

Redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde: economia em saúde?

Resizing District Health Management: health savings? Redimensionamiento de la gestión sanitaria distrital: economía en salud?

Prof. Mestre Sílvio Antônio Vieira
Profa. Dra. Vania Roseli Correa de Mello

RESUMO

Trata-se de recorte do trabalho de conclusão do curso (TCC) de Especialização em Gestão Pública da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul. Estudo de Caso (Ex-pos facto), do tipo qualitativo, descritivo, exploratório, documental, com ênfase na análise de conteúdo das discursividades dos conselheiros municipais, representantes da gestão pública e população assistente que se encontram na gravação da Plenária Ordinária Virtual do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre de 07 de outubro de 2021. O objetivo geral deste estudo foi analisar as discursividades presentes na discussão entre representantes da gestão da Atenção Primária em Saúde (APS) de Porto Alegre e Conselho Municipal de Saúde, atentando-se para questões que envolvem redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre e territorialização. Como objetivo específico, buscou-se verificar de que forma o redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre contempla os preceitos legais da territorialização no Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, a partir da análise de conteúdo, elencou-se como um dos temas: Redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde: economia em saúde? Desta forma, consideramos que a conjugação de economia de escala com economia de escopo é pertinente em todas as áreas dos serviços de saúde. No entanto, considerando que territorialização e economia de escopo sejam complementares, compreendemos que a ênfase a ser dada em APS, tanto no que diz respeito à organização, administração e prestação dos serviços, deva ser pautada e orientada pela economia de escopo.

Descritores: Atenção Primária em Saúde, Controle Social Formal, Organização e Administração, Economia, Territorialização da Atenção Primária

ABSTRACT

This is an excerpt from the conclusion work of the Specialization in Public Management course (TCC) at the State University of Rio Grande do Sul. Case Study (Ex-pos facto), qualitative, descriptive, exploratory, documentary, with emphasis in the content analysis of the speeches of municipal councilors, representatives of public management and the assistant population who are in the recording of the Virtual Ordinary Plenary of the Porto Alegre Municipal Health Council on October 7, 2021. The general objective of this study was to analyze the speeches present in the discussion between representatives of the management of Primary Health Care (PHC) in Porto Alegre and the Porto Alegre Municipal Health Council, paying attention to issues that

involve resizing the District Health Managements of Porto Alegre and territorialization. As a specific objective, we sought to verify how the resizing of Porto Alegre's District Health Managements complies with the legal precepts of territorialization in the Unified Health System (SUS). To this end, based on content analysis, one of the themes was listed as: Resizing District Health Management: health savings? Therefore, we consider that the combination of economies of scale and economies of scope is relevant in all areas of health services. However, considering that territorialization and economies of scope are complementary, we understand that the emphasis to be given in PHC, both with regard to organization, administration and provision of services, must be guided by economies of scope.

Keywords: Primary health care, Social control, Formal, Organization and Administration, Economics, Territorialization in Primary Health Care.

RESUMEN

Este es un extracto del trabajo de conclusiones del curso de Especialización en Gestión Pública (TCC) de la Universidad Estadual de Rio Grande do Sul. Estudio de caso (Ex-pos facto), cualitativo, descriptivo, exploratorio, documental, con énfasis en el contenido. análisis de los discursos de los concejales municipales, representantes de la gestión pública y población asistente que se encuentran en la grabación del Pleno Ordinario Virtual del Consejo Municipal de Salud de Porto Alegre del día 7 de octubre de 2021. El objetivo general de este estudio fue analizar los discursos presentes en la discusión entre representantes de la gestión de la Atención Primaria a la Salud (APS) de Porto Alegre y el Consejo Municipal de Salud de Porto Alegre, prestando atención a cuestiones que involucren el redimensionamiento de las Gerencias Distritales de Salud de Porto Alegre y la territorialización. Como objetivo específico, buscamos verificar cómo el redimensionamiento de las Gerencias Distritales de Salud de Porto Alegre cumple con los preceptos legales de territorialización en el Sistema Único de Salud (SUS). Para ello, a partir del análisis de contenido, se enumeró uno de los temas como: Redimensionamiento de la Gestión Distrital en Salud: ¿ahorro en salud? Por tanto, consideramos que la combinación de economías de escala y economías de alcance es relevante en todos los ámbitos de los servicios de salud. Sin embargo, considerando que la territorialización y las economías de alcance son complementarias, entendemos que el énfasis que se debe dar en la APS, tanto en lo que respecta a la organización, administración como a la prestación de servicios, debe estar guiado por las economías de alcance.

Descritores: Atención Primaria de Salud. Control Social Formal, Organización y Administración, Economía, Territorialización de la Atención Primaria.

INTRODUÇÃO

A problematização do redimensionamento das gerências distritais de saúde

de Porto Alegre não somente suscita reflexões embasadas em teorias da Administração Pública. Neste aspecto, buscou-se, com o foco central da territorialização, analisar este contexto em sintonia com a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS)^(1,2) e Política Nacional da Atenção Básica⁽³⁾, no que diz respeito a administração, organização e prestação dos serviços na rede de Atenção Primária à Saúde (APS) de Porto Alegre.

O objetivo geral do estudo realizado foi analisar as discursividades presentes na discussão, entre representantes da gestão da APS de Porto Alegre e Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA), ocorrida na Plenária Ordinária Virtual do Conselho Municipal de Saúde de 07 de outubro de 2021⁽⁴⁾, tendo como foco a relação entre o redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre e territorialização. Elegeu-se, para tanto, o objetivo específico de verificar de que forma o redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre contempla os preceitos legais do SUS e Política Nacional de Atenção Básica no que diz respeito aos princípios da territorialização.

1 CONTEXTUALIZAÇÕES

Nesta seção, apresentam-se contextos no âmbito das Gerências Distritais, Distritos Sanitários e Atenção Primária em Saúde de Porto Alegre.

