

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA - PPGeo**

WERÔNICA MARIA BRITO SANTOS

**A NOVA CARTOGRAFIA SOCIAL – PARTICIPAR E MAPEAR:
VIVÊNCIAS DOS USUÁRIOS DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL
DE SAÚDE (CIS) NO NORTE DE MINAS GERAIS**

**MONTES CLAROS – MG
JULHO DE 2018**

WERÔNICA MARIA BRITO SANTOS

**A NOVA CARTOGRAFIA SOCIAL – PARTICIPAR E MAPEAR: VIVÊNCIAS DOS
USUÁRIOS DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE (CIS) NO NORTE DE
MINAS GERIAS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte dos requisitos para conclusão do curso.

Área de concentração: Dinâmica e Análise Espacial

Linha de Pesquisa: Território, Cultura e Meio Ambiente

Orientador: Professor Doutor Cássio Alexandre da Silva

**MONTES CLAROS – MG
JULHO DE 2018**

Santos, Werônica Maria Brito.

A nova cartografia social – participar e mapear [manuscrito] : vivências dos usuários do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) no Norte de Minas Gerais / Werônica Maria Brito Santos. – Montes Claros, 2018.

115 f. : il.

Bibliografia: f. 106-115.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Geografia/PPGEO, 2018.

Defesa: 30/07/2018.

Orientador: Prof. Dr. Cássio Alexandre da Silva.

1. Nova cartografia social. 2. Território. 3. Política de saúde. 4. Norte de Minas (MG). I. Silva, Cássio Alexandre. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título. IV. Título: Vivências dos usuários do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) no Norte de Minas Gerais.

WERÔNICA MARIA BRITO SANTOS

**A NOVA CARTOGRAFIA SOCIAL – PARTICIPAR E MAPEAR: VIVÊNCIAS DOS
USUÁRIOS DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – CIS NO NORTE
DE MINAS GERAIS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte dos requisitos para conclusão do curso.

Área de concentração: Dinâmica e Análise Espacial

Linha de Pesquisa: Território, Cultura e Meio Ambiente

Data da aprovação: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Cássio Alexandre da Silva (Orientador)
Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Prof.^a Dr.^a. Ana Ivania Alves Fonseca
Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES

Prof.^a Dr.^a. Cátia Antônia da Silva
Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ

**MONTES CLAROS - MG
JULHO DE 2018**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai (in memoriam) Iremar Ferreira dos Santos e minha mãe Maria Natália Brito Santos, pelo amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, e por ter me possibilitado realizar o sonho de fazer o Mestrado em Geografia, a Nossa Senhora por passar na frente iluminando e rogando a Deus pela minha vida;

A minha Mãe Maria Natália agradeço imensamente o apoio e incentivo, as minhas irmãs Irenalia e Kelly sou grata as palavras de confiança, vocês são as que mais compartilham da minha alegria;

A todos os meus familiares que acompanharam a minha jornada de vida acadêmica;

Ao meu grande mestre Professor Cássio Alexandre da Silva, agradeço os ensinamentos acadêmicos e de vida ofertado de forma tão gentil. Quantos conhecimentos de caráter extremamente frutífero levarei comigo por onde for . Muito Obrigada!

Aos colegas do Mestrado pela amizade, orientações e recomendações ao longo desta caminhada;

Aos usuários do CIS de Capitão Enéas, que com muita humildade e sinceridade contribuíram para a concretização deste trabalho;

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Geografia (PPGEO) da Unimontes que transmitem o conhecimento levando nos a crê que a educação é o melhor caminho para uma sociedade justa, verdadeira e honesta;

A Universidade Estadual de Montes Claros por oferta cursos tão importantes a nossa região – Norte de Minas Gerais.

Enfim, *“Você não sabe o quanto eu caminhei Pra chegar até aqui Percorri milhas e milhas antes de dormir Eu nem cochilei Os mais belos montes escalei Nas noites escuras de frio Chorei” TONI GARRIDO (1998)*

Muito obrigada!

RESUMO

O presente estudo objetivou apresentar as territorialidades exercidas pelos eneapolitanos que utilizam os serviços de saúde via Consórcio Intermunicipal de Saúde – CIS Grão Mogol, no trajeto de Capitão Enéas e Montes Claros - MG, tendo como base as abordagens teóricas sobre os vários territórios da Geografia, a organização dos Consórcios de Saúde e o Mapeamento Participativo. O estudo foi desenvolvido a partir da base metodológica do Projeto da Nova Cartografia Social da Amazônia – PNCSA, cujo um de seus instrumentos consiste em registrar relatos e representações no processo de automapeamento do território estudado. Dentre os critérios estabelecidos para a pesquisa usou-se de fontes bibliográficas referenciadas em autores que abordam o tema. Os resultados do estudo permitiram entender que ao dar voz aos usuários do CIS Grão-Mogol de Capitão Enéas espera-se criar e oportunizar melhorias para a organização das políticas públicas, mostrando as reivindicações coletivas e apresentando a participação ativa da sociedade no processo de produção social do espaço.

Palavras-chave: Nova Cartografia Social. Território. Política de saúde. Norte de Minas.

ABSTRACT

The present study lens to show the territories practiced by the population from Capitão Enéas that uses the health service by association of the municipality side of healty CIS Grão Mogol, in the Route Between Capitão Enéas and Montes Claros - MG, having as Base the Theoretical Approaches About the Various Territories of Geography, the organization of the associations of health and the participated work with the map of this. The Study was developed having as inspiration the method base of the new Social Cartography of Amazônia PNCSA, that have with one of his instruments in this map and looks to register narratives the process of the create of a map of the studied territory in the established criterious to the research was used some bibliographies with references in authors that approach the subject the results of the study let to understand that giving voice to the people that uses the CIS Grão Mogol of Capitão Enéas wait to criate and give opportunity to improve to the organization of the public politics showing the collectives demands and presenting the active participation the society in the process of the social production of space.

Key words: New Social Cartography; Territory; Politic of Health; North of Minas.

LISTA DE SIGLAS

CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde

CIS GRÃO MOGOL - Consórcio Intermunicipal de Saúde de Grão Mogol

SUS - Sistema Único de Saúde

MS - Ministério da Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PNCSA - Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia

LISTA DE FIGURAS/ TABELAS

FIGURA

Figura 1. Municípios Consorciados – CIS no Norte de Minas Gerais	67
Figura 2. Transporte utilizado pelos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas	71
Figura 3. Rodovias que ligam Capitão Enéas a Montes Claros	84
Figura 4. Estrada da Produção - Capitão Enéas a Montes Claros	85
Figura 5. Oficinas de Mapa Mental do trajeto / Capitão Enéas a Montes Claros	95
Figura 6. De Capitã Enéas a Montes Claros/MG – mapa coletivo	96

TABELA

Tabela 1. Municípios, Macrorregiões e População consorciados no CIS Grão Mogol	71
---	----

LISTA DE QUADROS / GRÁFICOS

QUADRO

Quadro 1. Procedimentos metodológicos adotados na Pesquisa de Campo 25

Quadro 2. Categorias de pesquisas e suas análises com base nas narrativas76

GRÁFICO

Gráfico 1. Quantidade de consórcio intermunicipal de saúde (CIS) por Unidade Federativa (UF) 2010 64

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. De Capitão Enéas a Montes Claros – Trajeto realizado pelo CIS Grão Mogol	23
Mapa 2. Localização Geográfica do município de Montes Claros/MG	52
Mapa 3. Divisão territorial dos CIS em Minas Gerais	61
Mapa 4. Municípios consorciados CIS Grão Mogol	70
Mapa 5. A Cartografia Social dos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas	97
Mapa 6. Localização e imagens de pontos relevantes no trajeto de Capitão Enéas a Montes Claros/MG.....	99
Mapa 7. De Capitão Enéas a Montes Claros - O trajeto dos usuários do CIS Grão Mogol	101

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1 - OS TERRITÓRIOS NA GEOGRAFIA.....	28
1.1 As representações territoriais.....	37
1.2 O território como base para a elaboração e implantação de políticas públicas.....	43
1.3 Territórios no norte de Minas Gerais, sua caracterização e formação.....	51
CAPÍTULO 2 - ORGANIZAÇÃO DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE.....	55
2.1 Consórcios e territórios.....	60
CAPÍTULO 3 - TERRITORIALIDADES E CARTOGRAFIA SOCIAL NA CONSTRUÇÃO PARTICIPATIVA.....	73
3.1 O mapeamento participativo dos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas – foco nas narrativas.....	74
3.1.1 Políticas de Saúde.....	77
3.1.2 O CIS Grão Mogol.....	81
3.1.3 A situação das estradas que ligam Capitão Enéas a Montes Claros.....	83
3.1.4 Demandas sociais, políticas, ambientais e econômicas.....	85
3.1.5 As territorialidades exercidas pelos usuários.....	88
3.1.6 Aspectos históricos e sociais.....	92
3.2 A construção coletiva de mapa do território de Capitão Enéas a Montes Claros-MG	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
REFERÊNCIAS.....	105

INTRODUÇÃO

O trabalho vincula-se à linha de pesquisa Território, Cultura e Meio Ambiente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Geografia da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) constitui-se como contribuição para a construção do conhecimento científico das territorialidades exercidas pelas pessoas que utilizam os serviços públicos de saúde via Consórcio Intermunicipal de Saúde CIS Grão Mogol de Capitão Enéas, através da Cartografia Social.

O conceito de território tem sido bastante usado por diversas ciências, entre elas, a Ciência da Saúde, como processo de reorientação do modelo assistencial da saúde pública brasileira, advindo da Constituição Federal de 1988, que implantou o Sistema Único de Saúde - SUS, reafirmando ser, a saúde, um direito de todos e dever do Estado. Iniciou-se assim um novo capítulo na história da saúde pública do país. O direito à saúde será alcançado mediante políticas sociais e econômicas que “visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988), cabendo ao poder público regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde, que integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem o SUS.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde - CIS, tema desta pesquisa, é uma inovação de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e surgiu na década de 1990 com o propósito de garantir o direito igualitário de saúde de toda a população brasileira, contribuindo assim para o aumento da eficiência e qualidade dos serviços ofertados, principalmente pelos municípios menores. É uma estratégia de cooperação entre municípios que assumem o compromisso mútuo de oferecer conjuntamente serviços de saúde à população racionalizando e economizando recursos, distribuindo tarefas e responsabilidades entre si e com os demais níveis governamentais.

O CIS Grão Mogol consorciado pelos municípios de Botumirim, Capitão Enéas, Cristália, Francisco Sá, Grão Mogol e Josenópolis tem Montes Claros como cidade pólo. O município de Montes Claros, enquanto metrópole regional, mantém convênio com todos os municípios citados, exerce uma função centralizadora, o que, estrategicamente influencia na receptividade dos que vão em busca de serviços ligados ao comércio, educação e principalmente a saúde. Conforme afirmação de Pereira (2007, p. 90) “a centralidade que Montes Claros exerce varia de acordo com o tipo de serviço procurado ou para atender os interesses das políticas setoriais do governo estadual”.

Montes Claros é uma cidade de porte médio¹, uma vez que, tem e exerce uma posição de importância para a região na qual se encontra inserida, tem forte relação interurbana e intraurbana, possuindo uma significativa especialização e diversificação econômica. Possuindo características que a colocam numa posição de centro regional uma vez que comanda as áreas do seu entorno e os municípios com menor diversidade de funções, a centralidade que Montes Claros exerce nos municípios do seu entorno assume grande importância quando se trata de analisar os serviços no setor de saúde. Com população absoluta, segundo o Censo demográfico do ano de 2010, de 361.915 habitantes, Montes Claros ocupa uma área de 3.568,941km², sendo que 94% pertencem à área urbana e 6% à zona rural. Sua densidade demográfica é de 101,41 hab/km² (IBGE, 2010). A população estimada para o município em julho de 2017 foi de 402.027 habitantes (IBGE, 2017).

Pereira (2007, p. 66), ao fazer referência ao significado de Montes Claros no Norte de Minas Gerais, ressalta que este município “exerce uma centralidade ímpar no setor de saúde”. Christaller (1966) ao incorporar os conceitos de localidades centrais e de centralidade, “os centros denominados localidades centrais e a centralidade é derivada de seu papel como centros distribuidores de bens e serviços, ou seja, das funções centrais que desempenham” (IBGE, 1987, p. 11).

Segundo França; Soares (2014) Montes Claros/MG é apontada em estudos de autores como: Amorim Filho, Bueno e Abreu (1982); Pereira e Lemos (2004); Pereira (2007); França (2012, 2007), como uma cidade média na região Norte de Minas. Ela exerce polarização e atração regional por concentrar diversas atividades econômicas e prestação de serviços, além da infraestrutura que possui. Dentre as atividades e os serviços presentes nessa cidade, que a credenciam como *lócus* regional, podem ser destacados o comércio diversificado de produtos e o serviço especializado de saúde que, em razão do planejamento estadual e federal, tem uma amplitude regional.

Foi com base na centralidade regional vivenciada por cidades como Montes Claros, referência em saúde no Norte de Minas Gerais e sul da Bahia, que houve a consolidação do SUS, onde o processo de descentralização de ações e serviços de saúde passou a ter um significado eficaz. A partir desse processo há maior participação e assistência a população, transparência na tomada de decisões e redistribuição de recursos na escala estadual e municipal. Isso exprime satisfação e melhorias sociais nos serviços direcionados à saúde ofertada, adaptando-os as condições locais.

