

O Sistema Único de Saúde brasileiro e suas territorialidades

The Brazilian Health System's territorialities

Carina Kirst

Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul – Brasil

Patrícia Krieger Oliveira

Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul - Brasil



Resumo: Este artigo trata das territorialidades na construção da saúde pública brasileira, a partir dos movimentos que constituíram a Saúde Coletiva e o Sistema Único de Saúde¹ - SUS. Entendemos aqui a territorialidade a partir do conceito de des-re-territorialização, de Deleuze e Guatarri, que diz de movimentos contínuos e concomitantes que constroem não somente espaços, mas subjetividades. Para tanto, utilizamos o recorte de uma dissertação de mestrado que versa sobre a Política Nacional de Humanização², a fim de discutirmos a produção da saúde coletiva e do SUS em suas territorialidades. Ao mesmo tempo em que tais movimentos buscaram, e ainda buscam, a garantia da saúde enquanto direito da população, servem como um dispositivo de controle desta e ao fortalecimento das próprias políticas de saúde e do Estado, como mediadores das relações sociais e como reguladores na gestão e execução da saúde brasileira. O Estado e suas políticas de saúde, assim como os diversos conhecimentos envolvidos, produzem e são produzidos pelos movimentos de des-re-territorialização que dizem de um Sistema Único de Saúde em constante construção espacial e subjetiva, não sendo possível, nessa perspectiva, supor territórios bem demarcados ou consumados.

Palavras-chave: Território. Saúde Coletiva. Sistema Único de Saúde.

Abstract: This article discusses the territorialities in the construction of Brazilian health system, based on the movements that constituted Collective Health and the Unique Health System – (UHS). We understand territoriality from the concept of un-re-territorialization, by Deleuze and Guatarri, which says of continuous and concomitant movements that construct not only spaces, but subjectivities. Was used the recreation of a part from a Master's thesis about National Humanization Policy, a production process of collective health and the UHS in its territorialities. At the same time, these movements sought and still seek to guarantee health as a right for the population, serve as a device to control it and to strengthen health and state policies themselves, as mediators of social relations and as regulators in management and execution of Brazilian health. The State and its health policies, as well as the diverse knowledge involved, produce and are produced by the un-re-territorialization movements that say of a Unified Health System in constant spatial and subjective construction, and it is not possible in this perspective to suppose well-demarcated or consummate territories.

Keywords: Territory. Collective Health. Unique Health System.

¹ Utilizaremos, no decorrer do artigo, a sigla SUS para nos referirmos ao Sistema Único de Saúde.

² A dissertação intitulada "Relatos de uma viagem pela Política Nacional de Humanização: problematizações acerca da educação e produção de trabalhadores da saúde" foi defendida no Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul, em 31 de maio de 2017.

1 Introdução

O presente artigo trata das territorialidades na construção da saúde pública brasileira, a partir dos movimentos que constituíram a Saúde Coletiva e o Sistema Único de Saúde³ - SUS. Trata de mudanças que ocorreram nas políticas de saúde do país, num contexto do final da ditadura militar e de crise na economia e no atendimento à saúde. Esse período é marcado pela construção da saúde coletiva a partir da década de 1950 e, posteriormente, do Sistema Único de Saúde, que culmina na busca por uma saúde enquanto direito e de acesso a todos os indivíduos. A perspectiva era de uma ruptura com modelos anteriores de gestão pública da saúde que até então administravam a relação entre o Estado e a sociedade e da construção de políticas que fossem garantidas pelo Estado, o que foi legalizado posteriormente pela Constituição Federal de 1988.

Nesse contexto, nos propomos a pensar as territorialidades que acompanharam esses movimentos, tendo em vista a ampliação e as diversas mudanças que ocorreram no período e que nos apresentaram outros modos de fazer e de pensar a saúde da população. Para essa discussão, utilizamos o conceito de des-re-territorialização apresentado por Haesbaert e Bruce (2002)⁴.