1.1 Gerências Distritais de Saúde e Distritos Sanitários

Os serviços do SUS de Porto Alegre estão distribuídos nos territórios dos 17 Distritos Sanitários (DS's), que formam as Gerências Distritais (GD's). Os DS's são: Ilhas, Humaitá/Navegantes, Centro, Noroeste, Norte, Eixo Baltazar, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Partenon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo-Sul. Importante ressaltar que os DS's englobam, em seus respectivos territórios, vários bairros. As GD's foram concebidas como estruturas administrativas e gestoras regionais e também espaços de discussão e prática onde pudessem ser operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS. Na cidade, até dezembro de 2021, estavam distribuídas em oitoregiões de saúde: 1) Centro, 2) Noroeste /Humaitá /Navegantes /Ilhas, 3) Norte

/Eixo Baltazar, 4) Leste/Nordeste, 5) Glória /Cruzeiro /Cristal, 6) Sul /Centro-Sul, 7) Partenon /Lomba do Pinheiro, 8) Restinga /Extremo-Sul. São compostas por

Unidades de Saúde, Centros de Especialidades e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos⁽⁵⁾.

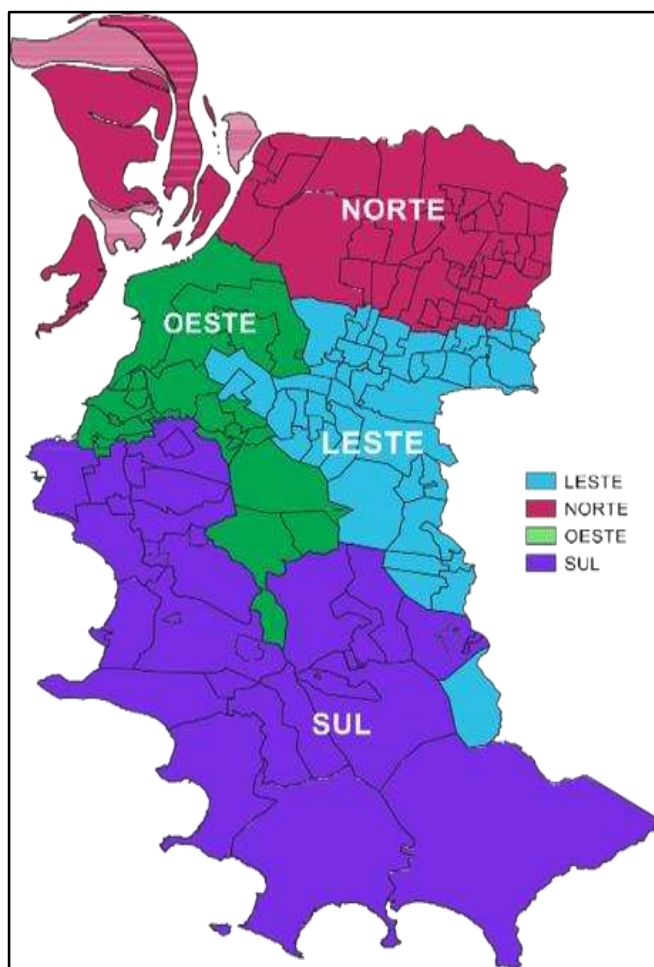
Figura 1. Mapa de divisão territorial das Gerências Distritais antes de dezembro de 2021.



Fonte: PMPA/SMS⁽⁶⁾

O Decreto Lei n. 21.315, de 29 de dezembro de 2021⁽⁷⁾ revogou o Decreto n. 21.157 de 8 de setembro de 2021 (que mantinha a mesma divisão territorial das gerências)⁽⁸⁾ e também o art. 1º. do Decreto n. 13.820 de 25 de julho de 2002⁽⁵⁾. Ao revogar tais decretos, criaram-se quatro Coordenadorias de Saúde: Coordenadoria de Saúde Leste (CS-LESTE); Coordenadoria de Saúde Oeste (CS-OESTE); Coordenadoria de Saúde Norte (CS-NORTE) e Coordenadoria de Saúde Sul (CS-SUL), subordinadas a Diretoria da Atenção Primária em Saúde⁽⁶⁾.

Figura 2. Mapa de divisão das Coordenadorias de Saúde e Distritos Sanitários após dezembro de 2021.



Fonte: PMPA/SMS/Diretoria de Atenção Primária à Saúde⁽⁹⁾.

Conforme o Portfólio Atenção Primária à Saúde da SMS/POA de 23 de maio de 2023⁽¹⁰⁾, a rede de assistência contratualizada na APS de Porto Alegre se apresenta da seguinte forma: 135 Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo 1 Unidade de Saúde (US) Indígena, e uma Unidade Móvel de Saúde. Destas, 117 são contratualizadas por quatro Organizações da Sociedade Civil: Hospital Divina Providência (HDP), Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCM), Associação Hospitalar Vila Nova (AHVN), IBSAÚDE e União Brasileira de Educação e Assistência/Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) gerencia 5 US próprias e 13 US são conveniadas (12 US pelo Grupo Hospitalar Conceição e uma US pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre).

Atualmente, as US estão distribuídas em 4 Coordenadorias de Saúde: Norte,

Sul, Leste e Oeste (Figura 2). A administração e organização dos serviços de saúde na APS/POA⁽¹⁰⁾, realizada pela rede contratualizada, está dividida da seguinte forma: Coordenadoria Norte, com administração feita pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia, sendo composta pelos distritos Ilhas, Humaitá/Navegantes, Norte e Eixo-Baltazar; Coordenadoria Sul, administrada pela Associação Hospitalar Vila Nova, sendo composta pelos distritos da Sul, Centro- Sul, Restinga e Extremo-Sul; Coordenadoria Leste, administrada pela Sociedade Sulina Divina Providência, sendo composta pelos distritos Partenon, Lomba do Pinheiro, Leste e Nordeste; Coordenadoria Oeste, administrada pelo Instituto Brasileiro de Saúde, sendo composta pelos distritos Centro, Glória, Cruzeiro e Cristal. Todas as Coordenadorias apresentam US com turno estendido, no qual o atendimento vai até às 22 horas de segunda a sexta-feira, totalizando 16 US com turno estendido na Capital: CF Álvaro Difini, CF Campo da Tuca, CF Diretor Pestana, CF IAPI, CF José Mauro Ceratti Lopes, CF Moab Caldas, CF Modelo, CF Morro Santana, CF Primeiro de Maio, CF Santa Marta, CF Belém Novo, CF Navegantes, US Chácara da Fumaça, CF Tristeza, US São Carlos e US Ramos.

