade do trabalhador”.

É importante compreender os três tipos de tecnologias definidas por Mehry no processo de produção do cuidado: as tecnologias leves, duras e leve-duras.

Ainda, acrescenta-se a concepção de Mehry (2004) sobre as ações dos trabalhadores em saúde:

[...] nossa capacidade de ação, do ponto de vista tecnológico, como alguém que faz uma opção ético-política no cotidiano; alguém que faz uma opção por entender que o encontro, entre o nosso agir tecnológico e o mundo das necessidades, é um agir tecnológico e, como tal, é um ato político. [...] Ele é um ato político porque [...] implica uma opção social, assumida por nós trabalhadores, se militamos a favor da vida, ou não, ou, até, se militamos a favor de uma morte menos sofrida (MEHRY, 2004, p. 8).

Ampliando o debate, considera-se que os trabalhadores em saúde atuando no SUS atendem os usuários em suas necessidades de saúde. Assim, Pereira (2011), ao tratar de necessidades sociais básicas, à luz da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), inicialmente traz à tona a discussão de mínimo e básico. A autora afirma que se tem a concepção de vincular “provisão mínima” e “necessidades básicas”, e parecem termos equivalentes no campo da semântica, mas defende a diferença conceitual e político-estratégico entre os mesmos (PEREIRA, 2011).

Assim, o mínimo expressa a “conotação de menor, de menos, em sua acepção mais ínfima, identificada com patamares de satisfação de necessidades que beiram a desproteção social”, bem como “o mínimo nega o ‘ótimo’ de atendimento” (PEREIRA, 2011, p. 26-27). Por sua vez, o básico diz respeito a “algo fundamental, primordial, que serve de base de sustentação indispensável e fecunda ao que ele acrescenta”, e fazem-se necessários “investimentos sociais de qualidade para preparar o terreno a partir do qual maiores atendimentos podem ser prestados e otimizados” (PEREIRA, 2011, p. 26).

Corroborando com a autora, em suas reflexões sobre a Política de Assistência Social, entende-se a importância do conceito de necessidades humanas básicas, também para a política de saúde, uma vez que:

O básico é direito indisponível (isto é, inegociável) e incondicional de todos, e quem não o tem por falhas do sistema socioeconômico terá que ser ressarcido desse déficit pelo próprio sistema. [...]. Em suma, a satisfação otimizada de necessidades deverá visar simultaneamente à melhoria da eficiência da política social e da equidade social. (PEREIRA, 2011, p. 35).

O usuário do SUS ao buscar acesso aos serviços de saúde públicos está imbuído de seu direito, direito este que o Estado tem o dever de garantir mediante a oferta de “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” (LOPES; CRUZ, 2014), conforme previsto na Constituição Federal de 1988.

À discussão sobre necessidades humanas básicas de Pereira (2011), acrescenta-se a contribuição de Campos (2000), ao afirmar que:

Enganam-se aqueles que atribuem ao poder dominante a capacidade exclusiva de sempre produzir necessidades sociais. [...] Em alguma medida, os de baixo metem sua colher de pau no cozido das necessidades sociais. O que se argumenta é que caberia aos trabalhadores e aos usuários, a partir de seus próprios desejos e interesses, apoiando-se em uma teoria sobre a produção de saúde, tratar de construir projetos e de levá-los à prática; objetivariam então a concretização de determinados valores de uso, expressos sob a forma de necessidades, bem como dos meios necessários para atendê-las (CAMPOS, 2000, p. 228).

Assim, é importante ressaltar a influência dos trabalhadores de saúde no processo de cuidado, com ênfase no período de constituição do Movimento da Reforma Sanitária, e seu fortalecimento no pós-década de 90. Considera-se ainda a interferência dos dominados na dinâmica social no sentido da alteração de valores, pois “A alteração de valores ressalta a inadequação social e histórica de estruturas ultrapassadas, aumentando as possibilidades de mudança” (CAMPOS, 2000, p. 229). Desse modo, é nos usuários do SUS e trabalhadores de saúde que se encontra a perspectiva de mudança.