Haesbaert e Bruce (2002) nos auxiliam a problematizar o conceito de território como algo que não foi iniciado pelo Estado como tradicionalmente estudado na Geografia, mas baseado em uma relação que já existia entre o homem e a terra, antes da sociedade capitalista. Segundo os autores, “[...] enquanto nas comunidades tradicionais a territorialidade era quase um ‘início e um fim’ em si mesma, formando um *corpus* com o homem, nas sociedades estatais a terra se transforma gradativamente num simples mediador das relações sociais [...]” (p. 11). Se essa relação não se dá mais

³ Haesbaert e Bruce (2009) trazem a discussão de território a partir do conceito de desterritorialização de Gilles Deleuze e Félix Guattari, disponível em: <http://www.geographia.uff.br/index.php/geographia/article/viewFile/74/72>

⁴ Entendemos aqui a produção subjetiva enquanto a experiência de si que se dá numa complexa relação permeada por elementos históricos, políticos, econômicos e sociais, que balizam os modos de cada um pensar a saúde de si e do outro.

de forma direta, qual tem sido o lugar do território nessa mediação das relações sociais, no que se refere à saúde da população?

Dimenstein, Zamora e Vilhena (2004) nos apresentam a importância de entendermos o território na sua relação com os indivíduos e suas subjetividades:

Nenhuma subjetividade, individual ou coletiva, pode ser construída fora de um território, que compõe o “ser” de cada grupo social, por mais que sua cartografia seja reticulada, sobreposta e/ou descontínua. O espaço é um campo de construção da vida social onde se entrecruzam, no tempo plural do cotidiano, os fluxos dos acontecimentos e os fixos – o incontável arsenal de objetos técnicos. Cada espaço é, portanto, global e particular; expressa o mundo e condições próprias, singulares de sua constituição [...] (DIMENSTEIN; ZAMORA; VILHENA, 2004, p. 8).

Trata-se aqui de uma produção territorial que se constrói concomitantemente aos movimentos da vida, tanto no que se refere ao seu caráter espacial quanto à sua produção subjetiva; tal produção engloba o que é da diretriz do contínuo e do fixo e seus espaços são, ao mesmo tempo, globais e particulares. Entendemos, assim, que a produção de subjetividades ocorre nessa interlocução entre as pessoas e os espaços e que tais construções compõem os fatores que determinam e definem onde serão realizados maiores ou menores investimentos em saúde.

Entender aqui não somente os territórios, mas também as políticas de saúde enquanto instrumentos de mediação das relações sociais, nos auxilia a pensar, por exemplo, algumas relações de poder na sociedade. Foucault (2015) já nos apresentava a existência de uma arte de governar que pode nos ajudar a problematizar a organização das políticas de saúde e suas territorialidades enquanto dispositivos que capturam sujeitos e espaços. Trata-se, segundo o autor:

[...] de um conjunto formado pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer esta forma bastante específica e complexa de poder, que tem por alvo a

população, por forma de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança (p. 291).

Nessa perspectiva, as relações sociais e de poder podem ser pensadas nessa inter-relação das políticas de saúde e suas territorialidades, tendo em vista que ambas são legitimadas para atuar e controlar indivíduos e populações, pois se justificam enquanto instrumentos de prevenção ou superação dos riscos para a saúde.

Desta forma, retomaremos brevemente alguns movimentos que construíram a Saúde Coletiva e o Sistema Único de Saúde no Brasil e, posteriormente, apresentaremos algumas considerações que articulam tais movimentos às suas territorialidades.

2 A saúde coletiva no Brasil

A construção da Saúde Coletiva iniciou na segunda metade da década de 1950 e teve sua origem no projeto preventivista, que propunha uma lógica que prioriza a prevenção das doenças aos seus tratamentos. Para tanto, o uso dos dados epidemiológicos passaram a ganhar destaque no conhecimento das principais enfermidades e no planejamento financeiro para as ações em saúde. Nessa perspectiva, a saúde passa a ser pensada de um outro modo e sua definição se baseia não mais exclusivamente na ausência de doença, mas amplia e diversifica seus fatores, que compõem um novo cenário social, econômico e político. Cabe salientar aqui que essa ampliação nos modos de pensar a saúde, a partir da prevenção, produz uma forma discursiva que supõe um outro envolvimento dos indivíduos, assim como outras práticas e organização da saúde brasileira.