Para o CMS/POA⁽¹¹⁾, a distribuição dos Conselhos Distritais de Saúde (CDS), ou seja, Distritos de Saúde se faz de outra forma. Os CDS's estão alocados em 13 regiões de Porto Alegre: 1. CDS Humaitá/ Navegantes / Ilhas; 2.CDS Norte; 3. CDS Noroeste; 4. CDS Eixo-Baltazar; 5. CDS Nordeste; 6. CDS Leste; 7. CDS Centro; 8. CDS Partenon; 9. CDS Glória / Cruzeiro Cristal; 10. CDS Lomba do Pinheiro; 11. CDS Sul / Centro-Sul; 12. CDS Restinga; 13. CDS Extremo Sul.

O processo licitatório para contratação das instituições é feito por lotes associados às Coordenadorias de Saúde, como constatado no edital licitatório de chamamento público 22/2022⁽¹²⁾.

Compreende-se que a medida institucional de redimensionamento das GD's tratou de conciliar territórios e distritos de saúde com áreas de abrangência das instituições contratualizadas.

Considerando que os contratos de prestação de serviços se dão através de processo licitatório e que tem tempo estipulado para execução e permanência, registra-se que, no mapa apresentado, possam ter variações futuras em relação as instituições responsáveis pelos territórios de saúde.

1.2 Contexto histórico da Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre

A implantação da municipalização da saúde em Porto Alegre começou no ano de 1995. Segundo Martini⁽¹³⁾, criou-se um grupo de estudos entre profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição para a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em Porto Alegre. Um dos resultados deste grupo de estudos, foi a organização do Seminário Internacional: A saúde da família e a qualificação do modelo assistencial do SUS, tendo o apoio do Ministério da Saúde, do Conselho de Saúde Britânico, do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, da Federação das Associações dos Municípios do RGS (FAMURGS) , do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), do Ministério da Saúde de Cuba, das Universidades de Londres e de Toronto, entre outras instituições públicas e privadas, nacionais e internacionais.

Em 1996, após ampla discussão com representantes da população, com auxílio de estudos e informações sobre o território de Porto Alegre, através de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), desdobrados por setor censitário, agregando dados do Departamento Municipal de Habitação (DEM HAB) sobre áreas de assentamentos e, conforme Martini⁽¹³⁾, complementados com dados epidemiológicos das Declarações de Óbitos, do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) e dos Programas de Crianças e Gestantes em Risco Nutricional, foi construído um mapeamento das diferentes regiões do município e suas carências de serviços de saúde.

Segundo Martini⁽¹³⁾, após o mapeamento das áreas, foram mobilizados conselhos locais de saúde, associações de moradores e demais entidades comunitárias a fim de visitar as áreas indicadas, compatibilizando os critérios iniciais com as peculiaridades das comunidades e com a aceitação do programa pela comunidade. Depois da definição dos locais de implantação, tinha início o processo de negociação dos convênios entre a Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) e as associações comunitárias legalmente constituídas para repasse de recursos destinados ao pagamento dos profissionais das equipes do PSF. Os convênios estabelecidos eram monitorados e geridos por um Comitê Gestor, integrado pelas associações comunitárias conveniadas e a PMPA. Conforme Martini⁽¹³⁾, os levantamentos iniciais apontavam que, para atender os

460.000 cidadãos excluídos do município, seria necessário instalar 200 equipes de saúde da família.

O projeto inicial previa instalar a metade, 100 equipes entre 1995/1996, com uma possível complementação nos anos 1997/1998. No entanto, foram instaladas 28 equipes até 1999, com uma previsão de instalar mais 10 equipes no ano 2000. Concluído o projeto, sua apresentação e discussão pelos Conselhos Locais Interinstitucionais de Saúde (CLIS) ocorreram no período de agosto a setembro de 1995, acompanhadas das visitas conjuntas aos locais previstos para instalação das equipes. A aprovação do Programa de Saúde da Família de Porto Alegre pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), ocorreu em 21 de setembro de 1995, seguida da instalação da Comissão de seleção dos profissionais para composição das equipes. Houve processo de seleção que obedeceu às prescrições legais da PMPA: divulgação por edital do concurso público, inscrições de candidatos, homologação das inscrições, prova escrita, entrevista dos aprovados na prova, capacitação e prova prática, realizadas no período de janeiro a março de 1996 para médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem e de junho a julho de 1996 para seleção dos agentes comunitários⁽¹⁰⁾. Na Ata 18/09 (CMS/POA, 2009)⁽¹⁴⁾, decorrente de Sessão Extraordinária, ocorrida em 12 de agosto de 2009, há registros da cronologia de fatos ocorridos (desde março 2007 até setembro de 2009) que envolvem a gestão da Atenção Primária em Saúde de Porto Alegre e suas relações contratuais com a Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS) e Instituto Sollus. No que diz respeito ao período compreendido entre março a agosto de 2007 encontraremos:

1) Março de 2007, a Prefeitura Municipal de Porto Alegre deixa de pagar a Taxa de Administração à FAURGS, que em julho do mesmo ano não renova o Contrato de Prestação de Serviços. 2) Julho de 2007, a FAURGS rescinde o contrato de trabalho de 731 profissionais de PSF. 3) 2 de agosto de 2007, o Conselho Municipal de Saúde delibera pela manutenção do contrato com a FAURGS até a realização de Concurso Público (Resolução 370) e rejeita contratos com OSCIPs. (...) 7) 20 de agosto de 2007, o Ministério Público Federal, o Ministério Público Estadual e o Ministério Público do Trabalho emitem recomendação ao Prefeito Municipal, orientando que se abstenha de contratar profissionais para a área de Atenção Básica à Saúde do município, sem realização de Concurso Público, estabelecendo o prazo de 12 meses para a realização dos concursos e admissão dos profissionais. 8) 22 de agosto de 2007, é publicado edital de seleção e contratação de pessoal pelo Instituto Sollus – PSF_ Porto Alegre.⁽¹⁴⁾