¹ De acordo com o IBGE (2016), as cidades de porte médio são caracterizadas por concentrar uma população de 100.000 a 750.000 habitantes.

O município de Capitão Enéas, localizado no Norte de Minas Gerais, ocupa uma área de 971,576 km², e, segundo estimativas do IBGE (2017) conta com uma população de 15.237 habitantes². Esse município tem forte ligação com Montes Claros – MG no sentido de procura e oferta por serviços ligados a área de saúde, comércio e prestação de serviços. Montes Claros apresenta melhores estruturas, ações e dispõe de serviços ambulatoriais e hospitalares que conseguem atender a população local, a população de outros municípios do estado de Minas Gerais e da Bahia.

Segundo o Ministério da Saúde - MS (2010) a maior parte dos CIS encontram-se em Minas Gerais, estado reconhecido nacionalmente pela sua tradição em políticas de cooperação, tendo em vista sua grande dimensão territorial e o maior número de municípios dentre todos os estados brasileiros, contanto com 853 cidades.

Dividido em 66 microrregiões, o Norte de Minas, compreende sete microrregiões: Bocaiúva, Grão Mogol, Janaúba, Januária, Montes Claros, Pirapora e Salinas. A microrregião mais desenvolvida, é a de Montes Claros, uma vez que é composta por 22 municípios³ que mantêm relações muito estreitas com a cidade, tanto no comércio quanto no setor de serviços. Mantendo centralidade no setor de saúde Montes Claros foi credenciado como *lócus* regional devido à diversidade de atividades e serviços de alta e média complexidade existentes na cidade (PEREIRA, 2007). Neste contexto, Montes Claros - MG recebe diariamente milhares de pessoas a procura das diversas demandas ligadas ao setor de saúde, com destaque para a população dos municípios vizinhos que utilizam o transporte do CIS (micro ônibus)⁴ para se deslocar frequentemente até esta localidade em busca de consultas e exames especializados.

Segundo considerações de Heidmann *et al* (2006, p. 354), atualmente a promoção de saúde reforçou “a noção da determinação social da saúde” passando a valorizar os determinantes socioeconômicos e ambientais para estimular o compromisso político e provocar as transformações sociais capazes de promover melhorias em todos os aspectos da vida das pessoas. Os CIS ao promoverem uma articulação entre os municípios passaram a

² Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/capitao-eneas/panorama>. Acesso em 20 abril 2017

³ A microrregião de Montes Claros composta por vinte e dois municípios sendo: Brasília de Minas, Campo Azul, Capitão Enéas, Claro dos Poções, Coração de Jesus, Francisco Sá, Glaucilândia, Ibiracatu, Japonvar, Juramento, Lontra, Luislândia, Mirabela, Montes Claros, Patis, Ponto Chique, São João da Lagoa, São João da Ponte, São João do Pacuí, Ubai, Varzelândia e Verdelândia. (IBGE, 2011) Disponível em <https://observatoriodotrabalhonortedeminas.wordpress.com/montes-claros/> Acesso em 25 abril de 2017

⁴ Todos os micro-ônibus ofertados pelo CIS tem capacidade para transporta 28 passageiros. Cada município consorciado tem o seu micro-ônibus que faz o deslocamento dos usuários diário ou frequentemente rumo a outro município (polo) que consegue ofertar serviços especializados na área da saúde, carente no município de origem.

promover também grandes modificações do espaço que se dá pelas ações tecidas no cotidiano dos trajetos, da percepção de pessoas comuns.

As pessoas que utilizam o transporte do micro-ônibus do CIS constroem relações sociais específicas no território, já que realizam um percurso quase que diário. Cabe apresentar o desenvolvimento de uma Nova Cartografia Social que está sendo tensionada por (e em) diversos sentidos como forma de ver e viver o território de uso diário por parte de atores hegemônicos⁵.

A Nova Cartografia Social, por meio de cooperação técnico-científica busca registrar relatos e as representações no processo de automapeamento do território estudado, valorizando a percepção do indivíduo, além de observar e analisar diferentes formas do território em questão.

Os ‘mapas situacionais’ constituem um recurso de método para registro da diversidade das situações sociais, mostram situações contingentes, concretas e reveladoras de um determinado momento, passível de alteração, contudo, plenamente possíveis de espacialização, e chamam atenção para um processo de afirmação étnica e identitária, a partir de ‘realidades localizadas se processos sociais’ (ALMEIDA, 2005, p.101).

Cabe uma reflexão de como seria valioso para os estudos e projetos sociais, políticos e econômicos dialogar com outros saberes, com a fala dos sujeitos comuns, com a leitura do outro que age, luta, vive o cotidiano, produz e reproduz o espaço geográfico. Esses sujeitos comuns denominados nesta pesquisa de *sujeitos sociais*, por meio da análise de políticas (programas, projetos, serviços ou ações) públicas (re)configuram o território e possibilitam reais situações da construção da política como exercício a cidadania.

Este estudo serve-se de procedimentos de representação do Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia (PNCSA)⁶. Aqui se buscou apresentar as territorialidades exercidas pelos usuários que utilizaram os serviços de saúde ofertados no município de Capitão Enéas

⁵ Os objetos cartográficos estão sendo utilizados como leituras (sociais) do território que são confrontadas às oficiais e/ ou de atores hegemônicos, mas também como instrumentos de (fortalecimento de) identidade social e de articulações políticas – ou seja, na sua plenitude de instrumento de representação que exprime a realidade (segundo pontos de vista, posições definidas) e também ajuda a construir a própria realidade. (RIBEIRO, 2011, p. 44)

⁶ O Projeto Nova Cartografia Social na Amazônia (PNCSA) desenvolvida pelo antropólogo Alfredo Wagner Berne Almeida vinculado a Universidade do Estado da Amazônia (UFAM) no Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura da Amazônia (PPGSCA), foi criado em 2005 e tem como objetivo dar ensejo à auto-cartografia dos povos e comunidades tradicionais na Amazônia. A cartografia social possibilita que as pessoas produzam seus próprios mapas, retratando seu cotidiano, suas referências numa base cartográfica. O material produzido pode ser usado como instrumento para o fortalecimento dos movimentos sociais dos grupos sociais que vivem na Amazônia.

via Consórcio Intermunicipal de Saúde CIS Grão Mogol no trajeto a Montes Claros. Por meio do Mapeamento Participativo os usuários do CIS estudado, representaram no mapa situacional suas vivências, seus cotidianos, seus conhecimentos sobre o território usado, suas análises da política e ações de uso coletivo. Demonstrando, como infere Ribeiro (2011 p. 73), o reconhecimento do território para a realização da vida, a necessária incorporação dos grupos sócios no processo de formulação, execução e avaliação de políticas públicas e da própria construção do significado de público.

Ao trabalhar com a Cartografia aplicada no PNCSA busca-se estabelecer uma aproximação teórica com as práticas vividas pelos usuários do CIS na consolidação e concretização de seus interesses e necessidades. Concerne ainda expandir sua visão de mundo em uma busca de demonstrar um equilíbrio e superação do que muitas vezes é imposto pelo Estado⁷.

O sistema de saúde, ao buscar ações de promoção da saúde e prevenção a doenças, necessita através dos seus usuários e gestores, entender que o território tem o seu acontecer solitário por meio dos sujeitos sociais e a produção do conhecimento científica é coletiva. Entende-se que o território é mais do que simples delimitação territorial, é onde diversos atores exercem o poder através de múltiplas territorialidades.

Hoje as pessoas precisam conhecer o mundo desde a escala local até a global, e saber refletir sobre problemas que se inserem em todos os lugares. Na área de saúde não é diferente, torna-se necessário que as pessoas se envolvam nas ações de gestão do território, apresentando-se de fundamental importância para as atividades humanas a participação do conhecimento geográfico enquanto saber estratégico relacionado ao espaço.

Há uma necessidade crescente de representar o Espaço Geográfico⁸ de modo a permitir a comunicação mais rápida e eficiente das informações referentes ao campo da saúde. A representação por meio do uso de mapas permite registrar, tratar e comunicar a informação geográfica, constituindo-se em importante instrumento de conhecimento e de ação sobre uma determinada realidade. A construção e o uso adequado dessa representação gráfica é uma das tarefas importantes e inerentes ao trabalho da Geografia da saúde.

⁷ Trata-se de uma cartografia elaborada pelos próprios grupos sociais que representa no mapa, um processo no qual membros de um determinado grupo registram quem são, onde e como vivem. Este processo de mapeamento traz nítida influência do pensamento situacionista, que pregava o combate à alienação produzida pela sociedade capitalista por meio da valorização das visões dos indivíduos que vivem as relações. (Ribeiro 2011, p. 44-45)

⁸ Espaço geográfico “formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá”. (SANTOS, 2002, p. 63).

A partir da base metodológica do PNCSA⁹, que tem como um de seus instrumentos o Mapeamento Participativo, é que foi desenvolvido o mapa situacional junto aos usuários que utilizaram o serviço de saúde ofertado pelo CIS Grão Mogol de Capitão Enéas. Por serem sujeitos portadores de sentido, de projetos de visão de mundo, que apresentam interesses, vontades, sonhos e intencionalidades, foi possível identificar e compreender melhor as ações humanas na (re)construção do lugar e do cotidiano, além de proporcionar abertura de novas possibilidades de formulação, execução e avaliação da política pública desenvolvida no recorte espaço-temporal.

Ao contrário de muitas ferramentas analíticas cujo controle esta nas mãos de agentes hegemônicos que buscam delimitar, desenhar e fixar um dado discurso sobre a conjuntura socioespacial, com o PNCSA é possível alargar os diálogos com outros saberes, com a fala do outro, com a leitura do outro. Os mapeamentos realizados a partir de procedimentos metodológicos do PNCSA com base no protagonismo dos usuários do CIS procurou respeitar e potencializar os conhecimentos que os sujeitos já possuem sobre o território.

As ações desenvolvidas pelo CIS Grão Mogol são marcadas pela força da dominação caracterizada pela racionalidade cartográfica técnica e instrumental em que o sujeito não faz acontecer as suas pautas, pois já as recebem carregadas de interesses, contradições, com papéis diversificados e estratégicos ocorridas em diferentes escalas. A representação espacial muitas vezes é submetida à hegemonia do Estado moderno capitalista e das organizações internacionais de controle. Isso é bem evidenciado por Yves Lacoste (1988), onde afirma que:

Muito mais que uma série de estatísticas ou que um conjunto de escritos, a carta é a forma de representação geográfica por excelência; é sobre a carta que devem ser colocadas todas as informações necessárias para a elaboração de táticas e estratégias. Tal formalização do espaço que é a carta, não é nem gratuita, nem desinteressada: meio de dominação indispensável, de domínio do espaço (LACOSTE, 1988, p. 23).

⁹ Segundo Ribeiro (2011) o PNCSA é, sem dúvida, a maior articulação de experiências de mapeamento participativo no Brasil e na América Latina. É, para nossa análise, um grupo concentrador de experiências sociais de mapeamento, que difunde objetos cartográficos para a luta e também difunde um modelo de construção de representações cartográficas. Para os grupos (auto)mapeados, esta ação constrói um instrumento útil em suas lutas, além de transmitir aprendizados sobre como elaborar (participativamente) um mapa e sobre como raciocinar por meio do espaço sobre suas problemáticas e lutas.

Lacoste (1988) argumenta que o mapa apresenta um discurso que não está isento de estratégias de dominação. Nas representações geográficas (carta) há uma intencionalidade política-estratégica.

Historicamente o conhecimento sistematizado sobre a elaboração e a utilização dos mapas, realizado pela Cartografia, sempre esteve estreitamente relacionado à Geografia, sendo inclusive difícil, em determinado momento histórico, distingui-los. O conhecimento cartográfico evoluiu significativamente, a partir da década de 1990, principalmente no que tange aos seus aspectos técnicos, influenciados pelo rápido desenvolvimento tecnológico, o que resultou também em relevantes mudanças do ponto de vista teórico-metodológico, fazendo com que a Cartografia Social passasse a ser de fundamental importância nos diversos ramos do conhecimento, inclusive na área de saúde, visando contribuir para o entendimento do Espaço Geográfico, para transformar potencialidades, possibilitando que grupos sociais reconstruam seus conhecimentos, façam valer sua cultura, transcrevendo geograficamente os fenômenos mais relevantes e atendendo a reprodução da realidade (RIBEIRO, 2011).

O método cartográfico pressupõe que “o trabalho em saúde opera sempre em redes [...] que o trabalho vivo em ato é um eixo fundamental sobre o qual transita a força desejante dos trabalhadores, e sua potência de mudança dos serviços de saúde” (FERREIRA & FRANCO, 2009, p. 16).

A presente pesquisa, ao considerar a Cartografia Social e a construção do mapa como uma forma de representação cartográfica que tem o poder de contribuir de maneira significativa nas relações sociais, culturais, políticas e econômicas das quais fazem parte todos os cidadãos, dando vez e voz participativa a todas as pessoas que necessitam de atendimento em saúde, buscou respostas para os seguintes questionamentos: Como os usuários atendidos via CIS Grão Mogol de Capitão Enéas, no seu cotidiano compreendem suas vivências e narrativas socioespaciais na construção coletiva e/ou individual com o território? Antes do Consórcio Intermunicipal de Saúde ser posto em funcionamento o município consultou a população que iria utilizar tal serviço? O trajeto feito pelo CIS Grão Mogol de Capitão Enéas a Montes Claros atende, de fato, a demanda daqueles que se serve desse serviço?