Arouca (2003) entende que a medicina preventiva emergiu em um campo formado por uma lógica higienista que se constrói em justa relação com o capitalismo e com a ideologia liberal. Essa perspectiva supunha que os indivíduos fossem capazes de cuidar de si, mas desconsiderava as diferenças quanto ao acesso que cada um teria às

informações. Nessa época, o conhecimento da medicina passou a sofrer importantes mudanças e seu ensino foi compartimentalizado em diversas disciplinas, absorvendo a questão higienista em cada uma delas. Sobre a perspectiva preventiva, Castel (1987), inspirado nos estudos de Foucault, nos auxilia a pensar esse conceito:

[...] prevenir é primeiro vigiar, quer dizer, se colocar em posição de antecipar a emergência de acontecimentos indesejáveis (doenças, anomalias, comportamentos de desvio, atos de delinquência, etc) no seio de populações estatísticas, assinaladas como portadoras de riscos. Mas o modo de vigilância promovido por essas políticas preventivas é totalmente novo em relação ao das técnicas disciplinares tradicionais (p. 125-126).

A ampliação desses modos de pensar e fazer a medicina e a saúde no Brasil, numa lógica que combinava com o que já ocorria nos Estados Unidos, nos chama atenção em seus aspectos social e territorial. As próprias disciplinas da medicina (epidemiologia, ciência e conduta, bioestatística, administração dos serviços de saúde, dentre outras) atentam para a necessidade de mapeamento das questões de saúde, agora entendidas a partir de uma perspectiva biopsicossocial. Os modos de viver e seus espaços precisam agora ser incluídos no planejamento e na execução da nova saúde pública.

As territorialidades, nosso interesse nesse artigo, passam a se constituírem como uma importante ferramenta na construção dessas ações, e elas fazem parte dos diversos movimentos que ocorreram na época e na atualidade, numa contínua reinvenção dos seus modos. Quando a epidemiologia, por exemplo, centra seus estudos nas principais doenças, nos espaços onde elas são mais incidentes, em quais os fatores que as determinam, nas medidas que lhes são cabíveis, em como preveni-las, controlá-las ou erradicá-las, ela está produzindo territorialidades. Quando se passa a avaliar quem são os sujeitos doentes, quais condutas estão ligadas às principais doenças e como fazer com que os indivíduos cuidem da sua saúde e do seu ambiente, estamos também produzindo territórios que

se articulam na relação do homem com a terra, consigo e com o outro. Temos aqui movimentos de uma saúde que se move e que estende seus conhecimentos para outros sujeitos e áreas, assim como amplia suas espacialidades para além dos hospitais e numa perspectiva comunitária.

Cabe salientar que esses movimentos ocorrem num contexto Pós-Segunda Guerra Mundial e de um projeto desenvolvimentista para os chamados países do Terceiro Mundo, quando se busca ampliar a força estatal e aumentar a produtividade pela força de trabalho, questões que demandam pensar o cuidado com a saúde da população. A Medicina Social, que começa a ser construída entre 1974 e 1979, investe no conhecimento dos aspectos sociais e epidemiológicos em sua relação com determinantes econômicos e com o sistema de saúde presente, territorialidades estas que redefinem “a posição e o lugar dos objetos dentro da medicina” e ampliam sua atuação “nas relações entre o biológico e o psicossocial” (AROUCA, 2003. p. 150).