O período compreendido entre agosto a outubro de 2007 é marcado por

entraves jurídicos e legais, destacando-se: bloqueio da efetivação do Convênio com o Instituto Sollus pelo Tribunal de Contas do Estado; Secretário de Saúde anuncia que há estudos de medidas jurídicas para assegurar a parceria com o Instituto Sollus; o Instituto Sollus passa a contratar os profissionais do PSF, com exceção dos Agentes Comunitários de Saúde, que são admitidos, através de contrato temporário pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre; reunião com o Ministério Público Estadual, solicitada pelo Conselho Municipal de Saúde, onde é entregue a Prestação de Contas, planilhas financeiras e planos operativos ao convênio com Instituto Sollus; Promotoria de Justiça de Defesa do Patrimônio Público do Ministério Público Estadual recomenda ao Senhor Prefeito suspender de imediato os repasses de verbas ao Instituto Sollus⁽¹⁴⁾. Importante apontar que após as denúncias realizadas pelo CMS/POA, foi firmado um Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta (TAC)⁽¹⁵⁾ entre SMS/POA e Ministério Público do Trabalho e Ministério Público Estadual, em 03 de setembro de 2007, com finalidade de obrigar o município realizar concurso público para a área da APS⁽¹⁴⁾. Desta forma, como resposta da gestão municipal, o projeto de implantação do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) se consolidava.

No período compreendido entre abril de 2008 a maio de 2009, constataram-se irregularidades no uso dos recursos repassados ao Instituto Sollus. A Prefeitura de Porto Alegre, em agosto de 2009, não renova o contrato com o Instituto Sollus e inicia processo de conveniamento com a Fundação de Cardiologia⁽¹⁴⁾.

De acordo com Mesquita⁽¹⁶⁾, após a péssima experiência com a gestão do Instituto Sollus, a Fundação Universitária de Cardiologia (FUC)/Instituto de Cardiologia, uma fundação pública de direito privado assume a responsabilidade de gerir os grupos do ESF, permanecendo até 2012, momento em que o IMESF já estava lentamente começando seus trabalhos, sendo assim, não houve a renovação do contrato vigente com a FUC.

No início da gestão Fortunati (2010), foi sugerida a criação de uma fundação pública de direito privado que teria como única atribuição gerir a ESF. A sugestão deu início a várias discussões entre representantes do controle social (CMS e Sindicatos), executivo e legislativo municipal, começando uma disputa entre o ser ou não ser aprovada a criação dessa nova instituição, em razão de sua legalidade constitucional⁽¹⁶⁾.

Apesar dos esforços contrários para a não criação, o Instituto Municipal de Estratégia da Família de Porto Alegre (IMESF) foi institucionalizado através da Lei 11.062, de abril de 2011. No mesmo dia de sua criação, processo judicial de inconstitucionalidade foi impetrado por 17 entidades (sindicatos, associações e CMS/POA)⁽¹⁶⁾.

A permanência do IMESF ao longo dos anos (2012 a 2020) foi pautada pela briga judicial instaurada em várias instâncias até culminar com sua inconstitucionalidade por decisão proferida pela Ministra do Supremo Tribunal Federal (STF) Rosa Weber. Cabe registrar que tal acontecimento se deve principalmente ao fato de que, em 2019, o executivo municipal decidiu não mais fazer recursos judiciais.

Os processos de mudanças, na rede de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre, implantados pela gestão municipal anterior (2017-2020), prosseguem na atual gestão municipal (2021-2024). Entre estas mudanças, destaca-se a extinção do Instituto Municipal de Estratégia da Saúde de Porto Alegre (IMESF) tendo como justificativa o julgamento de sua inconstitucionalidade perante o Superior Tribunal Federal (STF). Concomitante, a contratualização da rede hospitalar para gestão da assistência nas diversas unidades básicas se fazia de forma paulatina, mesmo sem levar em conta as diversas discussões sobre o tema que ocorriam em vários espaços: Conselho Municipal de Saúde (CMS), Conselhos Distritais de Saúde (CDS), sindicatos e outros órgãos institucionais como o Ministério Público e Justiça do Trabalho.

A gestão atual, ao instituir o decreto de Redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre (Decreto Lei n. 21.315 de 29 de dezembro de 2021)⁽⁷⁾, ignorou o papel consultivo e deliberativo do CMS. Neste aspecto, não há como deixar de registrar a manobra do executivo municipal junto a sua base de vereadores quando da criação da Lei Complementar (LC) n. 955/22⁽¹⁷⁾ que redefiniria competências do CMS assim como na estrutura de seu colegiado, além de dar poder de veto ao Secretário de Saúde do município. Mesmo aprovada, a lei está suspensa por decisão judicial até julgamento final. Registra-se que:

A decisão baseou-se na iminência da capital deixar de receber os repasses financeiros para o Fundo Municipal de Saúde tendo em vista que a LC 955 não cumpre os requisitos de Conselho de Saúde com composição paritária de acordo com regimentos federais e afasta o

caráter deliberativo do Colegiado também previsto em lei⁽¹⁸⁾

Depreende-se, através desta situação, que há a existência de divergências políticas ou ideológicas nas relações institucionais entre a gestão pública municipal, representada pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, e controle social formal, representado pelo CMS/POA. As diferenças de administração e organização existentes entre estas instituições são fatores que podem dificultar a elaboração e implantação de políticas públicas de saúde.

2 REFERENCIAIS TEÓRICOS

Com os referenciais teóricos elencados, busca-se o aprofundamento reflexivo de temas costurados de forma direta ou indireta ao tema central que é territorialização em sua relação com economia da prestação de serviços na área da APS.

3.1. Administração Pública

A Administração Pública possui um conjunto de órgãos e entes, que exercem uma série de atos administrativos, celebrando contratos e prestando serviços públicos, vinculados ou discricionários, visando à satisfação de necessidades públicas em detrimento do privado, podendo-se se apresentar de duas formas: direta e indiretamente, através de órgãos e entidades representativas do Estado-Administrador, buscando respeitar e resguardar a constituição e ordem pública⁽¹⁹⁾.

Conforme Santos⁽¹⁹⁾, “a pessoa Estatal é regida pelos princípios constitucionais previstos no artigo 37 da Constituição Federal, quais sejam: Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência” (pág.250), dotando o Estado de poderes administrativos, visando o melhor para com os seus administrados. Desta forma, a Administração Pública traz consigo atribuições: social, democrática e livre, cabendo aos agentes públicos, no exercício de suas funções, a prática de atos, com intuito de satisfazer o interesse coletivo.