3 METODOLOGIA

O presente estudo, conforme já assinalado, é um delineamento da pesquisa de mestrado em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e o tema central se concentra na área da Saúde, com ênfase na atenção em nível de média complexidade e sua articulação com a rede de atenção à saúde no SUS. O estudo utilizou a abordagem qualitativa, um estudo descritivo e foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica e de fonte secundária de informações, pesquisa documental e base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Relatório de Informações Sociais (SAGI). Nesse sentido, apresentam-se algumas considerações sobre os principais conceitos referentes à política de saúde, território e redes de Atenção à Saúde no SUS, e tem como fundamentação teórica os autores Mehry (2004), Mehry e Franco (2012), Santos (2006), Koga (2013), Mendes (2011), dentre outros.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do quadro da mortalidade materna, infantil e fetal constitui importante indicador de saúde, uma vez que esses dados são sensíveis para a avaliação da condição de vida de um grupo populacional, tendo em vista que retratam o estado de saúde da mulher e da criança, assim como a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde obstétricos e pediátricos ofertados em uma determinada região (LIMA *et al*, 2017).

Assim sendo, considera-se que uma rede bem estruturada de serviços de média complexidade se constitui num ponto chave para um bom funcionamento do Sistema de Saúde, uma vez que a resolutividade do sistema permite um alcance de maior resolutividade da atenção básica e, inclusive, da alta complexidade hospitalar.

Embora o município de Timon apresente maior índice de acesso da população aos serviços de média complexidade, quando comparado com os demais que integram sua região de saúde, ainda apresenta altos índices de morbimortalidade; essa situação é também retratada por outros estudos da literatura pertinente ao tema (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010; GOMES *et al*, 2014) e se relaciona com falhas no processo de regulação e com o histórico modelo de saúde médico-hegemônico, que se direciona ao atendimento ultraespecializado, ainda presente no país.

Tabela 1 – Quadro comparativo da mortalidade infantil e fetal de Timon-MA no período de 2008 a 2018 por causas evitáveis, não evitáveis e de morte mal definidas.

PAINEL DE MONITORAMENTO DA MORTALIDADE INFANTIL E FETAL DE TIMON-MA											
INDICADOR	ANO DE REFERÊNCIA										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Causas evitáveis	40	31	38	24	29	28	24	45	39	25	23
Causas não evitáveis	12	11	13	16	13	15	13	16	10	15	11
Causas de morte mal definidas	3	2	0	0	2	0	1	0	1	0	1
Óbitos totais	55	44	51	40	44	43	38	61	50	40	35

FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/ SVS- Dezembro de 2018.

Estudo realizado no município de São Paulo assinalou que a deficiente articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde tem origem na falta de protocolos oficiais que orientem os encaminhamentos de pacientes das unidades básicas de saúde para estabelecimentos que ofereçam procedimentos de média complexidade (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Constitui ainda um obstáculo ao acesso adequado da população aos serviços de média complexidade a perspectiva analítica que compreende o tratamento de saúde como

mercadoria, cujo foco da atenção de profissionais e instituições dão ênfase à realização de procedimentos mais lucrativos, característicos da alta complexidade, em detrimento da média complexidade. Tendo em vista o caráter estratégico do nível secundário de atenção à saúde, é necessário redirecionar o modelo de gestão no sentido de fortalecer os serviços de média complexidade e garantir a integralidade do SUS.

O trabalho em rede, neste estudo com foco na rede de atenção à saúde, exige a integralidade da saúde, conforme previsto na Lei n. 8.080/90 e a articulação da equipe interdisciplinar na produção do cuidado.

Os trabalhadores de saúde intervêm na produção do cuidado em saúde por meio da articulação em equipes interdisciplinares, que contribuem para a integralidade, como aponta Severo (2013, p. 155):

A integralidade é debatida numa perspectiva mais focalizada, isto é, no âmbito do exercício profissional como elemento necessário para o desenvolvimento das práticas individuais e coletivas através do trabalho em equipe; e como elemento fundamental, a organização da política, com ênfase para a atenção a problemas específicos de saúde.