São diversos os investimentos em formação e pesquisas sociais e epidemiológicas, que passam a constituir territórios e serem constituídos por eles, nessa construção da Saúde Coletiva. O que passa a entrar em jogo aqui é o estudo dos fenômenos saúde/doença nas populações. Se questiona o modelo biomédico e se investe em ações pedagógicas e descentralizadas da prática médica. Fatores étnicos/raciais, culturais, econômicos, psicológicos e comportamentais (Determinantes Sociais da Saúde - DSS) passam a fazer parte dos estudos sobre a saúde, ampliando para outros territórios de conhecimento e pensamento. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, a definição dos Determinantes Sociais da Saúde trata das “condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham” (PELLEGRINI FILHO, BUSS e ESPERIDIÃO, 2014, p. 307), associação esta que já vinha sendo estudada e pensada em outros países em meados do século XIX, como França, Inglaterra e Alemanha.

No decorrer do século XX presenciamos uma permanente tensão entre os modelos de saúde, o médico-biológico e o sociopolítico e ambiental. Um marco importante foi a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, desde seu início em 1948, difundiu a dimensão social do processo saúde-doença e constituiu uma visão mais ampla de saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (PELLEGRINI FILHO, BUSS e ESPERIDIÃO, 2014, p. 308).

A Saúde Coletiva, segundo Nunes (2012), é um campo que produz conhecimentos, e estes passam a ser aprendidos e construídos por meio da Educação Permanente em Saúde-EPS, instrumento criado para formação dos diversos atores da saúde e que se constrói num contexto de rede. Aqui os territórios se movem e se reinventam a todo o instante, onde já não há espaços delimitados ou indivíduos definidos que detêm o conhecimento das políticas de saúde, estas que passam a ser entendidas como para todos e por todos. Trata-se de sujeitos, saberes e práticas diversas que, ao mesmo tempo em que ampliam para todos, se propõem a trabalhar com demandas específicas. A complexidade dessa rede, que aponta a mobilidade das suas territorialidades, é discutida por Rocha (2015, p. 2):

[...] talvez esta seja a maior e mais interessante característica das redes: a possibilidade que têm de se organizar socialmente enquanto uma estrutura sem centro (descentralizada), onde todos os nós podemos, simultaneamente, ocupar diferentes e distintas posições (grifo nosso), dependendo dos interesses e dos temas tratados.

A autora nos ajuda a problematizar a complexidade dos movimentos da rede e seu caráter potente na circulação e trocas de informações, no aprendizado coletivo, no compartilhamento das práticas e experiências e na ampliação do poder decisório. A rede se configura em uma organização onde “não há espaço para poderes centralizados” (SANTOS e ANDRADE, 2013, p. 31) e onde se apresentam diversos jogos de forças que dizem de movimentos fluídos e irregulares na produção de

saúde. Nessa perspectiva, não é possível falar em um território definido, mas nos movimentos de des-re-territorializações, apontados por Haesbaert e Bruce.

3 Da saúde coletiva ao Sistema Único de Saúde – SUS

A emergência do Sistema Único de Saúde brasileiro ocorreu na esteira dos movimentos de constituição da Saúde Coletiva somada a outros fatores determinantes, como a crise econômica da década de 1970, o contexto do final da ditadura militar, o fortalecimento sindical e a oposição política. Neste cenário, diversos foram os movimentos políticos e de formação profissional na reorganização das políticas públicas de saúde.

Seguidos desses movimentos políticos e ideológicos, as discussões e a participação ganharam uma perspectiva coletiva e de ampliação dos seus serviços e práticas como, por exemplo, as propostas de Reforma Sanitária, apresentadas nas VII e VIII Conferências Nacionais de Saúde, nos anos de 1980 e 1986, respectivamente. Estas conferências traziam como temas centrais a extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos, a saúde como um direito de todos, a reformulação do sistema de saúde e o financiamento setorial. Trata-se de uma ampliação territorial, tanto física quanto subjetiva, que nos auxilia a problematizar seus modos de pensar a saúde no país.