Para Lozano (s/d)⁽²⁰⁾, existem três modelos de Administração Pública: Patrimonialista; Burocrática e Gerencial.

Na noção Patrimonialista, tem-se que o aparelho do Estado é visto como uma extensão dos domínios do governante, onde capitalismo e democracia tornam-se dominantes; a sociedade civil e o mercado se distinguem do Estado⁽²⁰⁾.

Na noção Burocrática, temos, com a ascensão do Estado liberal, diretrizes como: a existência de princípios orientadores dos procedimentos; o desenvolvimento dos sentidos de profissionalismo e capacitação técnica, impondo a ideia de noções de carreira com base em hierarquia funcional, impessoalidade e formalismo⁽²⁰⁾.

O paradigma Gerencial apresenta-se como uma alternativa modernizadora do aparelho do Estado, buscando tornar suas ações de gestão direcionadas para a eficiência, eficácia e efetividade. Assim, busca avançar sobre o modelo burocrático na medida em que enfatiza processos voltados para/aos “fins” com vistas ao deslocamento da noção de “interesse do Estado” para “interesse público”⁽²⁰⁾. Os princípios do paradigma Gerencial são: descentralização das decisões; horizontalização das estruturas; descentralização de funções; controle por resultados; incentivos à criatividade; orientação para o cidadão-cliente. Na verdade, podemos dizer que o paradigma Gerencial tem como modelo a política neoliberal de governar. Neste aspecto, o modelo neoliberal em saúde caracteriza-se pela descentralização dos serviços e retirada substancial da administração e organização dos serviços da gestão municipal nos territórios de saúde com repasse das obrigações às instituições contratadas. Assim, um dos objetivos da gestão municipal é a implantação de programas de saúde por metas atreladas à Carteira de Serviços. Aponta-se que tais medidas não contemplam os preceitos da territorialização.

3.2 Territorialização

Segundo a Portaria 2436 de 21 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde (MS)⁽³⁾, Territorialização e Adstrição são diretrizes da Atenção Básica, permitindo:

o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção,

prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

Para Colussi e Pereira⁽²¹⁾,

o território, no contexto do sistema de saúde brasileiro, tem definições político-organizativas desde o seu princípio, quando a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) definiu que o município passaria a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde da sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território (pág.19).

Conforme Gondim e Monken⁽²²⁾, “os territórios, no setor saúde, são estruturados por meio de horizontalidades, constituindo-se em uma rede de serviços, devendo ser ofertada pelo Estado a todo cidadão em seu direito de cidadania”(pág.394). Assim, a organização e a operacionalização do espaço geográfico é pautada pelo pacto federativo e por instrumentos normativos assegurados pelos princípios e diretrizes do Sistema de Saúde regidos pela Constituição Federal de 1988⁽¹⁷⁾.

Gondim e Monken⁽²²⁾ salientam que a territorialização pode expressar também pactuação em relação a delimitação de unidades fundamentais de referência, devendo estruturar funções associadas ao conjunto da atenção em saúde. Para que isso ocorra, deve haver o envolvimento da organização e gestão do sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de oferta de serviços por meio de fluxos de referência.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de Estudo de Caso (Ex-pos facto), do tipo qualitativo, descritivo, exploratório, documental com ênfase na análise de conteúdo das discursividades (conselheiros municipais, representantes da gestão pública e população assistente) que se encontram na gravação da Plenária Ordinária Virtual do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre de 07 de outubro de 2021⁽⁴⁾. Entende-se que se trata de estudo com foco nas discussões (discursividades) ocorridas, buscando assinalar temas com questões pertinentes a Administração

Pública e os preceitos que dizem respeito a territorialização. Neste aspecto, é importante registrar o papel institucional do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA) e de seus Conselhos Distritais de Saúde (CDS), com o intuito de reforçar a importância das plenárias em todos os seus níveis de representação. Desta forma, justifica-se a escolha específica da Plenária Ordinária acima citada, considerando que oportuniza a análise do debate entorno do tema.

3.1 O contexto observado

O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA) foi criado em 20 de maio de 1992. As atribuições do CMS/POA foram instituídas com base na Constituição Federal. Conforme as diretrizes da Resolução n. 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, é instância deliberativa de planejamento, fiscalização e avaliação permanente do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre⁽²³⁾. O CMS/POA tem caráter de colegiado (integrado por representantes do governo, profissionais de saúde, usuários e prestadores de serviços) sendo sua composição, organização e competências fixadas na Lei Federal n. 8.142/90⁽²⁾ e na Lei Municipal Complementar n. 277/92⁽²³⁾. As instâncias representativas, descentralizadas e regionalizadas do CMS/POA nos vários distritos de saúde de Porto Alegre são os Conselhos Distritais de Saúde (CDS). O (CDS) tem função deliberativa de planejamento, fiscalização e avaliação do Sistema Único de Saúde na sua área de abrangência (correspondente ao espaço geográfico do Distrito de Saúde), ficando sua criação, modificação, fusão, incorporação ou extinção sujeita à aprovação do Plenário do CMS/POA⁽¹¹⁾.

O contexto escolhido para observação e análises do estudo realizado foi a Plenária Ordinária Virtual do CMS/POA, realizada em 07 de outubro de 2021, gravada e com acesso ao público, disponível através do endereço

eletrônico: [https://www.facebook.com/conselhodesaudeportoalegre/videos/1250047](https://www.facebook.com/conselhodesaudeportoalegre/videos/1250047918775001)

918775001⁽⁴⁾. A pauta da plenária versou sobre o tema: “Territorialização e Distritos de Saúde: Proposta de mudança da organização das Gerências Distritais de Saúde”. Para tanto, houve apresentação da proposta pela Diretora da Atenção Primária e, na sequência, foi realizada a explanação pelo (convidado) Professor Alcides Miranda (docente da Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS) para subsidiar o debate sobre a proposta apresentada pela SMS/POA. Após as explanações dos palestrantes (Diretora

da Atenção Primária e Professor convidado), foi oportunizado momento para manifestação dos conselheiros (10 inscritos do plenário) e presentes no chat do Facebook (5 perguntas). Logo em seguida, representantes da Gestão e Professor convidado tiveram mais 10 minutos, cada um, para tecer suas manifestações.