A integralidade do cuidado em saúde é reconhecer que o usuário do SUS, os sujeitos a quem se destina a ação da equipe multiprofissional, é um todo, que precisa ser atendido em suas necessidades de saúde, considerando as condições sociais, políticas, econômicas e culturais, e ainda que dispõe do olhar do profissional para o usuário.

Ainda, corroborando com a discussão, o agir em saúde contemplando a interdisciplinaridade também compreende a gestão do cuidado, conforme define Grabois (2011, p. 157):

A integralidade do cuidado também exige que os profissionais se articulem, seja no plano das diferentes unidades de saúde que compõem a rede, seja entre os diferentes serviços que compõem um hospital. Este é um dos grandes desafios a serem superados no cotidiano do funcionamento do SUS.

Diante do exposto, entende-se que a integralidade está associada à integração dos serviços de saúde através de redes sociassistenciais, como afirmam Hartz e Contandriopoulos (2004, p.331), ao reconhecer a “interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida”.

A integralidade na saúde reforça a necessidade da articulação dos serviços de saúde ofertados no âmbito das instituições de média complexidade, como a sua integração e encaminhamento para os demais serviços da rede de atendimento, seja ela de saúde, ou socioassistencial. Na tessitura da articulação e encaminhamentos do usuário, na referência e contrarreferência dos serviços permite garantir o direito à saúde.

A Lei Municipal N. 1.940, de 05 de dezembro de 2014, estabelece a delimitação dos bairros de Timon, considerando o novo perímetro urbano, este delimitado pela lei municipal n. 2026, de 24 de maio de 2016, com base nos pontos cardeais. Com isso, o município de Timon está delimitado em quatro zonas, a saber: Norte, Sul, Leste e Oeste.

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021, elaborado para planejar as ações da política de saúde no âmbito do município, durante o quadriênio, no eixo de planejamento trata especificamente do território de saúde, afirma que a regionalização da saúde das áreas urbana e rural está delineada em distritos sanitários, sendo 06 na zona urbana (regionais I a VI) e 03 na zona rural (regionais VII a IX), a saber: I- Mutirão; II- Parque Alvorada; III- Parque Piauí; IV- Centro; V- Parque São Francisco; VI- Bela Vista; VII- Tamanduá; VIII- Castelo e IX- Buriti Cortado.

A oferta de Serviços da Média Complexidade no município de Timon é realizada por sete instituições de saúde, sendo que os serviços estão distribuídos nos bairros da cidade e em diferentes Distritos Sanitários conforme Tabela 2.

Tabela 2. Serviços de Saúde de Média Complexidade, bairro, distrito sanitário e população atendida, em Timon, MA.

SERVIÇOS DE SAÚDE DE MÉDIA COMPLEXIDADE	BAIRRO	DISTRITO SANITÁRIO	POPULAÇÃO ATENDIDA
Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (CAISM)	Parque Piauí	Parque Piauí	Saúde da mulher
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	Parque Piauí		Especialidades para público geral
Unidade de Saúde “Dr. Antônio Martins Albuquerque Pedreira” (POLICLÍNICA)	Parque Piauí		Especialidades para público geral
Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)	Centro	Centro	Pessoas vivendo com HIV
Centro Integrado de Atendimento Educacional Especializado Maria do Carmo Viana Neiva (CIAEE)	Santo Antônio		Crianças e adolescentes com deficiência
Centro de Saúde Dr. Francisco Vitorino de Assunção	Boa Vista	Parque São Francisco	Especialidades para crianças e público geral
Unidade Mista Dr. José Firmino de Sousa/ Hospital Municipal do Parque Alvorada (HPA)	Parque Alvorada	Parque Alvorada	Especialidades para público geral

FONTE: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2018; Plano Municipal de Saúde 2018-2021, Timon, 2018.