Muitas vezes as políticas públicas não vão de encontro com a realidade de determinadas localidades, são implantadas de forma generalizadas, essas poderiam ter melhores resultados e aplicabilidade se houvesse uma participação mais efetiva da população local, já que essa população conhece e vive aquele Espaço. O diálogo constante do Estado

com a população garantiria resultados mais eficientes e coniventes com quem irá utilizar determinados serviços de caráter público.

Definiu-se como objetivo geral, apresentar as territorialidades exercidas pelos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas por meio da construção coletiva de mapas do território usado na viagem até Montes Claros/MG. Como objetivos específicos, buscou-se abordar Território na perspectiva estratégica das políticas públicas voltadas a saúde, bem como mostrar a relação intermunicipal dos municípios de Capitão Enéas/MG e Montes Claros/MG; conhecer aspectos relacionados a implantação, manutenção, operacionalização e funcionamento do CIS Grão Mogol; analisar o trajeto utilizado pelos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas a Montes Claros por meio do mapeamento participativo, georreferenciando o que é relevante pelos estudados.

No que concerne à metodologia, levando-se em consideração os objetivos propostos optou-se por realizar uma pesquisa descritiva, de caráter exploratório e natureza quali-quantitativa.

O homem sempre demonstrou a necessidade de buscar o conhecimento acerca da realidade em que se encontra, de modo que as próprias comunidades primitivas já apresentavam suas explicações para fenômenos como a vida, a morte, relações de poder e organização social. Nos dias de hoje, as inquietações humanas são solucionadas com auxílio da ciência e da filosofia. A pesquisa qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e das relações humanas, proporcionando o conhecimento de um lado não perceptível e não captável em operacionalizações.

A metodologia de pesquisa social se torna suficiente para abordar as relações sociais, a partir de uma análise qualitativa, sendo assim, não pode ser definida de maneira estática, devido à abrangência que envolve as diversas áreas do conhecimento. São reflexões dispostas diante da realidade, estágio de desenvolvimento, dinâmica social e interesses específicos de grupos e classes. O método qualitativo proporciona o conhecimento de respostas a questões muito particulares, cujo nível de realidade não pode ser quantificado, já que é permeada de crenças, significados, aspirações, atitudes e valores (MINAYO, 2010).

A pesquisa quantitativa, por sua vez, é considerada como tudo que pode ser quantificável, sem a interpretação inicial. Busca a validação das hipóteses mediante a utilização de dados estruturados, estatísticos, com análise de um grande número de casos representativos (MATTAR, 2001).

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de

relações entre variáveis (GIL, 2002). Envolve características de sujeitos de diferentes grupos, procura explorar relações que possam existir entre variáveis, sem manipulação das mesmas.

O procedimento exploratório leva a familiarização do pesquisador com o tema e com o problema, a fim de torná-lo mais denso. Esta deve ser a fase inicial de toda pesquisa científica que não pretende encontrar uma solução imediata para o problema, mas também caracterizá-lo e delimitá-lo.

Já o estudo descritivo volta-se às características apresentadas por determinada população ou fenômeno, estabelecendo relações entre as variáveis. Essas relações podem ser feitas por associação, de modo que o pesquisador não influencie no fenômeno investigado. Os fatos são, então, observados, registrados, analisados, classificados e interpretados de forma independente da interferência do investigador (GIL, 2010).

A metodologia utilizada na execução deste estudo foi a do Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia (PNCSA), que tem como objetivo dar ensejo à auto-cartografia dos povos e comunidades tradicionais na Amazônia, bem como promover autonomia dos agentes sociais em relação ao produto de informação espacial de seus territórios, convertendo as costumeiras técnicas cartográficas em ferramentas de ação como estratégia para firmar direitos territoriais (ALMEIDA, 2005).

A escolha pela categoria de análise da PNCSA objetivou provocar um olhar atento e crítico sobre o Espaço Geográfico praticado cotidianamente pelos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas, bem como mostra no diálogo com Santos (2011) estimular a prática de planejamento local que tenha como base a participação ativa da população de raiz em todo o processo, essa população tem potencial a apresentar diagnóstico participativo que venham a subsidiar o processo de desenvolvimento e crescimento local.

A população do estudo foi composta por aproximadamente 28 pessoas (idosos, adultos e crianças) do município de Capitão Enéas/MG que realizaram viagens, no micro-ônibus do CIS Grão Mogol, rumo a Montes Claros/MG (Mapa 1).

A maioria dos trabalhos de campo foram realizados dentro do micro-ônibus, por meio de oficinas de observação, descrição da paisagem, narrativas bem como automapeamento dos usuários presentes naqueles momentos. O tempo estimado foi entre os meses de dezembro de 2016 a abril de 2018.

Mapa 1. De Capitão Enéas a Montes Claros - trajeto realizado pelo CIS Grão Mogol



“A Cartografia é um modo de mapear a realidade, de acompanhar processos de produção, de possibilitar o acompanhamento de movimentos e intensidades dos sujeitos que compõem a complexa produção de cuidados em saúde” (MARTINES, MACHADO, COLVERO, 2013, p. 203). O cenário do estudo desta pesquisa, muito mais que o trajeto rodoviário que liga Capitão Enéas a Montes Claros¹⁰, abrange fenômenos e ambientes físicos, socioeconômicos, psicossociais, afetivos sob a perspectiva dos usuários estudado que vivem o território a ser investigado. Abrange “o mergulho na geografia dos afetos, dos movimentos, das intensidades” sob o olhar dos sujeitos sociais que ocupa o vasto território da saúde (MARTINES, MACHADO, COLVERO, 2013, p. 203).

Segundo Lima e Costa (2012) a Cartografia Social busca trabalhar o conteúdo político e de reprodução social expressos nos objetos representados nos mapas situacionais. O trabalho se direcionou a partir de pesquisa e levantamento de análise teórica bem como um trabalho de campo denominado de oficinas, desenvolvidas junto aos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas.

¹⁰ O percurso da viagem entre as duas cidades é feito principalmente através da **MGC-122** (trafega 32km²), **BR-122** (trafego de 22km²), totalizando uma distância de 54km². O trajeto é feita em aproximadamente 60 minutos. Disponível em: <https://www.rotamapas.com.br/como-ir-de-capitao-eneas-a-montes-claros>. Acesso 20 fev. 2018

Em 1º momento foi realizada a revisão bibliográfica a partir de pesquisa em livros, revistas e nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), *Scielo* (*Scientific Eletronic Library Online*), *Google* acadêmico e em sites de busca da área da Nova Cartografia Social; Políticas Públicas voltadas à área da saúde com foco na intermunicipalidade bem como nas territorialidades.

No 2º momento aconteceu a apresentação da pesquisa aos usuários de estudo presente nas viagens de Capitão Enéas a Montes Claros via micro-ônibus ofertado pelo município de Capitão Enéas, consorciado ao CIS Grão Mogol, que inclui mais seis município em sua composição. Prosseguindo a pesquisa, foi exposto aos sujeitos estudados, algumas exemplos de comunidades, movimentos e grupos sociais que vêm utilizando o mapeamento participativo como instrumento de lutas e articulação na leitura do território tendo como ponto norteador as políticas públicas.

Em encontros com os usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas, que na maioria das vezes aconteceram dentro do veículo, durante as viagens, dentre 2016 a 2018, observou-se e anotou-se os relatos orais dos usuários que descreviam como eram tratados os fatos inerentes a saúde antes da implantação e operacionalização do CIS; como e de que forma os eneapolitanos se deslocavam até outros municípios em busca de serviços e atendimentos na área da saúde; qual a relação de Capitão Enéas com Montes Claros; porque ir a Montes Claros e não a outro município; o que se tinha ou tem nas estradas que ligam um município a outro; quais as práticas vividas no cotidiano que marcam a relação Território-Política Pública, Território-Cultura, Território-Lugar, Território-Sujeito; a política da saúde implantada no município respeita as particularidades do lugar; os usuários conseguem identificar-se na Cartografia desenhada pelo Estado.

As oficinas foram realizadas nos dias de Segunda-feira, Quarta-feira e Sexta-feira. Obedecendo as normas do Conselho Nacional de Saúde conforme Resolução 466/2012 e aprovação do projeto sob número de parecer: 75798517.4.0000.5146 pelo Comitê de Ética da UNIMONTES.

Para o desenvolvimento das oficinas, em primeiro lugar foi apresentada a proposta de estudo junto aos órgãos responsáveis e os envolvidos. Depois foram realizadas as oficinas de preparação nas quais os participantes receberam matérias para reproduzirem o trajeto percorrido, destacando os principais pontos de referencias fazendo associação ao clima, relevo, vegetação e hidrografia.

Os procedimentos metodológicos adotados na pesquisa vem especificados como mostra o Quadro 1.

Quadro 1 - Procedimentos metodológicos adotados na Pesquisa de Campo		
DATAS	OFICINAS	PROCEDIMENTOS
06/08/11/ 20/27/29 de Dezembro de 2016	Observação da área de pesquisa e do grupo.	Neste momento foram realizadas viagens com o grupo a fim de observar o trajeto, a política de saúde, o perfil e comportamento dos usuários dentre outros elementos que nortearam a pesquisa.
07/14/21/28 de Abril de 2017	Apresentação e orientação da proposta de estudo aos usuários.	Durante as viagens ao sair de Capitão Enéas rumo a Montes Claros, por volta das 6h, assim que todos os usuários estavam acomodados dentro do micro ônibus a pesquisadora fazia a apresentação da proposta de estudo, mostrando trabalhos já realizados utilizando procedimento da Nova Cartografia Social, ressaltando ser este um instrumento de valorização, luta, reivindicação, organização e implantação de ações coniventes com os usuários. Momento de interação e diálogo com o grupo.
17/19/21/ 24/26 de Junho de 2017	Territorialidade e Cultura.	Aqui foram realizadas entrevistas com os usuários, que apresentaram suas vivências, o cotidiano, o ir e vir no território reconhecido por eles. Os aproximadamente 28 participantes destas oficinas contavam sobre a historicidade do lugar, das pessoas, a cultura local, as reivindicações, lutas, oportunidade e direitos presentes no dia-a-dia. Todas as informações passadas pelos usuários eram anotadas e gravadas.
09/11/13 de Outubro de 2017	Oficina de Imagens	Foi sugerido ao grupo que apontassem pontos nas estradas que servia de referencia como forma de valorizar, reivindicar, identificar no território. A cada indicação era fotografado o ponto, o lugar a paisagem indicado pelo grupo.
08/10/15/17/ 22/26 De Janeiro de 2018	Parte I Oficina de Construção do Mapa	Construção coletiva do mapa, dentro do ônibus, com a agente do CIS que acompanha os usuários durante as viagens, fazendo o desenho, a partir dos elementos apontados pelo grupo. No primeiro momento o Mapa, intitulado por eles como “De Capitão Enéas a Montes Claros - o trajeto dos usuários do CIS”, foi desenhado em uma folha A4 apoiado em uma prancheta, utilizando lápis preto e caneta esferográfica azul ou preta. Cada dia novos elementos, representando o que era visto e vivido expresso sobretudo na paisagem, eram inseridos no mapa.
05/07/09 de Fevereiro de 2018	Parte II Construção do Mapa	Com o mapa construído reunisse na casa de um dos usuários para transferir as informações até então descrita no mapa menor para uma folha maior de 480mm a 500mm x 660mm. Com a participação dos envolvidos na pesquisa o mapa foi ganhando mais vida e cores.
03/04/05 de Abri de 2018	Parte III Construção do Mapa	Referenciando em informações e no mapa elaborado pelos usuários do CIS, foi construído o Mapa numa base cartográfica, adotando os seguintes procedimentos: (1) Levantamento das Informações e Pontos de Interesse em Campo. (2) Confecção dos mapeamentos de interesse - Software utilizado: ArcGIS 10.5.0 Produto (3) Empregou-se base cartográfica do IBGE (2010), Imagem de Radar da Missão SRTM (2000) - Sombreamento do Relevo, Informações de Campo, Imagens do Software Google Earth, de forma auxiliar na identificação dos Elementos análise.

Fonte: Santos, 2018

Os dados obtidos na pesquisa foram analisados com o uso de uma abordagem temática feita em três etapas. A primeira, chamada de pré-análise, aquela na qual o pesquisador seleciona o material a ser utilizado, estabelecendo um contato com os documentos selecionados. Na segunda, denominada exploração do material, fez-se o recorte do texto, regras de contagem, classificação e agregação dos dados. Já a última, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, consistiu na fase em que foram feitas deduções e interpretações, codificando o material coletado (MINAYO, 2010).

A organização e análise dos resultados da pesquisa contaram com o auxílio dos instrumentos tecnológicos cartográficos como Sistemas de Informação Geográfica (SIG), *Global Positioning Systems* (GPS), Coordenadas Geográficas, bússolas, atlas e informações disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, transcrevendo dados colhidos durante as oficinas as quais os usuários construíram o mapa do trajeto percorrido diariamente e/ou frequentemente. As informações adquiridas foram formatadas e digitalizadas obedecendo às normas estabelecidas pelos órgãos competentes e, depois de aprovadas, pretende-se posteriormente expor as informações em Fascículos¹¹ – material que agrega o conteúdo escrito e ilustrativo dos envolvidos na pesquisa e que serão apresentados e distribuídos à população eneapolitana como devolutiva da pesquisa.