Arouca (1998) aponta o Sistema Único de Saúde como um marco no movimento conhecido como a Reforma Sanitária Brasileira e apoiado num cunho político marcado na democracia. Sua implementação dá continuidade aos diversos movimentos territoriais que expandem as ofertas e, ao mesmo tempo, ampliam o controle da saúde da população como, por exemplo, a descentralização de serviços, práticas e decisões políticas na saúde que reforçam o discurso de uma “Saúde para Todos”. Os movimentos constantes de des-re-territorialização superam a dicotomia entre ações voltadas para a cura e para prevenção, constroem uma regionalização e hierarquização da rede de saúde,

buscam outros modos de desempenho dos serviços públicos, desenvolvem formas de controle dos serviços privados, constroem princípios para garantia de acesso por todos e de planejamento em todas as esferas de governo.

A Constituição Federal de 1988, chamada “Constituição Cidadã”, foi fundamental na garantia do SUS e traz, em seu artigo nº 196, o caráter de relevância e garantia de uma saúde como direito de todos e dever do Estado. Tal garantia é entendida aqui a partir de políticas sociais e econômicas e através da redução de riscos, esta que deve atuar numa perspectiva preventiva. As Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, fortalecem a coletividade e a territorialidade das ações em saúde, regulando, em todo o território nacional, entre outras providências, sua execução, participação e seus recursos. Trata-se da delimitação de quem poderá gozar, gerir e pagar a saúde brasileira, em sua organização tanto micro quanto macro.

A regionalização e hierarquização da saúde são apresentadas pelo artigo nº 198 da Constituição Federal:

[...] as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade (BRASIL, 2016).

O Decreto nº 7.508/2011 define os territórios em cada Estado brasileiro, organizando-os em regiões de saúde, onde deve haver articulação entre os gestores estadual e municipal para a constituição da gestão e da rede regional. Segundo esse documento, cada região deve dar conta, no mínimo, das seguintes instâncias: Atenção Primária (postos de saúde e ESF's), Urgência e Emergência (ambulâncias da SAMU), Atenção Psicossocial (CAPS, incluindo o AD), Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar (serviços de saúde específicos, restritos às pessoas com necessidade de

atendimento por especialistas) e Vigilância em Saúde, todas entendidas como locais de atendimento inicial à saúde.

Para além desses territórios delimitados em seus espaços físicos, a construção social e estatal, por meio das políticas de saúde, produziram e seguem produzindo efeitos de poder e modos de pensar a saúde. Foucault (2015, p. 253) nos auxilia a pensar que “a descrição espacializante dos fatos discursivos desemboca na análise dos efeitos do poder que lhe estão ligados”. Ou seja, temos esses modos coletivos e democráticos de pensar a saúde como uma construção de espaços e relações de poder a ela ligada. A partir do que o filósofo denomina como a ordem do discurso, as políticas públicas, aqui especificamente as de saúde, passam a incluir sujeitos e construir suas formas de garantia e seus espaços (HILLESHEIM, 2013).

Se, por um lado, a regionalização pode ser considerada um método para ampliar e qualificar a cobertura assistencial da saúde em determinado espaço geopolítico, por outro lado, ela também deve ser considerada enquanto um processo social que envolve a participação de indivíduos e coletivos em complexas relações sociais e de poder. Deste modo, enquanto uma prática social, a regionalização de um sistema de saúde tem sua dimensão técnica, política, econômica e ideológica; dimensões que demandam um tipo de costura processual de todas estas instâncias que envolvem os diferentes atores sociais que vivem nestes espaços.

4 Considerações finais

A partir da retomada da construção da Saúde Coletiva e do Sistema Único de Saúde no Brasil, podemos perceber o caráter movente e contínuo dos territórios, indicando que não atendem mais a uma delimitação espacial ou a uma forma estanque.

O processo de instituição da Saúde Coletiva nos apresenta a ampliação dos modos de entender a saúde, a partir do conceito que supera a ausência de doenças e expande seu enfoque para uma perspectiva sociopolítica e ambiental, da gestão

descentralizada e do compartilhamento por meio de redes.