Considerando a importância de empreender uma triangulação das fontes, elaborou-se um quadro correlacionando a população residente por bairros, distribuída por zonas e regionais do distrito sanitário do município de Timon (MA), os resultados dessa correlação foram dispostos na Tabela 3 e no Mapa 2.

Tabela 3 – Distribuição dos Bairros em novo perímetro urbano de Timon, População Residente em Timon, MA.

POPULAÇÃO RESIDENTE POR BAIRROS, DISTRIBUÍDA POR ZONAS E REGIONAIS DO DISTRITO SANITÁRIO DO MUNICÍPIO DE TIMON (MA)				
BAIRROS	ZONA ⁴	REGIONAL DO DISTRITO SANITÁRIO	POPULAÇÃO	INSTITUIÇÕES DE MÉDIA COMPLEXIDADE
Flores	Norte	Regional I 22.448 habitantes 17,55%	6.923	
Vila Angélica	Norte		4.069	
Mutirão	Norte		3.419	
Vila Bandeirante	Sul/ Oeste		4.479	
Pedro Patrício	Leste		3.558	
Boa Esperança	Norte	Regional II 29.413 habitantes 22,99%	763	HPA
Parque Alvorada	Sul		11.174	
Cidade Nova	Sul		10.954	
Joia	Sul		2.048	
Cajueiro	Sul		576	
Sete Estrelas*			2.231	
Glória*			1.667	
Parque Piauí	Norte	Regional III 21.293 habitantes 16,65	21.293	CAISM CEO POLICLÍNICA
São Benedito	Norte	Regional IV 30.720 habitantes 24,02%	9.979	CTA CIAEE
Centro	Norte		4.600	
Bela Vista	Norte/ Oeste		2.131	
São Marcos	Leste		3.826	
Formosa	Sul/ Leste		1.929	
Planalto Formosa	Sul/ Leste		1.849	
Mangueira	Sul		2.608	
Parque Aliança	Sul		2.248	
Mateuzinho	Sul		1.550	
São Francisco II	Norte	Regional V 24.036 habitantes 18,79%	14.823	Centro de Saúde Dr. Francisco Vitorino de Assunção
Boa Vista	Norte		4.721	
Planalto Boa Esperança	Norte		324	
Mangal*			257	
Marimar	Norte/ Oeste		1.091	
Parque São Francisco	Norte/ Leste		2.820	
Subtotal da população dos bairros			127.910	
Total da população do Município			155.460	

FONTE: IBGE, 2010; Plano Municipal de Saúde 2018-2021, Timon, 2018.

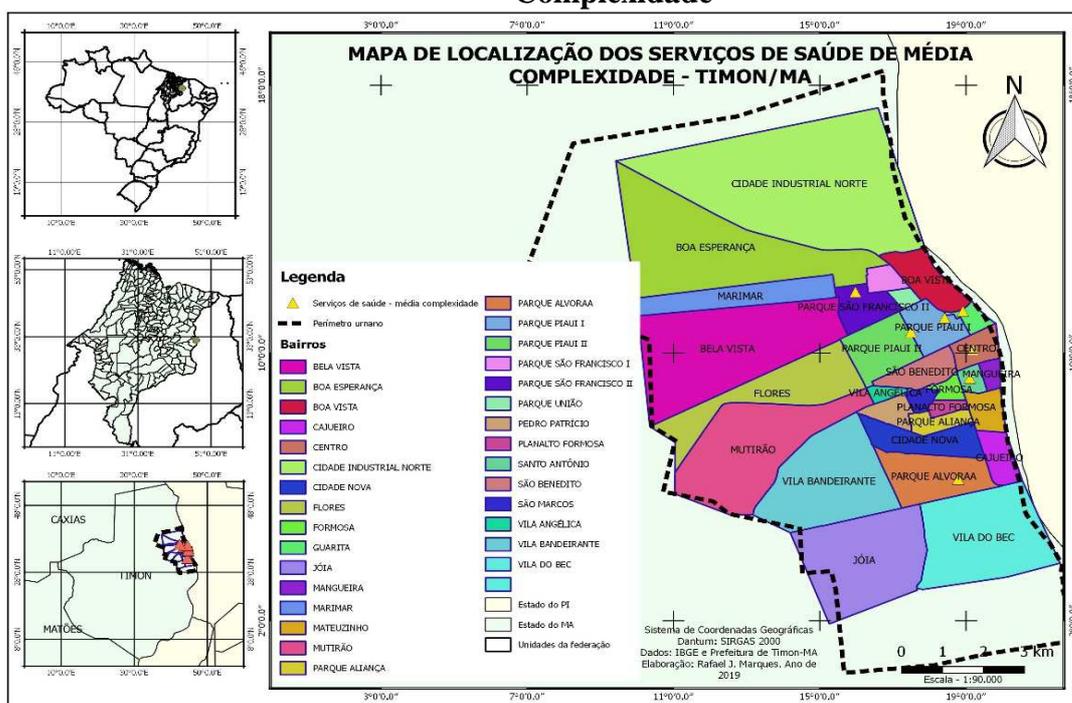
⁴ A delimitação da localização dos bairros do perímetro urbano de Timon segundo os pontos cardeais foi realizada tomando por base a Lei Municipal 1940 de 05 de dezembro de 2014 que denomina e delimita os bairros de Timon tendo em vista o novo perímetro urbano estabelecido com base na Lei Municipal 2026 de 24 de maio de 2016.