Quanto à estruturação, a dissertação é constituída de três capítulos, além da introdução. O primeiro capítulo apresenta os Vários Territórios na Geografia, abordando as representações territoriais, o território como base para a elaboração e implantação de políticas públicas e por fim apresentando uma caracterização dos territórios no Norte de Minas Gerais, desde sua formação até os dias atuais. Definindo o território sociopolítico como a melhor concepção para o território investigado nesta pesquisa.

No segundo capítulo, caracterização do Consórcio Intermunicipal de Saúde, com foco nos consórcios e territórios.

No terceiro e último capítulo são apresentados os resultados do Mapeamento Participativo construído pelos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas, a partir dos mapas coletivos do território de uso e que representa o percurso entre Capitão Enéas e Montes Claros.

¹¹ Sobre o fascículo Menezes descreve como sendo material que agrega o conteúdo escrito e ilustrativo organizados pelos pesquisadores do PNCSA, mas feita pelos próprios agentes sociais, onde são privilegiadas as narrativas destes agentes da qual apontam nos croquis e registram o ponto de Sistema de Posicionamento Global (G.P.S) representado no mapa de seus territórios demonstrando todo um conhecimento ali relacionado. O fascículo é composto de textos, imagens e do mapa situacional (MENEZES, 2012, p.13)

Ao dar voz e visibilidade às narrativas dos transportados que buscaram atendimento em saúde no território montesclareense, esperou-se criar e oportunizar melhorias para a organização das políticas públicas, mostrando as reivindicações coletivas e apresentando a participação ativa da sociedade no processo de produção social do espaço, já que os usuários do CIS constroem suas histórias e têm visões de mundo a partir do cotidiano vivido. Esses sujeitos também são capazes de identificar e apresentar informações e elementos cartográficos atualizados do território, uma vez que tem com ele um contato instantâneo.

Cumprir informar que o Mapeamento Participativo desenvolvido junto aos usuários pesquisados contempla as concepções, percepções, vivências bem como as experiências da população que utiliza do serviço público de saúde, de forma a contribuir com um diagnóstico mais preciso sobre a formulação, implantação e execução dos serviços ofertados pelo Estado¹². Reconhecendo a população local como sujeitos socialmente situados no mundo.

¹² O acompanhamento, monitoramento e avaliação de políticas, programas e projetos implementados ainda são extremamente limitados e pouco consistentes para definir resultados e impactos com maior precisão em termos de seu alcance, validade e oportunidade de promoção de direitos sociais. (BARBOSA, 2011, p. 67).

CAPÍTULO 1

OS TERRITÓRIOS NA GEOGRAFIA

A compreensão da categoria geográfica território tem sido objeto de investigação de vários estudiosos, já que essa categoria é recorrente em outras ciências, como a Sociologia, Psicologia, Antropologia, a História e as Ciências Médicas, dentre outras, por se tratar da “espacialidade humana”, conforme expressão de Machado (2015). Dessa forma, como são diversas as áreas que o termo território desempenha caráter explicativo há de salientar que seu conceito pode ser compreendido de várias formas, ou seja, de acordo com a área de investigação.

Sua origem na ciência, não surgiu de estudos geográficos, nem das ciências humanas e sim das ciências da natureza, como afirma Haesbaert (2006, p. 43):

Etimologicamente a palavra território, *territorim* em latim, é derivada do vocábulo terra e era utilizada pelo sistema jurídico romano dentro do chamado *jus terrendi* [...] como pedaço de terra apropriado dentro dos limites de uma jurisdição político-administrativa. (HAESBAERT 2006, p. 43)

Na concepção de Maldi (1997), o território é uma parte importante da representação coletiva de uma sociedade, constituindo-se em elemento atribuidor da identidade de um indivíduo em suas relações com o grupo.

Para Ratzel *apud* Moraes (1997), o território se apresenta como porção da natureza, ou seja, superfície terrestre, sobre o qual um grupo humano se apropria como seu lugar de controle e domínio, de forma a usar os bens naturais. Pois, acreditava-se que o desenvolvimento da sociedade fosse influenciado de forma contundente por esses recursos. O território passou a ser estritamente vinculado as suas potencialidades, aos recursos naturais que determinada área poderia oferecer, bem como a sua posição geográfica para melhor forma de defesa do mesmo.

Ao discernir sobre a formação do território em Estado, Ratzel *apud* Moraes (1997), destacam que os elementos povo, poder e território, estão conectados, interligados, o que faz com que a sociedade organizada para defender o território assumira o poder de Estado. A concepção clássica de território vincula-se ao domínio de determinada área, imprimindo

uma perspectiva de análise centrada na identidade nacional. Afirmava Ratzel (1899) *apud* Moraes, (1997) que

[...] no que se refere ao Estado, a Geografia Política está desde há muito tempo habituada a considerar junto ao tamanho da população, o tamanho do território. [...]. A organização de uma sociedade depende estritamente da natureza de seu solo, de sua situação, o conhecimento da natureza física do país, suas vantagens e desvantagens pertencem à história política (RATZEL *apud* MORAES, 1997, p. 70).

As variadas discussões teóricas sobre território, objeto de interesse da Ciência Geográfica, sofreram alterações consideráveis ao longo dos tempos. Segundo Saquet (2010) o conceito de território, na década de 1970 baseava-se em:

[...] abordagens que procuram explicar a dominação social, a constituição e expansão do poderio do estado-Nação, a geopolítica, a reprodução do capital, a problemática do desenvolvimento desigual, a importância de signos e símbolos como formas de controle na vida cotidiana e as próprias bases epistemológicas do pensamento geográfico (SAQUET, 2010, p. 53).

A partir da década de 1980, quando o mesmo passou a ser entendido como produto das relações sociais, organizado política e espacialmente, principalmente na valorização de aspectos simbólico-culturais relacionados ao desenvolvimento local com base territorial, do conceito de lugar e da territorialização de processos sociais (SAQUET, 2010).

O conceito de território ganha assim o entendimento como espaço de contradições sociais, produto de conflitos diversos e como espaço de dominação social, ou seja, “como um desdobramento da categoria espaço-geográfico”, o que fez com que passasse “[...] a obter significativo destaque e ser, para alguns estudiosos, como de fundamental relevância na compreensão de suas relações com os atores e instituições que os constroem”(FERNANDES, 2013, p. 26).

Segundo palavras de Abrão (2010):

A partir da década de 1990, os estudos sobre espaço e território recebem contribuições da Geografia cultural num momento em que surge a necessidade de compreender que as realidades sociais são influenciadas por elementos histórico-culturais de grupos responsáveis pela apropriação e construção de determinado espaço geográfico, aspecto este, relevante para a compreensão das dinâmicas dos locais em que se destacam os sentimentos, as intuições, os ideais, os anseios, as experiências e os símbolos de vida cotidiana como elementos territorializantes (ABRÃO, 2010, p. 47)

Raffestin (1993, p. 144), destacando que o território deve ser estudado tomando como referência o espaço, pois ele é formado a partir do espaço geográfico, daí a indissociabilidade entre os dois, apresenta a seguinte concepção a respeito da categoria Território:

[...] o território se apóia no espaço, mas não é espaço. É uma produção a partir do espaço. Ora, a produção, por causa de todas as relações que envolvem, se inscreve num campo de poder. Produzir uma representação do espaço já é uma apropriação. [...] qualquer projeto no espaço que é expresso por uma representação revela a imagem desejada de um território, de um local de relações. (RAFFESTIN, 1993, p. 144)

Nessa definição fica clara a preocupação do autor em discernir as duas categorias (território e espaço) que antes eram, ou são, objeto de muita confusão, visto serem conceitos muito próximos, o que faz com que o de território seja, muitas vezes, confundido com o de espaço.

O espaço, segundo o Raffestin (1993), seria a unidade primeira, e o território o espaço apropriado socialmente, onde se desenvolve relações de poder. Conceito confirmado através das concepções de Haesbaert (2006), segundo o qual o espaço é algo anterior ao território, isto é ao se apropriar do espaço diz-se que o agente o territorializou. Opiniões que diferem da de Milton Santos (2002) para quem a utilização do território pelas pessoas é que dá origem ao espaço.

Andrade (2004), por sua vez, considera que o conceito de território não deve ser confundido com o de espaço, pois está fortemente ligado à ideia de domínio ou gestão de determinada área, o que faz com que território possa ser entendido como “o controle administrativo, jurídico, político, econômico efetivo de uma determinada porção do espaço”.

Para Maldí (1997), a noção de território é uma representação coletiva, uma primeira noção de espaço. Considera assim que a transformação do espaço em território é um fenômeno pelo qual os grupos humanos constroem sua relação com a materialidade num ponto em que a natureza e a cultura se fundem. Neste contexto, não existe dissociação entre território e territorialidade, já que a territorialidade é a interrelação entre espaço e sociedade.

Mesma explicação de Haesbaert (2010) para quem:

[...] não é possível conceber territórios puramente funcionais (já que sempre, por menos evidente que seja, estará neles contida uma dimensão simbólica, um processo de significação), nem territórios puramente simbólicos (neste caso, alguma referência a um espaço material deverá estar presente) (HAESBAERT, 2010, p. 167).

Segundo Eduardo (2006), o termo território está mais associado à ideia de uma área ocupada pela população, de um lugar onde as relações capitalistas efetivamente se fazem presentes. O espaço é uma área geográfica e administrativamente delimitada, é mais amplo que o território, pois inclui também as áreas que não se territorializaram, ou seja, que ainda não sofreram a interferência política, cultural e econômica do homem.

Saquet, certamente influenciado por Haesbaert, analisa o conceito de território a partir de três vertentes, são elas: jurídica-política, econômica e cultural, em que essas forças:

(...) reciprocamente relacionadas, efetivam um território, um processo social, no (e com o) espaço geográfico, centrado e emanado na e da territorialidade cotidiana dos indivíduos, em diferentes centralidades temporais territorialidades. A apropriação é econômica, política e cultural, formando territórios heterogêneos e sobrepostos fundados nas contradições sociais (SAQUET, 2003, p. 28).

O próprio Haesbaert (1999) entende que uma das vertentes de território é seu entendimento através do campo simbólico-cultural, por isso mesmo enfatiza a dimensão subjetiva, simbólica e cultural, vez que o território é percebido como produto de valorização e apropriação de um grupo social em relação ao território habitado. O que não implica que com o destaque do campo cultural, que outras vertentes, como a política ou social, devam ser desconsideradas.

Para Magno (2008), o território é identificado como um espaço que cria vínculos históricos e identitários com aquele que produz nele, onde atuam as relações sociais, econômicas, culturais, políticas e ambientais, no qual são cruciais para sua reprodução social e referente a uma determinada temporalidade. Por outro lado, Andrade (1995), que está preocupado com a questão do território no Brasil, associa a ideia de poder de controle atrelado ao poder público estatal, ou privado, na qual influenciam grandes áreas, não levando em consideração as demarcações das fronteiras. Com isso, é necessário não confundir o conceito de território com o de espaço ou lugar, em que está ligado ao controle administrativo, político, fiscal, jurídico, econômico, efetivo, espacial ou regional.

Para Heidrich (1998), a partir da delimitação do espaço, de sua apropriação, seja pelas necessidades e domínio dos recursos naturais que o mesmo carrega e sua utilização para sobrevivência, ou por sua ocupação e utilização como habitat, em que a defesa do território é exercida pela coletividade. Com a criação do Estado e população já sedentarizada no território e, conseqüentemente, organizada e produzindo, os indivíduos não mantêm uma relação de

domínio direto e repartido com os outros membros da coletividade, mas passa a ser exercida com a intenção exclusivamente para a manutenção do poder.

Souza (2012) também discute a relação entre território e espaço, definindo Território como:

[...] fundamentalmente um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder. A questão primordial, aqui, não é, na realidade, quais são as características geocológicas e os recursos naturais de uma certa área, o que se produz ou quem produz em um dado espaço, ou ainda quais as ligações afetivas e de identidade entre um grupo social e seu espaço. [...] o verdadeiro Leitmotiv¹ é o seguinte: quem domina ou influencia e como domina ou influencia esse espaço? Esse Leitmotiv traz embutida ao menos de um ponto de vista não interessado em escamotear conflitos e contradições sociais, a seguinte questão inseparável, uma vez que o território é essencialmente um instrumento de exercício de poder: quem domina ou influencia quem nesse espaço, e como? (SOUZA, 2012, p. 78-79).

A Geografia, como Ciência Social, tem o espaço como sua identidade, ao se referir à atuação humana, no tocante a transformação do seu meio, então pode-se dizer que o espaço pode ser compreendido no sentido concreto e abstrato, que se faz e evolui a partir de conjuntos de relações estabelecidas em um quadro concreto, aquele da superfície terrestre, e ao mesmo tempo o espaço que é formado por um conjunto de lugares, resultado de interações particulares entre objetos e relações.

Nesse sentido é tratado, com ênfase político-administrativa, isto é, como o território nacional, espaço físico onde se localiza a nação; espaço onde se delimita ordem jurídica e política; espaço medido e marcado pelas relações do trabalho humano demarcado por fronteiras. Porém deve-se levar em conta as diferentes escalas e os vários poderes inseridos no mesmo território.