O Sistema Único de Saúde, por sua vez, é marcado por uma garantia do acesso à saúde para todos e é legitimado na inter-relação entre espaços e indivíduos, por meio da ampliação de sua participação política. Trata-se de um sistema de rede que se organiza de forma regionalizada, descentralizada e transversalizada e que tem como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade e, como diretrizes, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Nesse processo de transformação da saúde no país, os territórios também se movem e ampliam para outros espaços de cuidado, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família que é executada pelos moradores da comunidade (agentes comunitários de saúde), por meio de visitas domiciliares regulares e independentemente da presença de doenças. Além disso, é essa mesma Estratégia, em sua delimitação espacial, que define quais são os lugares que devem ter esse modelo de atenção básica e quem são os sujeitos cujas casas devem ser visitadas, a partir dos dados epidemiológicos. Nesse sentido, as territorialidades produzem saúde, espaços e sujeitos e são produzidas por eles, em suas questões subjetivas. Amador e Fonseca (2014, p. 77) referem que a codificação dos espaços “aprisiona as imagens de si e do mundo em limites definitórios, em cláusulas tanto simbólicas quanto concretas”.

Trata-se aqui de ações políticas para lidar com a vida, através das práticas de saúde, cuja organização se reinventa, a fim de dar conta das demandas sociais que se apresentam. São movimentos de des-re-territorialização na saúde que podem ser observados desde os tempos das antigas epidemias nos seus territórios de aglomeração, precária higiene e isolamento institucional até o momento atual, quando se aperfeiçoaram diagnósticos, fármacos e instituições de educação voltadas à saúde.

5 Referências

- AMADOR, Fernanda Spanier e FONSECA, Tânia Mara Galli. Entre prisões da imagem e imagens da prisão. *Psicologia e Sociedade*. Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 74-82, Abril. 2014.
- AROUCA, Sérgio. Reforma Sanitária. Biblioteca virtual Sérgio Arouca, 1998. Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>
- AROUCA, Sérgio. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
- BRASIL. Lei 8080/90. Lei Orgânica da Saúde. Presidência da República. Brasília, 1990. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm
- BRASIL. Lei 8.142/90. Lei Orgânica da Saúde. Presidência da República. Brasília, 1990. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
- BRASIL. Decreto 7508/2011. Presidência da República. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
- CASTEL, Robert. A Gestão dos Riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.
- DIMENSTEIN, Magda; ZAMORA, Maria Helena; VILHENA, Junia de. A vida dos jovens nas favelas cariocas: drogas, violência e confinamento. Disponível em: <http://www.ichf.uff.br/publicações/revista-psi-artigos/2004-1-Cap2.pdf>
- HAESBAERT, Rogério; BRUCE, Glauco. A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari. *Revista GEOgraphia*. Niterói, ano IV, n.7, p.7-31, 2002. Disponível em: <http://www.uff.br/geographia/ojs/index.php/geographia/article/viewFile/74/72>
- HILLESHEIM, Betina. É preciso incluir! Políticas públicas e o imperativo da inclusão. In: *Interlocações entre a Psicologia e a Política Nacional de Assistência Social*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2013.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.
- FOUCAULT, Michel. *Segurança, Território e População: curso do Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- KIRST, Carina. *Relatos de uma viagem pela Política Nacional de Humanização: problematizações acerca da educação e produção de trabalhadores da saúde*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2017.
- NUNES, Everardo Duarte. *Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto*. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (Org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 17-37.
- PELLEGRINI FILHO, Alberto; BUSS, Paulo Marchiori; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo. *Promoção da Saúde e seus Fundamentos: determinantes sociais da saúde, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis*. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar Monteiro de. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.
- ROCHA, Cristianne Maria Famer. *As Redes em Saúde: limites e possibilidades*. Washington, DC, 09 de agosto de 2005. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/trabalho_redes1.pdf
- SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. *Redes no SUS: marco legal*. In: SILVA, Sílvio Fernandes da (Org). *Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS*. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.