Conforme apresentado nas Tabelas 2 e 3, os Serviços de Saúde de Média Complexidade se correlacionam com a população residente nos respectivos bairros de Timon, bem como com as zonas e regionais do distrito sanitário, nos quais os bairros estão situados.

Ao confrontarmos as fontes se apreende que a implantação destes serviços, em sua maioria, segue uma tendência de centralização no espaço mais central do município. Padrão compatível com a população residente nos bairros mais populosos, a exemplo do Parque Piauí, Parque Alvorada, São Benedito, Boa Vista, Santo Antônio e Centro. Os serviços tendem a se concentrar na região do Centro e no seu entorno.

Diferentemente, em outros bairros também populosos, como Cidade Nova, Vila Bandeirantes e Flores, é notório que se faz necessário ampliar o número de serviços especializados para atender a crescente população timonense nos bairros mais periféricos da cidade. Nesse sentido, registra-se a importância de a gestão municipal estar atenta na condução do planejamento estratégico da saúde de modo a contemplar os serviços de média complexidade nesses bairros, que permanecem desassistidos, cumpre destacar ainda que a população em situação de vulnerabilidade social tende a apresentar mais dificuldade de acesso ao serviço especializado dada a necessidade de arcar com o ônus do deslocamento para regiões mais centrais onde estes se situam.

Mapa 2 – Território de Timon e a distribuição dos Serviços de Saúde de Média Complexidade



FONTE: IBGE e Prefeitura Municipal de Timon-MA, 2019.

A despeito da relevância incontestável dos Serviços de Saúde de Média Complexidade para a garantia de uma maior qualidade de vida da população, observa-se que esse nível de atenção é negligenciado mesmo em países com altos índices de desenvolvimento humano (IDH) - como a Nova Zelândia e a Áustria - que apresentam altas taxas de cuidados de saúde msecundários não atendidos. Pesquisas independentes realizadas nesses países evidenciaram como principais causas das dificuldades de acesso da população aos serviços de média complexidade a falta de um processo adequado de regulação dos pacientes, bem como o desconhecimento das características e necessidades de saúde das comunidades existentes em cada região (PICHLÖFER, 2014; BAGSHAW; BAGSHAW; FRAMPTON, 2017).