Fizeram parte, como membros desta plenária e, portanto, com direito a voto: Coordenação do CMS/POA, Conselheiros (as) Distritais, Representantes de instituições vinculadas de forma direta ou indireta a área da saúde (Controle Social instituído) e Representantes do governo municipal. Salienta-se que durante a plenária houve a presença oscilante de 48 conselheiros ou suplentes. Contudo, com base na declaração redigida pelo Coordenador do CMS/POA votaram 26 conselheiros, resultando na reprovação da proposta de unificação das gerências distritais de Porto Alegre com o seguinte resultado: 4 votos a favor, 22 contrários e zero abstenções. Ao final, foram feitos encaminhamentos.

3.2 Os sujeitos do contexto

A fim de preservar a identidade dos sujeitos, utilizamos um sistema de codificação. Isto é, para os presentes no chat do Facebook, utilizou-se as letras “CFB”. Contudo, como no Plenário houve a presença de Conselheiros Distritais, Professor Convidado e representantes da gestão municipal, utilizou-se: PCD (Plenário Conselheiro Distrital); PPC (Plenário Professor Convidado); PRG (Plenário Representantes da Gestão) e para que não ocorressem repetições ou confusão de ideias, após a colocação das siglas, foram acrescentadas as iniciais de seus respectivos nomes entre parênteses, identificados no vídeo da plenária ocorrida.

4 DISCURSIVIDADES EM ANÁLISE

Nesta seção, apresenta-se análise sobre discursividades que surgiram, durante a realização da Plenária Ordinária do CMS/POA que ocorreu em 07 de outubro de 2021⁽⁴⁾, nas discussões presentes entre representantes da gestão municipal de saúde de Porto Alegre e CMS/POA, com vistas ao tema: “Redimensionamento das Gerências Distritais: economia em saúde”?

Michel Foucault⁽²⁴⁾ utiliza o conceito de discursividade para descrever as práticas sociais por meio das quais o discurso é formado, regulado e utilizado como instrumento de poder e como as instituições exercem poder sobre ele, contribuindo para a formação de discursividades específicas em diversos contextos sociais.

O redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre reduziu o número de gerências de 8 para 4. Esta medida foi justificada pela gestão pública (Diretoria da Atenção Primária em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre) com a necessidade de melhorar a eficiência e a eficácia do gerenciamento de saúde nos territórios de Porto Alegre.

Uma das justificativas para este redimensionamento, segundo a gestão de saúde municipal, é permitir uma melhor coordenação entre as gerências distritais, resultando em um atendimento mais eficiente e humanizado à população.

Para PRG (CS), Diretora da Atenção Primária em Saúde de Porto Alegre,

A gente tem atendimentos que são avaliados, essa carteira de serviços são 28 atendimentos, 5 deles são de saúde bucal e 23 são atendimentos médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde... São atendimentos. (...) Mas, a ideia da carteira de serviços é a gente conseguir oportunizar para todas as unidades. Vou dar o exemplo que a gente quer que isso aconteça. E, a gente vem trabalhando. A colocação de DIU nas mulheres, dentro das unidades de saúde.

Em relação a carteira de serviços, é importante compreender que não pode ser encarada como padronização de serviços prestados às diferentes populações. Há de se compreender como certo tipo de normatização que tem em sua essência certas limitações, considerando-se as necessidades de saúde da população adscrita nos diversos territórios da capital. Conforme CFC (GS), é a “*carteira de serviços essa que também restringe a importância do território e a reduz a multiprofissionalidade*”.

Cunha *et al.*⁽²⁵⁾ registram que o Ministério da Saúde do Brasil propôs diversas estratégias de fortalecimento da APS através da criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), em maio de 2019. Uma das estratégias desenvolvidas pela SAPS foi a elaboração da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde

(CASAPS), visando buscar a integralidade do cuidado nas ações desenvolvidas por equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. Na carteira nacional de serviços para a APS, foram definidos 210 itens, com ações previstas de integração entre atenção primária e vigilância em saúde.

Para Cunha *et al.*⁽²⁵⁾, a carteira nacional poderá ser adaptada às realidades e contextos municipais em cada uma das unidades federativas. Neste aspecto, chama atenção a discrepância constatada entre o número de itens definidos na carteira de serviços da SAPS e o número de atendimentos/procedimentos definidos pela Diretoria de Atenção Primária de Porto Alegre na carteira de serviços da APS. A economia de escala pode ser uma estratégia eficaz para reduzir os custos da APS. No entanto, é importante considerar os possíveis aspectos negativos dessa estratégia.

Um dos principais aspectos negativos da economia de escala na APS é o risco de perda da qualidade do atendimento. Isso ocorre porque a busca pela eficiência pode levar à redução da equipe, à diminuição do tempo de atendimento e à perda da atenção individualizada.

Outro aspecto negativo da economia de escala na APS é o risco de exclusão social. Isso ocorre porque a oferta de serviços integrados e especializados pode ser mais acessível a pessoas de maior renda e escolaridade. Neste aspecto, aponta-se como fator colaborador a contratualização da rede privada para a administração e organização nos diversos territórios de saúde.

As discursividades manifestadas no Plenário do CMS, pelo Professor convidado e participantes do chat do Facebook, levantaram questionamentos e argumentos contrários, tanto em relação a questões de ordem econômica (oferta de serviços de saúde) quanto de organização e gestão dos serviços no que diz respeito a sua proximidade dos territórios e, conseqüentemente, das pessoas e de suas necessidades de saúde. Neste aspecto, houve argumentos que o redimensionamento levará ao aumento da burocracia e distanciamento entre a população e os serviços de saúde. Além disso, houve discursividades que levantaram hipóteses de que este redimensionamento poderia prejudicar a autonomia das gerências distritais,

dificultando a implantação de políticas públicas próprias e direcionadas às necessidades e características de cada território.