Segundo Lefévre (1976), espaço é visto como uma porção do território em que o homem se apropria, visto sob um ponto de vista marxista, é entendido como um espaço social, vivido, onde acontecem as práticas sociais transformadoras do espaço social, e não somente como um espaço vazio e estático, ele é muito mais que funcional “estaria essencialmente vinculado com a reprodução das relações (sociais) de produção”, enquanto o território caracteriza-se pelo modo como o homem se desenvolve no espaço e expressa as suas necessidades territoriais. Nessa perspectiva, o espaço transforma-se através da política caracterizando-se como território de transformação do homem como um ser que desenvolve e materializa as suas relações sociais.

Harvey (2005) afirma que o conceito de espaço pode ser visto de diversas formas, pois as diferentes práticas humanas resultam em diferentes formas de visão e de transformação do espaço pelo homem.

O território, normalmente é apresentado na sua relação com a nação, associado à figura do Estado, mas que ele apresenta múltiplas e variadas concentrações, podendo ser:

[...] construídos e desconstruídos nas mais diversas escalas, da mais acanhada, (uma rua, por exemplo), à internacional, podendo também ser construídos e desconstruídos em escalas temporais variadas: séculos, décadas, anos, dias, possuindo caráter permanente, mas também podendo ter existência periódica, cíclica (SOUZA, 2007, p. 27).

Para Haesbaert (2004), o território tem sempre relação com poder, estando sempre imerso nas relações de dominação quando no sentido mais concreto e de apropriação quando no sentido mais simbólico. Mesma opinião de Raffestin (1993, p. 144) que entende o território como “um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por conseqüência, revela relações marcadas pelo poder”.

O território é a expressão de um conjunto de tessituras, redes e nós que se entrelaçam e permitem que as áreas de exercícios de poder (nós) se conectem por meio das redes e formem a tessitura territorial, isto é, a relação que determinado grupo ou indivíduos possuem com o espaço (RAFFESTIN, 1993).

A materialização das ações desses grupos gera delimitação de áreas que são expressas nas relações de domínio e apropriação do território, “delimitar é, pois, isolar ou subtrair momentaneamente ou, ainda, manifestar um poder numa área precisa” (Raffestin, 1993, p. 153). Analisa o território do ponto de vista funcional, atentando para o uso que se faz dele, uma vez que não tem como separar as relações de poder. Neste sentido, o território evidencia o domínio e substrato do social:

De acordo com a nossa perspectiva, a territorialidade-adquire um valor bem particular, pois reflete a multidimensionalidade do "vivido" territorial pelos membros de uma coletividade, pelas sociedades em geral. [...] Os atores, sem se darem conta disso, se automodificam também. O poder é inevitável e, de modo algum, inocente. Enfim, é impossível manter uma relação que não seja marcada por ele. (RAFFESTIN, 1993, p.158-9).

Na visão de Raffestin (1993) o “poder” é o realizar em determinado território pelos agentes transformadores do espaço. Mas o poder pode ser visto também como algo positivo que facilita a materialização de práticas que desenvolvem como algo que funciona

que exerce através de ações desempenhadas no espaço usado. Já na concepção cultural ou simbólico-cultural o território é visto como produto da apropriação, em que se cria sentimento de pertencimento em relação ao espaço vivido.

O território é primeiro um valor. [...] o território não diz respeito apenas à função ou ao ter, mas ao ser. Esquecer este princípio espiritual e não material é se sujeitar a não compreender a violência trágica de muitas lutas e conflitos que afetam o mundo de hoje: perder seu território é desaparecer (BONNEMAISON; CAMBRÈZY, 1996, p. 13-14).

O conceito de território tem varias concepções, o que se torna um tema bastante complexo, discutido de acordo com a abordagem que se queira fazer de tal assunto. Para Santos; Silveira (2003), por exemplo, território pode ser definido como espaço geográfico e político. Sendo assim, o autor considera que território pode ser “[...] um nome político para o espaço de um país” (SANTOS, SILVEIRA, 2003, p. 19).

Haesbaert (2004), por sua vez, destaca que o território pode ser interpretado sob três enfoques: político, cultural, econômico.

Política (referência das relações espaço-poder em geral) ou jurídico-política (relativa também a todas as relações espaço-poder institucionalizadas): a mais difundida, na qual o território é visto como espaço delimitado e controlado, através do qual se exerce um determinado poder, na maioria das vezes – mas não exclusivamente – relacionado ao poder político do Estado; Cultural (muitas vezes culturalista) ou símbolo cultural: prioriza a dimensão emblemática e mais subjetiva, em que o território é visto, sobretudo, como o produto de apropriação/valorização simbólica de um grupo em relação ao seu espaço vivido; Econômica (muitas vezes economicista): menos difundida, enfatiza a dimensão espacial das relações econômicas, e o território como fonte de recursos e/ou incorporado no embate entre classes sociais e na relação capital-trabalho, como produto da divisão “territorial” do trabalho, por exemplo (HAESBAERT, 2004, p. 40).

Haesbaert (2004) acrescenta a estes três enfoques o naturalista que desenvolve uma noção de território com base na relação sociedade-natureza. Vertentes territoriais que, de uma forma ou de outra, estão presentes nas relações indivíduo-sociedade, pois em todos estes enfoques o território pode ser visualizado como espaço de desejos, simbolismos, ação e poder.

Almeida, Vargas, Mendes (2011) abordam o território no âmbito cultural, como o espaço de identidade do indivíduo, o que incorpora o estado de pertencimento, enquanto no âmbito acadêmico território é visto como uma forma de controle dos indivíduos ou ainda dos processos sociais a partir da delimitação e controle de seu espaço material de existência.

Sack (1986), conceituando o território como um espaço utilizado para conter, restringir ou excluir pessoas, objetos ou relacionamentos, faz referência à categoria território informal, existente principalmente nos espaços urbano e, na maioria das vezes, não reconhecido pelo estado. Esta categoria de territórios constituídos por grupos socialmente vulneráveis como das prostitutas, travestis, tráfico de drogas, podem ser cíclicos ou móveis.

Baggio (2006, p. 167) também faz referência aos territórios informais, descrevendo que estes podem ser considerados como “um espaço vivido e não simplesmente um espaço visto” apropriado por grupos específicos e que apresenta características “mutantes no tempo de no espaço, suscetíveis à dinâmica da produção e da organização do espaço urbano” Baggio (2006, p. 184).

Seguindo o embasamento exposto, torna-se importante alertar que o território objetos de observação neste estudo se constitui pelos usuários que utilizam os serviços do Consórcio Intermunicipal de Saúde – CIS Grão Mogol de Capitão Enéas.

Considera-se importante essa informação visto que o conceito de território, como já foi discutido nesta pesquisa, tem varias concepções, normalmente associado a uma determinada área geográfica, delimita por relações econômicas-políticas associadas aos fundamentos materiais do Estado¹³. Como escreveu Haesbaert (2010, p. 160): “O que distingue, muitas vezes um conceito do outro é simplesmente uma questão de foco, já que todos eles incidem, de uma forma ou de outra, sobre um mesmo universo – no caso da Geografia, a dimensão espacial da sociedade.”

São muitos os conceitos de território. No caso desta pesquisa, a concepção de território que melhor se identifica com a investigação realizada é a sociopolítica de Raffestin que defende a existência de múltiplos poderes que se manifestam nas estratégias regionais e locais. O conceito de Haesbaert que tece uma vertente mais culturalista e política do território e de Saquet que contempla as dimensões políticas e econômicas, também auxiliarão na análise do território do CIS Grão Mogol, mais especificamente no percurso desenvolvido pelo ônibus entre Capitão Enéas/Montes Claros. Isso porque os CIS são baseados no estabelecimento de redes políticas que propiciam, de certa forma, intervenções em territórios que não correspondem ao domínio político original dos entes participantes e que demanda uma análise multidimensional baseada no tripé político, cultura e econômico.

¹³ O termo “território”, quer seja nas políticas públicas ou na literatura acadêmica, tem se tornado cada vez mais presente e mais difuso. Entre as conotações há o território como soberania de Estado, o território como elemento cultural (remetimento à memória e ao pertencimento), territorialidade como ações daqueles que produzem seu território [...] (SILVA, 2011, p. 152)

A realização das atividades consorciadas demanda negociações políticas entre as diferentes figuras institucionais que implicam em ações concentradas que terão reflexos socioespaciais no contexto regional e não em cada unidade federativa. Essas são questões típicas do federalismo, que é uma forma de organização territorial das instituições políticas que tem por objetivo acomodar as tensões decorrentes da necessidade de união das diferenças para formar uma unidade. Os consórcios são uma das formas institucionais de alcançar esse objetivo sem que as unidades percam autonomia na sua escala de atuação (CALDAS, 2007).

A dimensão territorial política e social do CIS condizem também com o fato de ser um espaço utilizado por vários grupos sociais. Nas palavras de Santos & Silveira (2004) por território entende-se: a extensão apropriada e usada.

(...) O uso do território pode ser definido pela implantação de infra-estruturas, para as quais estamos igualmente utilizando a denominação sistemas de engenharia, mas também pelo dinamismo da economia e da sociedade. São os movimentos da população, a distribuição da agricultura, da indústria e dos serviços, o arcabouço normativo, incluídas a legislação civil, fiscal e financeira, que, juntamente com o alcance e a extensão da cidadania, configuram as funções do novo espaço geográfico (SANTOS & SILVEIRA, 2004, p. 21)

Espaço geográfico que sofre uma constante desterritorialização; termo utilizado por Haesbaert (2004) para indicar que, mais que a extinção de um território, acontece uma modificação no uso, ou seja, uma reterritorialização. Sendo assim, torna-se importante compreender o território como o lugar onde ocorrem as disputas de poder, pois as identidades territoriais envolvem a dinâmica de embates ou conflitos de inúmeros grupos sociais, interessados em determinada parte de um espaço.

A desterritorialização, segundo Ianni (1995), condiz com o termo desenraizamento, mudança nos aspectos e usos sociais, políticos, econômicos ou mesmo o abandono de um território, é uma realidade na sociedade global, é um conceito que

[...] aplica-se não apenas a óbvios exemplos como corporações transnacionais e mercados monetários, mas também a grupos étnicos, lealdade ideológicas e movimentos políticos que atuam crescentemente em moldes que transcendem fronteiras e identidades territoriais específicas (IANNI, 1995, p. 93).

Utilizamos os conceitos e considerações sobre desterritorialização e reterritorialização de Deleuze, Guattari (1997) para mostrar suas funções:

A função de desterritorialização: D é o movimento pelo qual “se” abandona o território. É a operação da linha de fuga. Porém, casos muito diferentes se apresentam. A D pode ser recoberta por uma reterritorialização que a compensa, com o que a linha de fuga permanece bloqueada; nesse sentido, podemos dizer que a D é negativa. Qualquer coisa pode fazer as vezes da reterritorialização, isto é, “valer pelo” território perdido; com efeito, a reterritorialização pode ser feita sobre um ser, sobre um objeto, sobre um livro, sobre um aparelho, sobre um sistema [...] (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 224).

A importância dos conceitos de território, desterritorialização e reterritorialização nesta pesquisa está na discussão da autonomia e soberania das relações de poder institucional e dos usuários dos CIS envolvidas no consorciamento. Partindo da análise social e da construção da Cartografia Social, com a participação de sujeitos sociais no processo de feitura dos mapas, torna-se possível, sobretudo, questionar a realidade estabelecida, criticar as relações de poder vigentes e que anseiam por uma mudança qualitativa do panorama social de modo a contribuir para a melhoria das territorialidades desenvolvidas e vividas pelas pessoas, neste caso da pesquisa os usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas¹⁴.

Citando Raffestin, Magno (2008, p. 19), descreve que este autor “(...) associa a malhas, redes e nós, pois considera que é no sistema de relações com o externo, com o outro, que o território se afirma, ‘o que é meu do teu’ ou distinguindo ‘o nós dos outros’”. Compreende-se assim, que a intenção das organizações é conquistar o poder absoluto através das relações simbólicas. Tudo isso contribui para a existência de inúmeras representações territoriais da mesma forma aos objetivos intencionais dos vários autores.

1.1 As representações territoriais

Ao analisar essa categoria geográfica, automaticamente encontramos algumas expressões, dentre elas a territorialidade, que esta diretamente ligada às diversas formas das sociedades ou grupos/indivíduos se organizar no território, cada um com suas particularidades, expressões e sentimentos, desenvolve se, assim, as múltiplas territorialidades.

A territorialidade, é a forma como se materializa o território, refere-se aos sentimentos desenvolvidos em relação ao espaço habitado, assim como a manifestações

¹⁴ O mapeamento de praticas social contempla – concepções, percepções, vivências e experiências – construídas e afirmadas no contexto da gestão de políticas públicas [...]. (BARBOSA, 2011, p. 62)

expressas pelas pessoas que ocupam o mesmo lugar, a espacialização dos segmentos da sociedade, como as manifestações culturais de determinado povo, produção econômica gerada por um produto.

Sobre as representações territoriais, de acordo com Rocha (2013), o território constitui-se em um espaço delimitado por uma construção social, a partir dos grupos locais, ou por uma criação via processo institucional. As representações sociais sobre território apresentaram, assim, duas tendências principais: território como articulação, que tem como finalidade promover o desenvolvimento local e território como espaço delimitado, em função de identidades e formas de organização socioespacial ou por determinações políticas e institucionais.