Os dados da SAGI revelam que a população de Timon é composta por 34.174 famílias em situação de vulnerabilidade social, até dezembro de 2018, registradas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CADÚnico), sendo que dentre estas, **21.294** são beneficiárias do Programa Bolsa Família. A população em situação de vulnerabilidade social, por vezes, não dispõe de transportes e de condições adequadas para deslocar-se até o serviço, acarretando, não poucas vezes, a não efetivação da atenção demandada, configurando o seu retorno ao circuito de atenção à saúde somente no momento de imediato risco de vida ou quando o usuário passa a conviver com uma doença crônica, ocasião em que a média ou alta complexidade são requisitados para finalmente atendê-lo.

Diante do exposto, a discussão de Tesser; Poli Neto (2017) sobre os “gargalos” da média complexidade apresentam o município como responsável pela rede ambulatorial especializada, por meio de recursos repassados pelo Ministério da Saúde, porém esta rede ainda é considerada um “gargalo” dentro do sistema. Isto decorre de várias razões o gargalo entre a atenção básica e especializada, dentre as quais Tesser; Poli Neto (2017) sustentam a ideia de que “uma organização da atenção especializada no SUS seria muito competitiva e mesmo avassaladora para o mercado da saúde”, bem como destacam o financiamento público e a mercantilização da saúde.

Os autores atribuem a esses fatores supracitados os “gargalos” da média complexidade no SUS, porque na atenção especializada ambulatorial o usuário dos serviços de saúde tem acesso, mas enfrenta grandes filas nesse processo. Na Atenção Básica e na Alta Complexidade existe o financiamento pelo piso da Atenção Básica – PAB fixo e o de Alta Complexidade, respectivamente, inclusive a complementação pelos serviços privados de saúde, em que estudos apontam a normativa de financiamento pelo SUS. Assim, os serviços de Média Complexidade ficam no nível intermediário de financiamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises da discussão sobre território e Média Complexidade no município de Timon se coadunam com as pesquisas realizadas acerca dessa temática no Brasil e apontam para a necessidade de ampliar, de redimensionar os serviços de média complexidade, bem como aponta a necessidade de intensificar o investimento financeiro e criar estratégias que facilitem o acesso da população a esse segmento de atenção da saúde pública. A compreensão dos dados dessa pesquisa contribuirá para revelar traços de fragilidade da situação de saúde no âmbito da média complexidade, não apenas na região analisada, mas em nível nacional e auxiliar gestores na criação de estratégias políticas que objetivem um maior alcance da sociedade a esses serviços.

A Reforma Sanitária e o SUS são construções históricas e, como tal, o seu devir está em aberto na direção do futuro a construir. Urge que se reconfigurem suas redes de atenção, que se reproponha a centralidade do direito à saúde e à vida nos marcos da política social e que o eixo da organização do Sistema, do trabalho e o financiamento se orientem na direção da produção do cuidado visando a proteção da vida, a defesa da democracia, a cidadania e a liberdade.

Percebe-se que determinadas características do SUS contribuem para a existência de obstáculos ao acesso efetivo dos usuários às consultas e procedimentos de média complexidade, como a disponibilidade de recursos financeiros, a dependência do setor privado e a falta de um protocolo claro de regulação dos pacientes para os serviços especializados.

O direito à saúde e à justiça social estão intimamente relacionados à distribuição igualitária dos serviços públicos à população, entre eles os serviços de saúde, cujo acesso está previsto pelos princípios de equidade, integralidade e universalidade do SUS. O caminho para a garantia da efetivação desses direitos passa pela formulação e implementação de políticas que contemplem o “território vivido”, as peculiaridades regionais e os indicadores sociodemográficos para uma compreensão da situação de saúde e uma melhor aplicação dos recursos disponíveis. A temática da territorialização no contexto da média complexidade em saúde precisa ser analisada como uma questão relevante no âmbito da produção científica, o desenvolvimento desse e de outros estudos nessa área tem papel importante à medida que propõe a estabelecer um diálogo sobre o lugar do cuidado e do coletivo no processo de fortalecimento das políticas públicas, tendo no horizonte a complexidade da atenção secundária em saúde e sua relação com o contexto social.