Em relação a temas de ordem econômica, atrelados a questões de ordem de gestão, a fala de PPC (AM) sobre economia de escala/varejo e economia de escopo oportunizou subsídios para debate sobre o redimensionamento gerencial em saúde nos territórios. Assim, registra-se:

(...) vocês já ouviram falar muito da idéia de redes, redes de cuidado, redes de atenção à saúde... E, aí, inclusive, isso é muito importante porque a rede denota um arranjo ao mesmo tempo descentralizado e centralizado. Mas, o que é descentralizado? O que é centralizado? Eu vou usar dois conceitos aqui da economia que você já deve ter ouvido falar bastante também... Mas, para dizer que embora eles sejam complementares, eles são distintos. Há uma idéia de economia de escala. (...) Qual é a idéia de economia de escala? Eu centralizo alguns fluxos. Eu centralizo algumas coisas para diminuir custos... O que daria bom resultado na saúde em termos de economia de escala? Eu centralizar compras, eu centralizar sistemas de apoio, de suporte. Uma outra idéia que também vem da economia, mas a gente usa muito na saúde é a idéia de economia de escopo. (...) Mas, a economia de escopo tem a ver com o seguinte... A economia não é conjugada só pela idéia do que foi gasto no orçamento, mas a idéia de custo social.

Neste sentido, ocorreram manifestações no chat do Facebook. CFB (ES) assinalou a seguinte observação: *“custo social para área de saúde deveria ser prioridade”*. Para CFB (GG), *“a economia de escopo se mede analisando melhorias do estado de saúde e acesso da população aos serviços”*.

Para Silva⁽²⁶⁾, a economia de escala é:

obtida quando o custo médio dos procedimentos diminui pelo bom aproveitamento da capacidade instalada, com distribuição de custos fixos para o maior número possível de procedimentos, eliminando ociosidades e desperdícios (pág. 2756).

Para Szwarcfiter e Dalcol⁽²⁷⁾ economia de escala está dentro das chamadas Economias de Especialização, sendo assim:

A divisão do trabalho e a consequente especialização constitui talvez o alicerce mais importante das economias de escala na produção em massa e, mais ainda, segundo muitos economistas políticos e sociólogos, uma das mais importantes características da produção industrial no modo de produção capitalista (pág. 120).

Em uma lógica contrária, a economia de escopo se obtém:

ampliando a gama de serviços oferecidos pela unidade assistencial, com isso reduzindo também os custos fixos pelo fato de eles se diluírem em tipos diferentes de procedimentos como ocorre, por exemplo, com unidades de APS de maior porte, que agregam alguns serviços ambulatoriais especializados e de diagnose-terapia⁽²⁶⁾ (pág. 2756).

Para Mendes⁽²⁸⁾, “Economia de escala, economia de escopo, disponibilidade de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização das redes de atenção à saúde”(pág.17).

A conjugação de economia de escala com economia de escopo é pertinente na área da saúde. Contudo, importante ressaltar a ênfase dada a cada uma nos diversos níveis de produção de serviços em saúde. Porém, há de se registrar que a ênfase a ser dada em APS deve ser pautada pela economia de escopo. Para tanto, é importante considerar os preceitos ancorados na territorialização. Neste aspecto, territorialização e economia de escopo são dois conceitos que podem se complementar. Desta forma, ao estabelecer uma presença física em um determinado território, uma unidade básica de saúde, por exemplo, pode reduzir seus custos e aumentar sua eficiência, o que pode levar a vantagens sobre distanciamentos provocados por certas centralizações gerenciais.

5 CONSIDERAÇÕES

Compreende-se que estas considerações não são finais, tendo em vista seu caráter temporário e possibilidades de interpretação daqueles que irão ler este trabalho.

É importante considerar que os pressupostos que embasam a territorialização, elencados na Portaria do Ministério da Saúde n. 2.436 de 2017, sejam ferramentas norteadoras para a saúde das pessoas nos mais diversos territórios. Desta forma, não há como falar em Atenção Primária em Saúde (APS) sem falar em descentralização de gestão, gerencial e assistencial. Contudo, importante ressaltar que descentralização dos serviços de administração e organização das unidades de saúde com a rede contratualizada trás indagações quando da diminuição do número de coordenadorias de saúde e a função efetiva e eficaz de fiscalização das ações nos vários territórios de saúde de Porto Alegre. Neste contexto, concentração administrativa da gestão pública de saúde, através

do redimensionamento das gerências distritais de saúde, torna-se contraditória.

O processo de territorialização permite a construção da integralidade, da humanização e da qualidade na atenção e gestão em saúde, estimulando a afirmação da vida pelo desenvolvimento e estímulo à autodeterminação dos diferentes sujeitos envolvidos (usuários, população e profissionais de saúde).

Ficou evidenciado que, em saúde, a conjugação de economia de escala com economia de escopo é pertinente. Contudo, importante ressaltar a ênfase dada a cada uma nos diversos níveis de produção de serviços em saúde. Assim, há de se registrar que a ênfase a ser dada em APS deve ser pautada pela economia de escopo. Para tanto, é importante considerar os preceitos ancorados na territorialização. Neste aspecto, territorialização e economia de escopo são dois conceitos que podem se complementar.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Prod [Internet]. Acessado em: 02 de fevereiro de 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
2. BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Prod [Internet]. Acessado em: 02/02/2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.
3. BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017. Prod [Internet]. Acessado em: 02/02/2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html#:~:text=%2D%20Territorializa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Adstri%C3%A7%C3%A3o%3A%20de%20forma,que%20constituem%20aquele%20espa%C3%A7o%20e.
4. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Plenária Ordinária Virtual. 07 de outubro de 2021. Prod [Internet]. Acessado em: 02/02/2022. Disponível em: https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch_permalink&v=1250047918775001.
5. MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. Decreto Lei n. 13.820 de 25 de julho de 2002. Prod [Internet]. Acessado em 03/02/2022. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/rs/p/porto-alegre/decreto/2002/1382/13820/decreto-n-13820-2002-institui-as-gerencias-distritais-regionais-e-o-hospital-materno-infantil-presidente-vargas-na-sms-cria-e-altera-subordinacao-de-uts-exclui-lota-altera-denominacao-basica-e-classificacao-de-ccs-e-fgs-altera-a-estrutura-da-sms-os>

itens-12-e-18-do-anexo-ao-decreto-n- 8713-86-o-inc-xii-do-art-2-do-decreto-n-9391-89-e-da-outras-providencias

6. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. 2016-2021. Prod [Internet]. Acessado em : 03/02/2022. Disponível em: https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_pcd.pdf.

7. MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. Decreto Lei n. 21.315 de 29 de dezembro de 2021. Prod [Internet]. Acessado em: 03/02/2022. Disponível em : <https://leismunicipais.com.br/a1/rs/p/porto-alegre/decreto/2021/2132/21315/decreto-n-21315-2021-consolida-a-estrutura-organizacional-da-secretaria-municipal-de-saude-sms-nos-termos-das-leis-municipais-n-2662-de-18-de-dezembro-de-1963-e-n-7414-de-14-de-abril-de-1994-e-revoga-o-decreto-n-21157-de-8-de-setembro-de-2021-e-o-art-1-do-decreto-n-13820-de-25-de-julho-de-2002?r=p>.

8. MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. Decreto Lei n. 21.157 de 08 de setembro de 2021. Prod [Internet]. Acessado em: 02/02/2022. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/rs/p/porto-alegre/decreto/2021/2115/21157/decreto-n-21157-2021-consolida-a-estrutura-organizacional-da-secretaria-municipal-de-saude-sms-nos-termos-das-leis-municipais-n-2662-de-18-de-dezembro-de-1963-e-n-7-414-de-14-de-abril-de-1994-e-revoga-o-decreto-n-20-422-de-6-de-dezembro-de-2019>.

9. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. Carteira de Serviços de Atenção Primária à Saúde. Prod [Internet]. Acessado em: 02/02/2022. Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/cartadeservicos/Carteira%20de%20Servi%C3%A7os%20APS%20POA.pdf.

10. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. PORTFÓLIO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. MAIO/2023. Prod [Internet]. Porto Alegre. Acessado em: 21/10/2023. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1zjmGa3kmKJTfDoyc4LfdSfY5Nykgig9q/view>.

11. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Conselhos Distritais de Saúde. Prod [Internet]. Acessado em: 14/05/2023. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p_secao=71.

12. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE . Secretaria Municipal de Saúde. EDITAL 22/2022 – CHAMAMENTO PÚBLICO. Prod [Internet]. Acessado em: 20/10/2023. Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/secretarias/smap/DLC/EDITAL%20CH%2022_2022.pdf.

13. MARTINI, JG. Implantação do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre. R. Bras. Enferm. Brasília, v. 53, n. especial, p. 71 -76, dez. 2000. Prod [Internet]. Acessado em: 28/01/2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/m4T6fL7m765Jkg5wkQmyjYJ/?lang=pt>.
14. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. ATA 18/09. 12 de agosto de 2009. Prod [Internet]. Acessado em: 14/05/2023. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/ata_18-09.pdf.
15. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta. Prod [Internet]. Acessado em: 21/10/2023. Disponível em: https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/tac_psf_2007.pdf termo de compromisso de ajustamento de conduta 03 set 2007.
16. MESQUITA, ALN. O Avanço do Modelo Liberal Nas Políticas Públicas de Saúde de Porto Alegre: Uma análise das organizações privadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Ciências Administrativas. Porto Alegre, 2021. Prod [Internet]. Acessado em: 15/05/2023. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/237899>.
17. MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. Lei Complementar 955/22. Prod [Internet]. Acessado em: 14/06/2023. Disponível em: https://www.camarapoa.rs.gov.br/draco/processos/137166/LC_955.pdf.
18. SINDICATO DOS MUNICIPÁRIOS DE PORTO ALEGRE – SIMPA. MP ingressa com ação para suspender alteração no Conselho Municipal de Saúde. Prod [Internet]. Acessado em: 18/05/2023. Disponível em: <https://simpa.org.br/mp-ingressa-com-acao-para-suspender-alteracao-no-conselho-municipal-de-saude/>.
19. SANTOS, F. Considerações sobre os direitos e garantias fundamentais dos usuários de serviços públicos e contratos administrativos: contributos da Lei 13.460/2017. Revista Direitos Fundamentais e Alteridade, Salvador, V.3,n.2, p.249-273,jul-dez, 2019. Prod [Internet]. Acessado em: 15/05/2023. Disponível em: <https://periodicos.ucsal.br/index.php/direitosfundamentaisealteridade/article/view/748/562>.
20. LOZANO, JRL. Fundamentos conceituais de administração pública. ADM.PÚBLICA I. (s/d). Prod [Internet]. Acessado em: 20/05/2023. Disponível em: http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3843/material/01_FUNDAMENTOS%20ADM%20P%C3%A9BLICA_1.pdf.
21. COLUSSI, CF.; PEREIRA, KG. Territorialização como instrumento no planejamento local na Atenção Básica [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2016. Acessado em: 15/01/2023. Disponível em:

https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf.

22. GONDIM, GMM.; MONKEN, M. Territorialização em Saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev.ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, pág. 392-399. Prod [Internet]. Acessado em: 12/05/2023. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada>.

23. CONSELHO MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. O CMS/POA. Acessado em: 14/05/2023. Prod [Internet]. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p_secao=1994.

24. FOUCAULT, M. A ordem do discurso. 8ª. ed., São Paulo: Edições Loyola, 2002.

25. CUNHA, CRH. et all. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Associação Brasileira de Saúde Coletiva.25(4).pág.1313 -1326. 2020. Prod [Internet]. Acessado em: 30/09/2023. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/carteira-de-servicos-da-atencao-primaria-a-saude-garantia-de-integralidade-nas-equipes-de-saude-da-familia-e-saude-bucal-no-brasil/17480?id=17480>.

26. SILVA, SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. Associação Brasileira de Saúde Coletiva.16(6).pág.2753 -2762. 2011.Prod [Internet]. Acessado em: 02/09/2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>.

27. Szwarcfiter C, Dalcol PRT. Economias de escala e de escopo: desmistificando alguns aspectos da transição. Prod [Internet]. 1997Dez;7(2):117–129. Acessado em: 22/09/2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65131997000200001>

28. MENDES, EV. A modelagem das redes de atenção à saúde. Secretaria de Estado de Minas Gerais. 2007. Prod [Internet]. Acessado em: 20/09/2023. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0260.pdf>.