No mundo globalizado contemporâneo, é possível identificar em um mesmo espaço múltiplos territórios, com diversas funções. Multiplicidade territorial onde, conforme Saquet (2004, p. 81) são produzidos “espaço-temporalmente pelas relações de poder engendradas por um determinado grupo social”, que podem ser temporários ou permanentes e que se efetivam “em diferentes escalas, portanto, não apenas naquela convencionalmente conhecida como o ‘território nacional’ sob gestão do Estado–Nação”.

Nestes múltiplos territórios encontram-se, em constante conflito social, os grupos que lutam, por um lado pelo controle, domínio e manutenção dos amplos espaços privatizados e por outro, os grupos em situação histórica de exclusão social, política e cultural e que buscam a legalização e preservação dos espaços que habitam, assim como a construção e manutenção da identidade daqueles que se encontram em situação de discriminação.

Importante lembrar que são as multidimensões do território que revelam as territorialidades. Neste estudo, as territorialidades investigadas estão associadas às pessoas que utilizam o transporte do micro-ônibus do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas, constroem relações sociais específicas no território, já que realizam um percurso quase diário, vendo e vivendo o espaço entre Capitão Enéas e Montes Claros.

Andrade (2004, p. 20), menciona que a territorialidade pode “[...] vir a ser encarada tanto como o que se encontra no território, estando sujeito à sua gestão, como, ao mesmo tempo, o processo subjetivo de conscientização da população de fazer parte de um território, de integrar-se em um Estado”. Enfatiza em outro momento que “A formação de um território dá às pessoas que nele habitam a consciência de sua participação, provocando o sentido da territorialidade que, de forma subjetiva, cria uma consciência de confraternização entre elas”.

A territorialidade tem característica abstrata, já que faz do território um depositário de valores, sentimentos de pertencimento, cria-se identidade do espaço apropriado, vivido, onde se desenvolvem relações de afeto, diferenciando uns dos outros nas dimensões culturais, políticas, econômicas e sociais; sendo assim, a territorialidade é dinâmica, ou seja, outros espaços podem ser ocupados por grupos e serviços que são moldados por leis, normas e regras, diferenciadas de sociedade para sociedade.

Para Spósito (2004, p. 113): “A territorialidade pertence ao mundo dos sentidos e, portanto, da cultura e das interações cuja referência básica é a pessoa e sua capacidade de se localizar e deslocar”. Atribui assim, à territorialidade a função de representação do indivíduo no território.

A territorialidade é conceituada por Fuini (2014, p. 96) como uma forma de “apreensão e representação de territórios não necessariamente controlados politicamente, mas efetivamente usados por determinados grupos/atores sociais e eventos espaciais, atendendo a objetivos políticos, econômicos ou culturais”, indicando ser através da territorialidade que acontece a apreensão do território, que para Carballada (2012) mais do que simples delimitação territorial, é o espaço onde diversos atores exercem o poder através de múltiplas territorialidades, podendo ser compreendido como uma construção social que possui fundamentos nas significações e usos atribuídos pelos sujeitos no seu cotidiano. É no espaço onde se desenrola a vida social, a atividade econômica, a organização política, o presente e o futuro de uma comunidade social. Nele estão inscritas as pegadas de cada sociedade¹⁵.

Corrêa (1997) registra que a produção do território não acontece de maneira isolada, uma vez que as práticas sociais através das relações políticas, econômicas e culturais moldam a constituição de diferentes formas espaciais. Deste modo, o espaço geográfico, seja urbano ou rural, é fragmentado e ao mesmo tempo articulado. Esta articulação é responsável pela unidade dos diferentes lugares do espaço.

Ao se constatar que o espaço é simultaneamente desagregado e articulado, e que esta desagregação articulada é a expressão espacial de processos sociais, introduz-se o terceiro momento de apreensão do espaço: o de ser um reflexo da sociedade.

¹⁵ El territorio, de esta manera puede ser entendido como una construcción social que se desarrolla a partir de las significaciones y usos que los sujetos construyen cotidianamente, a partir de historias comunes, usos y sentidos. Así como sujetos somos seres con historia, el territorio también la tiene y esa historicidad es construida en forma colectiva.

[...]El territorio es también el espacio que acoge, cobija y en cuyo seno se desarrolla la vida social, la actividad económica, la organización política, el presente y el futuro de una comunidad social. En él se inscriben las huellas de cada sociedad. (CARBALLEDA, 2012, p. 28).

Lima & Limonad (2004) definem que o espaço geográfico é representado pelas contradições existentes na sociedade, carregado de ideologias, sendo ao mesmo tempo ideológico, político e regulador social. Neste sentido, é preciso estar atento para a utilização da Geografia, como disciplina elementar para o desenvolvimento do conhecimento.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2009) afirma que a vida econômica, social e política das pessoas está intimamente ligada ao território em que vivem e que um território marcado pela concentração de população com fragilidade social está mais suscetível a ter uma população com um desenvolvimento integral menos satisfatório que em outros locais. A representação do território pode servir para orientar políticas públicas de desenvolvimento, visando a valorização das múltiplas territorialidades e das forças sociais locais na definição de suas prioridades (SILVA, 2012).

No entanto para José Luiz Barbosa, professor departamento de Geografia da UFF, há uma falta de diálogo entre governo de distintas esferas e atores sociais, no que se refere a formulação e execução de políticas e ações sócias em um determinado território.

O uso do território pela gestão municipal – assim como os praticados pela gestão estadual e federal –, no tocante à formulação e à execução de políticas públicas, continua a ser mobilizado como palco de ações isoladas e de interesses dispersos de agentes governamentais e atores sociais. Não se observam políticas para uma verdadeira efetividade socioespacial, aqui entendida como processo e conteúdo de mobilização das oportunidades presentes no território de modo equitativo e integrador de políticas e ações públicas, o que conduziria à justiça territorial. (BARBOSA, 2011, p. 66)

As várias formas de representação territorial, enquanto um modo de “desvendar a natureza dos lugares e do mundo como habitat do homem”, ganha significativa importância para a compreensão geográfica de um determinado espaço, tendo o território como uma de suas categorias conceituais de base (BRASIL, 1998, p. 55).

No entender de Archela (2007), a representação é uma forma empregada para ver e compreender a superfície terrestre assim como suas possíveis relações culturais, econômicas e sociais, visando atender a inquietação, característica do ser humano, em sua busca incansável por conhecer o mundo em que habita.

Para Katuta (2005, p. 42), as representações do espaço podem dar-se de forma artística, cartográfica ou escrita, mas salienta que, independente da forma utilizada, a representação vai facilitar o entendimento espacial das “coisas, conceitos, condições, processos ou eventos no mundo humano”.

Fazendo referência à imagem e a paisagem como manifestações do espaço, Marques (2006, p. 11) ressalta que “as categorias geográficas de lugar, paisagem e território constituem intermediações possíveis entre a imagem e o espaço real” e que as representações do território inicialmente foram realizadas com base em relatos e nos desenhos e pinturas, através de desenhos de mapas (Cartografia) e “mais tarde a fotografia e o cinema; e por último o vídeo e a computação gráfica constituem instrumentos de tradução do espaço, da prática do jogo entre o real e o seu significado”.

De acordo com Gorayeb; Meireles (2014) recentemente as representações do território têm feito uso da Cartografia Social “um ramo da ciência cartográfica que trabalha de forma crítica e participativa, com a demarcação e a caracterização espacial de territórios em disputa, de grande interesse socioambiental, econômico e cultural, com vínculos ancestrais e simbólicos” como mediação para as práticas sociais. Como conceitua Landim Neto, Silva, Costa (2016, p. 57), um instrumento de construção do conhecimento territorial “numa perspectiva dialógica fundamentada na abertura de conhecer e experimentar os territórios levando-se em consideração as percepções e desejos dos grupos sociais envolvidos no processo de mapeamento participativo e colaborativo”.

Com a Nova Cartografia Social é permitido aos protagonistas sociais fazerem a descrição da área, e vai além, já que permite também a partir dos sujeitos construir uma interpretação política e crítica, centrada na descrição da realidade e do cotidiano (ALMEIDA, 2005).

Na Nova Cartografia Social, segundo Acselrad (2008) ocorre o desenvolvimento dos “processos participativos”, que consistem na elaboração de mapas um dos principais instrumentos, com vistas a garantir o reconhecimento e aplicação de políticas públicas que atendem à diversidade de realidades locais.

Segundo Seemann (2013) para mapear, é preciso se locomover, pois não existe aquele olhar cartográfico onisciente que possa permitir uma visão total do espaço. O mapeamento não se realiza sem um entrosamento ou engajamento do mapeador de modo que as emoções humanas também se imprimem nas paisagens cartográficas.

Segundo Acselrad (2014), os mapas sociais são representações do espaço, feitos pelas pessoas comuns que ocupam um território, nos quais apresentam o seu cotidiano a sua história e a sua visão de mundo. Esses constroem relações sociais específicas no território, vivem e vêem o espaço de uso diário. Ao contrário dos mapas tradicionais, os da Cartografia Social, construídos de forma participativa, apresentam o cotidiano de uma comunidade.

Para os professores Adryane Gorayeb e Jeovah Meireles (2014), do Laboratório de Geoprocessamento (Labocart), da Universidade Federal do Ceará (UFC), o mapa social só existe a partir da participação efetiva e incondicional da população envolvida. Nesse aspecto, é importante ressaltar que as metodologias utilizadas durante os trabalhos de Cartografia Social devem conter métodos participativos de transferência de tecnologia e do conhecimento científico.

Conforme Almeida (2005) os “mapas situacionais” constituem um recurso de método para registro da diversidade das situações sociais, mostram situações contingentes, concretas e reveladoras de um determinado momento, passível de alteração, contudo, plenamente possíveis de espacialização, e chamam atenção para um processo de afirmação étnica e identitária, a partir de “realidades localizadas e processos sociais” (ALMEIDA, 2005, p. 101).

A feição produzida coletivamente pode ser tomada como a representação espacial e social necessária, o que permite ver o território e as territorialidades (ação no espaço) de si e dos outros – sintonias, diacronias, centralidades, descentralidades – dialogando questões coletivas no tempo presente, o que permite fazer um análise da conjuntura social e territorial (RIBEIRO, 2011).

Ribeiro *et al* (2001- 2002) sugerem uma Cartografia da Ação Social que é a da denúncia e também aquela que orienta a ação social, desvendando contextos e antecipando atos. Significa tanto a contextualização veloz da ação hegemônica, cada vez mais estrategicamente localista, quanto a valorização imaginativa dos lugares vividos, onde a vida escorre ou ganha força reflexiva e transformadora. Carta e mapa podem ser ferramenta analítica com sustento da memória dos outros.

É necessário fazer uma Cartografia praticada, que não seja apenas dos usos do espaço, mas utilizável, de forma que ocorra a sincronia espaço-temporal, que apoiaria, inclusive, o trabalho interdisciplinar. Esta seria uma forma de representação da ação que poderia alimentar narrativas e que, em vez do território naturalizado, trataria, como orienta Milton Santos (1996, p. 18), de território usado¹⁶. O território não é uma categoria de análise, a categoria de análise é o território usado. Ou seja, para que o território se torne uma categoria de análise dentro das ciências sociais e com vistas à produção de projetos, isto é, com vistas à política [...] deve-se tomá-lo como território usado (RIBEIRO *et al.*, 2001-2002, p. 4)

¹⁶ A compreensão do território usado torna necessário pensa-lo a partir dos lugares. Estes são expressões de como as materialidades de tempos pretéritos condicionam as ações do presente em um movimento contraditório, intenso e dinâmico, revelando *a vida de relações* do cotidiano experimentado. (SILVA, 2011, p. 115)

1.2 O território como base para a elaboração e implantação de políticas públicas

Segundo Ribeiro (2009, p. 267) vem ocorrendo uma crescente aproximação entre política e território usado; entre práticas sociais e práxis; entre cultura e cultura política; entre saberes tradicionais e educação política. Nesta aproximação, pode ser reconhecida a força daqueles que resistem, no limiar da luta pela vida, à naturalização das relações sociais imposta pela ideologia dominante.

A colagem de forças sociais ao território expressa uma das características essenciais do espaço: a sua capacidade de conservar orientações e informações culturais são fatores indispensáveis à reprodução social (RIBEIRO, 2009).

Para Ribeiro (2009) as desigualdades e diversidades geográficas do Brasil são elementos condicionantes para a concretização das políticas públicas em prol de uma melhor qualidade de vida. Uma política nacional, válida para todo o território brasileiro, recebe respostas distintas segundo as peculiaridades das regiões e dos lugares do país. Cada porção do território responde à sua maneira aos arranjos normativos nacionais, daí a existência das regiões e o papel ativo do espaço condicionando ações sociais.

O Estado, na visão de Coelho (2009) é a organização que exerce o poder supremo sobre o conjunto de indivíduos que ocupam determinado território, possuindo a capacidade de influenciar decisivamente a ação e comportamento das pessoas. O “(...) que caracteriza o Estado é o monopólio do exercício legítimo da força em uma sociedade” (COELHO, 2009, p.16).