REFERÊNCIAS

BAGSHAW, P.; BAGSHAW, S.; FRAMPTON C. *et al.* Pilot study of methods for assessing unmet secondary health care need in New Zealand. **New Zealand medical journal**, Wellington, v. 130, n. 1452, p. 23-28, mar. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. 1ª ed. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social** – PNAS/2004. Brasília, DF: 2005.

CAICEDO-ROSETO, A. V.; ESTRADA-MONTOYA, J. H. Barreras geográficas de acceso a los servicios de salud oral en el departamento de Nariño, Colombia. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá, v. 15, n. 31, p. 146-174, dez. 2016.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência Saúde Coletiva** [online]. 2000, vol.5, n.2, p.219-230. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>. Acesso em: 18 de setembro de 2017.

CHIORO, A; SOLLA, J. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 17, p. 547-576.

FARIA, R. M. 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. **Hygeia**, Uberlândia, v. 9, n. 16, p. 131-147. Jun. 2013.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da Unicamp (Campinas, SP). In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec. 2007.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.153-190.

GOMES, F. F. C. *et al.* Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 31-43, jan. 2014.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 suo 2: S331-S336, 2004.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em 27 de fevereiro de 2019.

KOGA, D. Aproximações sobre o conceito de território e sua relação com a universalidade das políticas sociais. **Ser. Soc. Rev.**, Londrina, v.16, n. 1, p 30-42, jul./dez. 2013.

MARTINELLI, M. L. O Serviço Social e a consolidação de direitos: desafios contemporâneos. **Serviço Social & Saúde**. Unicamp, Campinas, SP ano X, n. 12, p. 1-18, dez. 2011.

MARTINS, J. S. As hesitações do moderno e as contradições da modernidade no Brasil. In: MARTINS, J. S. **Sociabilidade do homem simples**: cotidiano e história na modernidade anômala. 2.ed., São Paulo: Contexto, 2010, p. 9-58.

MERHY, E. E. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil**: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MEHRY, E. E. Perspectivas atuais do SUS e o agir tecnológico do trabalhador como um ato ético-político. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP, Campinas, v. 3, n. 3, 2004, p. 1-12.

MEHRY, E. E.; FRANCO, T. B. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. NESP/CEAM/UnB, Brasília, 2012, p.151-163.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MIOTO, R. C. T; NOGUEIRA, V. M. R. Desafios Atuais do Sistema Único e Saúde-SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. IN: **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009.

MONKEN, M. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância à saúde**. 2003. 170f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. (org.). **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993, p 455-466.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades Humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PICHLÖFER, O.; MAIER, M. Unregulated access to health-care services is associated with overutilization--lessons from Austria. **European journal of public health**, Estocolmo, v. 25, n. 3, p. 401-3. Jun. 2014.

SANTOS, M. O dinheiro e o território. In: SANTOS, M. et al. **Território e territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2006, 2. ed, p.13-21.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SVS). **Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal**. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>> Acesso em 20 de fevereiro de 2019a.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SVS). **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna**. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>> Acesso em 20 de fevereiro de 2019b.

SEVERO, R. R. Apropriação do princípio da integralidade na política de saúde e a análise documental como estratégia de pesquisa. IN: ARCOVERDE, A. C. B. (org.). **Metodologias qualitativas em pesquisa social**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2013, p. 155-179.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

TEIXEIRA, S. M. F. Retomar o debate sobre a Reforma Sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). **ERA**. São Paulo, v. 49, n.4, out./dez. 2009, p. 472-480.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(3), p. 941-951. 2017.

TIMON. **Plano Municipal de Saúde de Timon-MA 2018 – 2021**. (mimeo). 2018.

Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:

NOLÊTO, V. M. S; JOAZEIRO, E. M. G Política de Saúde, Território e Média Complexidade: Uma Discussão Necessária. **Rev. FSA**, Teresina, v.16, n. 5, art. 10, p. 179-202, set./out. 2019.

Contribuição dos Autores	V. M. S. Nolêto	E. M. G. Joazeiro
1) concepção e planejamento.	X	X
2) análise e interpretação dos dados.	X	X
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X	X
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X	X