Para Matias-Pereira (2010) a existência do Estado é decorrente da necessidade de se assegurar a satisfação das necessidades coletivas. Necessidades estas que são materializadas por meio do governo e da Administração Pública, ou seja, pelo conjunto de poderes e órgãos constitucionais.

Santos (2006) destacando ser por meio da gestão e administração pública que o Estado põe em prática as políticas de governo define que políticas públicas correspondem a forma com que o Estado busca atender as necessidades coletivas.

Matias-Pereira (2010) complementa que além de constituírem em instrumentos essenciais para que os governos se mantenham no poder, as políticas públicas são compostas por ações governamentais que têm o poder de intervenção social, visando corrigir aspectos responsáveis pelas diferenças sociais, financeiras que interferem e influenciam na vida dos cidadãos, principalmente naquelas que dizem respeito aos direitos sociais garantidos constitucionalmente como o de educação, saúde, saneamento, lazer.

As Políticas Públicas, segundo Matias-Pereira (2010), enquanto ação intencional do Estado junto à sociedade, se materializam por meio de instrumentos legais, leis, decretos, portarias e das execuções de ações pelo governo.

De acordo com as argumentações de Araújo *et al* (2007) as políticas públicas são relevantes por conta,

(...) de seu caráter público, no dialogo entre o Estado e a sociedade civil, onde as estâncias dos órgãos dos poderes executivo, legislativo e judiciário, nos níveis federal, estadual e municipal, que encarnam o papel de propositores de tais políticas, devem também ser responsáveis por seu acompanhamento e avaliação (ARAÚJO *et al*, 2007).

Para Abranches (1989, p. 11), as políticas públicas acabam indicando escolhas estratégicas de política social e econômica. Estas podem então serem consideradas como uma série de opções políticas que acabam dependendo, de certa forma, da ação governamental e de suas escolhas permeadas por um quadro de conflitos de interesses.

Tal situação faz com que a Abranches (1989) conclua que as políticas públicas implantadas dificilmente contrariariam a ordem social posta. Isso quer dizer que não há assim, “governos rigorosamente imparciais. Há governos mais ou menos justos, mais ou menos sensíveis às necessidades dos desprovidos, mais ou menos resistentes às pressões de interesses poderosos, contrários às mudanças”. As políticas implantadas acabam não atingindo o que se espera em termos de efetividade e eficácia por conta da possível existência de um jogo de interesses políticos.

Ainda segundo Abranches (1989), nas definições das políticas públicas são muitas as forças envolvidas: os segmentos sociais, o Congresso, a Assembleia Legislativa, a Presidência da República, os sindicatos trabalhistas e patronais, os partidos, os movimentos sociais, dentre outros. É no processo de articulação entre esses atores e instituições que se define como e qual serão as políticas públicas, quais prioridades se elegerão sua relação com a política econômica e social e a amplitude de seu alcance.

As políticas públicas, em sua maioria, apontam para o desenvolvimento. Segundo Golemann (2002), o conceito de desenvolvimento baseado na revolução técnico-científica do século XX, veio despertar as pessoas para uma nova realidade: o poder do capital financeiro dá lugar à informação e passa a ser o capital mais importante. O conhecimento é que dá poder. E o Conhecimento, sinônimo de desenvolvimento na atualidade, integra a dimensão social e econômica.

Entretanto, para Sen (2000) desenvolvimento indica uma superação dos estados de privação, melhoria da qualidade de vida das pessoas e o aumento de oportunidades e escolhas individuais. Esse autor afirma que o desenvolvimento deve potencializar a prática da liberdade, e isso indica a possibilidade do indivíduo de escolher o que é melhor para sua vida.

É mister então, pensar em um projeto de política pública que leve em consideração o desenvolvimento econômico, mas não apenas isso. É preciso potencializar e promover ao máximo, o desenvolvimento social, por meio de uma série de ações que invistam em áreas como Educação, Assistência Social, Saúde, Habitação, Alimentação Adequada, dentre outras questões.

As políticas públicas a serem implantadas devem, então, levar em consideração as especificidades, demandas e necessidades do público ao qual se destinam. Isso porque para que elas consigam atingir seus objetivos com precisão, precisam delimitar categorias ou segmentos beneficiados, classes, gênero, dentre outras variáveis. Se tratando da área de saúde identifica-se a necessidade de que as políticas e ações desenvolvidas atendam todas essas situações apresentadas e vivenciadas por esse segmento social.

A eficiência na prestação de serviços públicos para atender as necessidades dos cidadãos pode ser considerada como o maior desafio das administrações públicas nos dias atuais, quando os movimentos populares se apresentam, cada vez mais organizados reivindicando uma maior participação dos cidadãos nas decisões administrativas públicas, especialmente no âmbito municipal. Neste contexto, os gestores públicos se utilizam de vários expedientes administrativos visando a execução eficiente das políticas públicas.

Uma das alternativas adotadas pelos municípios tem sido a formação dos consórcios intermunicipais, que Freitas Junior e Mesquita (2010, p. 3) descrevem como parte de uma rede de políticas públicas que “ocorrem através da interação entre vários atores (individuais, coalizões, agências governamentais e organizações privadas), em que o Estado ocupa posição de igualdade em relação aos mesmos” e que, nesta pesquisa diz respeito aos CIS, atuando na gestão da saúde pública.

Para falar sobre o território como base para a elaboração e implantação de políticas públicas da saúde, como é o caso dos CIS, tema desta pesquisa, torna-se necessário, antes de mais nada uma abordagem sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, território formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.

O SUS¹⁷ foi criado pela Constituição da República Federativa do Brasil – CRFB/1988, de forma que toda a população brasileira, a partir dele, tivesse acesso ao serviço público de saúde. Anteriormente o sistema assistencial era restrito as pessoas que contribuíssem com a previdência social a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (BRASIL, 2009). Aqueles que não eram trabalhadores assalariados, mas podiam pagar tributo eram assistidos por médicos particulares e, em casos de internação, pagavam também pelo atendimento hospitalar. Para os que não faziam parte de nenhum destes grupos, ou seja, para os pobres e excluídos do mercado de trabalho, restava o atendimento gratuito realizado em serviços filantrópicos.

A CRFB de 1988 preocupou-se com a cidadania do povo brasileiro e se refere diretamente aos direitos sociais, como direito a educação, a saúde, ao trabalho, ao lazer e a aprendizagem, e no que diz respeito a saúde diz que: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Visando garantir os direitos constitucionais referentes à saúde, o SUS, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde – LOS (BRASIL, 1990a), tem como princípios garantir a universalidade, equidade, integralidade e o controle social no atendimento a saúde.

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

¹⁷ Testemunhas históricas relatam que o SUS nasceu em Montes Claros, tais testemunhas que participaram dos fatos históricos que culminaram na elaboração do SUS, relatam experiências e processo pioneiro na elaboração dos princípios do SUS. O ponto de partida foi o Projeto Montes Claros, implantado no início da década de 70, mais especificamente em 1973, considerado fundador do Movimento Sanitário no Brasil. O mesmo iniciou-se como uma proposta abstrata do pastor americano Leslie Scofield, materializando-se ao transformar a realidade da saúde do norte de Minas. Durante a década de 70, Montes Claros foi a “Meca da Saúde Pública Brasileira”. Todos os sanitaristas importantes figuraram no cenário montesclarensense. Autoridades como José Gomes Temporão, José Saraiva Felipe e Eugênio Vilaça foram atores protagonistas neste processo histórico. O Projeto Montes Claros se constituiu como peça relevante para a criação do SUS. (SILVA, PLN; SCHITINI, FM; OLIVEIRA, PPR; MENDONÇA, JMG; FONSECA, JR. 2014, p. 18)

- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990a).

Para Ventura *et al* (2010, p. 84): “O direito à saúde é reconhecido formalmente como um direito humano, fundamental à preservação da vida e dignidade humana”. Neste sentido, segundo as diretrizes do SUS, envolve não somente o atendimento médico-hospitalar, mas o atendimento integral que viabilize a promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Importante ressaltar que a participação social no SUS, encontra-se estabelecida na Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), mais especificamente em seu artigo 1º onde encontra-se instituído que cada esfera de governo deve contar com Conferência de Saúde e Conselho de Saúde como instâncias colegiadas de participação social, ou, como expressam Almeida, Chioro, Zioni (2001, p. 37) o que significa a “garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação de políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis”.

De acordo com o Artigo 7º da Lei 8080 (BRASIL, 1990a) que define os Princípios e Diretrizes do SUS, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo aos princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a intersetorialidade, o direito à informação, a resolutividade e a epidemiologia como base (BRASIL, 1990a).

O princípio da universalidade, um valor fundamental da atenção básica em saúde, indica a necessidade da adoção de estratégias para atender os que apresentam necessidades especiais.

A integralidade da assistência, um dos mais importantes princípios do SUS, que pressupõe a habilidade em compreender e atender ao conjunto de necessidades que o usuário apresenta, e que demanda ações de forma individual e coletiva, em todos os níveis de complexidade do sistema e que de acordo com Mattos (2004, p. 1414) é caracterizada pela “apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente essa habilidade de reconhecer a

adequação de nossas ofertas à situação específica na qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde”

O princípio da igualdade da assistência em saúde tem base na ideia de que todos os indivíduos são iguais e, portanto deve lhes ser atribuídos os mesmos direitos, já o princípio da equidade “reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merece tratamento diferenciado, de modo a eliminar/reduzir as desigualdades existentes” (BRASIL, 2004, p. 9). De forma que os investimentos feitos pelo Sistema devem ser direcionados para quem tem maior precisão, já que a finalidade é diminuir as disparidades sociais, as desigualdades na assistência.

Portanto, é preciso salientar que a área da saúde é espaço territorializado em que se desenvolvem relações das mais diversas com a própria comunidade ou outros segmentos dentro do mesmo território, associados à prestação de serviços e garantia de atendimentos (direitos) e de interrelações, ou seja, é local de reprodução social.

A prevenção em saúde, um dos destaques dentro do princípio da integralidade do SUS. A epidemiologia, segundo Carvalho (2013), enquanto um dos princípios do SUS é muito importante por ser aquele que “define o perfil demográfico e o perfil de morbimortalidade em relação às doenças agudas e crônico degenerativo (hipertensão, diabetes, câncer etc.); os agravos dos acidentes de trabalho, de trânsito, de tóxicos, dos homicídios; as doenças evitáveis; as doenças tratáveis precocemente”, podendo ser utilizada como base para o diagnóstico e adoção de medidas de profilaxia e tratamento das parasitoses, assim como para avaliar o consumo de medicamentos e sua relação com a morbidade e mortalidade nas áreas de abrangência do serviço de saúde pública.

A intersetorialidade que, conforme D’Andréa *et al* (2010) “tem como princípios a descentralização das decisões a nível local, a participação do cidadão nas decisões e a universalização do acesso”, enquanto a Lei 8080/1990 define que a intersetorialidade em saúde tem entre seus condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

A participação da comunidade também é um princípio que dá direito, participação e a organização da comunidade na gestão do SUS. São duas as formas de participação: a primeira, mediante conferências de saúde nas esferas municipal, estadual e federal, a cada quatro anos, para avaliarem a saúde e propor diretrizes; a segunda é a participação nos conselhos de saúde, atuando nas estratégias e definindo as políticas de saúde, bem como, o acompanhamento de sua execução. Assim, os cidadãos podem discutir e direcionar os

serviços públicos para atender aos seus interesses, garantindo o controle social (BRASIL, 1990).

Na garantia dos direitos à saúde previsto na CRFB/1988, o município tem papel de destaque uma vez que é no mesmo que as coisas acontecem, pois é onde as pessoas residem. Em primeira instância a descentralização resultou na responsabilidade dos municípios pela organização e oferta de todas as ações e serviços de saúde; mas com o passar do tempo e de experiência percebeu-se que a heterogeneidade dos municípios frente às suas características, sociais, demográficas e geográficas não seria possível assumir a oferta de todas as ações de saúde, portanto alguns casos deveriam ser tratados em nível Estadual ou Nacional, como é o caso da política de transplantes. Sendo que os estados, por meio das Secretarias Estaduais de Saúde, no processo de descentralização, coordenam a prestação dos serviços de saúde na sua área de abrangência e prestam cooperação técnica aos municípios, a fim de obterem melhorias nos serviços de saúde.

A descentralização é a forma de organização que dá aos municípios o poder de administrar os serviços de saúde locais. Isto faz com que o sistema de saúde se torne mais eficiente, pois há maior facilidade em resolver os problemas de saúde da população quando as soluções podem ser tomadas no próprio local, onde o problema é identificado. Recentemente nova lógica de pactuação foi implantada, sendo que cada esfera de gestão (municipal, estadual e federal) tem seu papel a ser desempenhado, em que descentralização tem como pressuposto a regionalização e a hierarquização que são formas de organizar o sistema buscando torná-lo mais eficaz, tanto em nível de atendimento quanto a aplicação dos recursos.

Através disso evita-se, por exemplo, que o sistema de saúde ofereça serviços que não são necessários e deixe de oferecer outros que possam efetivamente resolver os problemas da população de determinada região. Para tanto, no que se refere à regionalização, de acordo com a Portaria nº 399, seu objetivo é:

Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal; Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade [...] Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema; Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região; racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional (BRASIL, 2006).

Isso implica na concessão de autonomia para os governos locais, aos quais se atribuiu maiores responsabilidades para que o processo de descentralização fosse bem firmado seria necessário que os governos locais fossem estimulados no sentido de integrarem e assumirem suas funções na gestão das políticas de saúde pública. No que se refere à hierarquização, esta é compreendida como a divisão dos serviços em atenção primária (prevenção), secundária (assistência médica) e terciária (assistência hospitalar), mas a maioria das necessidades é voltada para os atendimentos mais comuns, realizados através dos serviços de atenção primária à saúde. Algumas situações como especialidades de profissionais e equipamentos com alto potencial de resolução, no caso de hospitais, policlínicas, prontos socorros e outros serviços considerados de média e alta complexidade.

Ao delinear as atribuições de cada ente da federação, a portaria nº. 1.742, de 30 de agosto de 1996, editada pelo Ministério da Saúde, institui a Norma Operacional Básica do Sistema Único Saúde – NOB-SUS. A NOB-SUS 1996 consolidou a descentralização inicialmente prevista na Constituição/1988, que confere ao município responsabilidade e gestão da atenção a saúde dos seus habitantes. Redefiniu as responsabilidades dos Estados e da União que devem atuar em regime de cooperação técnica e financeira com os municípios, na respectiva competência ou na ausência da função municipal. “o município passa a ser, de fato o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território”.

Ao operacionalizar suas ações, o SUS utiliza uma variedade de divisões territoriais, dentre os quais os municípios, uma micro área, a área de abrangência das Unidades de Saúde e os Consórcios Intermunicipais de Saúde - CIS que se estruturam no espaço e criam territórios próprios, dotados de poder. O território apresenta-se assim de fundamental importância para a organização de estratégias de orientação à saúde, possibilitando conhecer a população e seus problemas de saúde, bem como, definir níveis dos serviços de saúde, que venham atender a cada comunidade.

O território, segundo Castells (2005) é mais do que simples delimitação territorial, é onde diversos atores exercem o poder através de múltiplas territorialidades. Neste sentido o sistema de saúde, ao buscar ações de promoção da saúde e prevenção a doenças, necessita, através dos seus usuários e gestores, entender o território como instancia de poder.

Silva (2016, p. 11) diz que os Consórcios Intermunicipais de Saúde são a “nova instância executiva de políticas públicas” uma vez que essa estratégia “viabiliza a implementação de políticas públicas em escalas adequada, de forma racional e ordenada”. No entanto, isso só será possível, se durante sua implantação for levado em consideração que,

“dentro de um território, mais do que uma população que vive dentro de um limite, coexistem relações políticas, econômicas e culturais” (PEREIRA et al, 2011, p.10).

Como faz parte de uma rede de atenção a saúde, para obter sucesso em suas ações o CIS deve levar em consideração os desenhos territoriais demandados pelo Governo do Estado e pela Secretaria Estadual de Saúde, no âmbito político, administrativo e que direcionam o processo de planejamento e gestão das políticas públicas e da prestação de serviços.

1.3 Territórios no Norte de Minas Gerais, sua caracterização e formação

Para Dayrell e Luz (2000), o território é o espaço geográfico, lugar onde se assentam as relações sociais, que abriga paisagens diversas como a da cultura dominante, dos emergentes e dos excluídos, caracteriza sua população.

Ainda com relação ao território, Mançano (2005, p. 276) destaca que “a sua existência assim como a sua destruição serão determinadas pelas relações sociais que dão movimento ao espaço”.

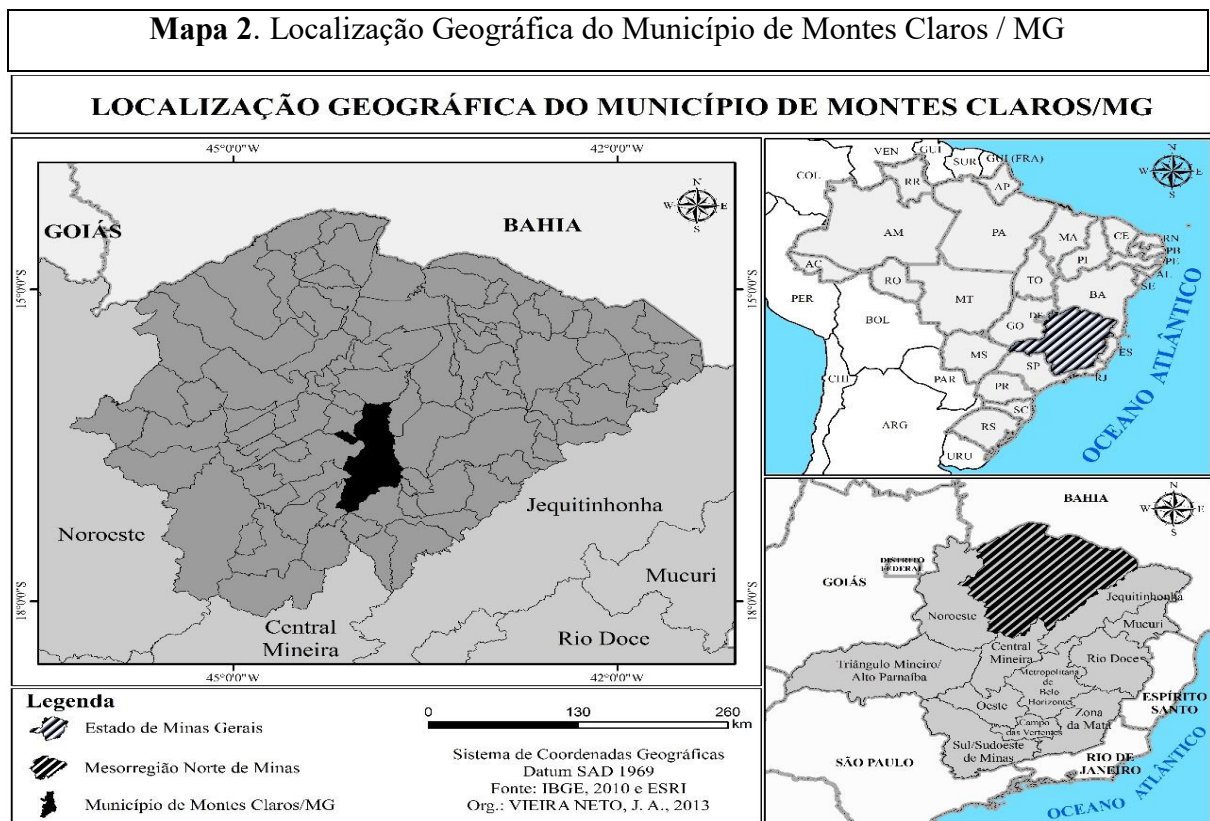
Para Santos, Becker (2007, p. 26) “O território é o espaço da prática. Por um lado, é um produto da prática espacial: inclui a apropriação de um espaço, implica a noção de limite – um componente de qualquer prática, manifestando a intenção de poder sobre uma porção precisa do espaço”.

Um termo importante quando se trata do território no norte de Minas Gerais é a microterritorialidade que, de acordo com Heidrich (2009, p. 276) “é essencialmente um território que se apoia na identidade dos que dela participam, no vínculo que se estabelece entre ocupação e representação”. Ao referenciar o espaço geográfico mineiro muitos estudiosos afirmam que “Minas é múltipla”.

Região delimitada por Guimarães Rosa (1996, p. 31) a partir dos limites dos Rios “Jequitinhonha a Serra das Araras, da beira do Jequitai a barra do Verde Grande, do Rio Gavião até nos Montes Claros, de Carinhanha até Paracatu [...]”, o Norte de Minas é caracterizada por França, Soares (2006) como um espaço estigmatizado devido as suas precárias e arcaicas condições econômicas, sociais e político e por ser considerado base do clientelismo político e de práticas populistas.

O Norte de Minas Gerais compreende sete microrregiões: Bocaiúva, Grão Mogol, Janaúba, Januária, Montes Claros, Pirapora e Salinas, formado pela união de 89. (GOMES, 2007).

O Norte de Minas apresenta expressivas características sociais, culturais e econômicas. Pereira (2007 p. 39) analisa a “diversidade presente no Norte de Minas que individualiza-se, tanto pelos seus aspectos fisiográficos (zona de transição cerrado/caatinga) quanto pelos seus baixos indicadores socioeconômicos”. Logo Montes Claros assume posição de centralidade, constituindo o seu núcleo urbano mais expressivo. (Mapa 2)



No início da colonização portuguesa, o norte de Minas era habitado pelos índios Tapuias e Caiapós.

[...] a ocupação efetiva da região só se deu na segunda metade do século XVII, quando aqui se encontraram as correntes de povoamento vindas do norte, fruto da expansão dos currais de gado ao longo do Rio São Francisco e, pelo sul, das bandeiras paulistas (OLIVEIRA *et al*, 2000, p.21).

Conforme descrição de Oliveira *et al* (2000), o norte de Minas, território analisado nesta pesquisa, teve sua ocupação efetiva

Na segunda metade do século XVII, quando aqui se encontraram as correntes de povoamento vindas do norte, fruto da expansão dos currais de gado ao longo do Rio São Francisco e, pelo sul, das bandeiras paulistas. [...] Já no século XVIII e início do século XIX, a decadência da mineração na região central de Minas Gerais provoca a necessidade de busca de alternativas; [...] O século XIX presenciara mudanças nos fluxos de comércio. [...] A base econômica da região era então a pecuária bovina (solas, queijos, etc.). Apesar de ser a principal atividade, a pecuária era marcada pela baixa produtividade, resultado das ações das secas e pelas “pestes do gado”. As atividades ligadas a cana-de-açúcar (cana, aguardente e rapadura) também eram importantes. [...] Outro importante produto era o algodão, que se associava a uma tradicional fabricação de tecidos grosseiros. Esta tradição resulta posteriormente na implantação de uma indústria têxtil no final do século XIX, [...]. Também não se pode esquecer de culturas de subsistência, pois, apesar de não entrarem em cálculos de produção e comércio, representavam parcelas significativas da economia e do esforço humano (OLIVEIRA *et al.*, 2000, p. 22-26).

Hoje, conforme descrição do IBGE (2015) o Estado de Minas Gerais é o 4º maior em extensão territorial da federação, com 586.528,30 Km², o mais extenso da região Sudeste, a mais desenvolvida do país, e também o que consegue sintetizar a extrema diversidade nacional. Quanto ao norte de Minas,

[...] está no limite da Região Sudeste com o Nordeste do Brasil. Do ponto de vista econômico e social se aproxima mais do Nordeste que do Sudeste. Essa região foi incorporada ao mercado capitalista com a intervenção do Estado como agente indutor do desenvolvimento econômico regional a partir da criação da Sudene no final dos anos 1950 (SANTOS, SILVA, 2015, p. 349).

A incorporação do norte de Minas à área de atuação da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste – SUDENE, resultou em investimentos financeiros e de tecnologia de ponto na região, o que fez com que o Norte de Minas comportasse o maior projeto de Irrigação da América Latina na produção de fruticultura, implantado no município de Jaíba, com produção fortemente tecnificada e que abastece o mercado interno e serve a exportação de seus produtos. Protagoniza-se pela produção de cachaça, a maior do estado de Minas Gerais, com destaque para Salinas onde a produção de cachaça artesanal de alambique foi protegida pelo Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), com o selo de Indicação Geográfica. Destaca-se pelos inúmeros programas de incentivo à agricultura familiar, os quais podem engendrar a permanência dos indivíduos nas microrregiões atendidas. Nota-se que a região do Norte de Minas apresenta um cenário de contrastes, marcada pela diversidade e potencialidade produtiva, cultural e social.

Com relação ao desenvolvimento econômico, o norte de Minas pode ser caracterizado como a região do estado onde

a agropecuária vem apresentando um aumento nessa participação de 5,8% para 7,1% no período. As principais culturas na agricultura são a banana e o café na lavoura permanente e a mandioca, milho, cana-de-açúcar e feijão na lavoura temporária. Na pecuária o principal produto é o Leite e, na silvicultura, o carvão vegetal. Nessa região, continua sendo importante os investimentos em irrigação, como os que já existem no município de Pirapora, Jequitaiá, Gorutuba e Jaíba. Essa região tem a produção direcionada para os principais mercados da economia nacional e tem um excedente exportável. Os resultados da produção de cana-de-açúcar e banana contribuíram para o crescimento da região entre 2010 e 2013, assim como a pecuária, com a produção de leite e de ovos de galinha e os efetivos de bovinos e de aves (SOUZA, VIANA & LEAL FILHO, 2016, p. 11).

O norte de Minas, a região mais extensa do Estado, é composto por um conglomerada de sub-regiões heterogêneas que apresentam baixos indicadores de desenvolvimento sociais, que refletem em limitações do capital social regional (PNUD, 2013).

Mesorregiões identificadas com os seguintes elementos de insustentabilidades socioeconômicas: êxodo rural-urbano acentuado, em função das microrregiões serem baseadas em atividades econômicas tradicionais as quais manifestam perda populacional para outras regiões consideradas mais proativas; atividades de exploração do carvão, representando condições de produção e relações de trabalho precárias e informais; e por apresentarem os piores indicadores de infraestrutura social, especialmente de saneamento básico e carências crescentes na oferta de equipamentos e serviços de consumo coletivo (IFNMG, 2014, p. 6).

A partir desta descrição e baseando-se no conceito de território de Afonso (2015, p. 230), para quem o território, enquanto espaço de vivência das pessoas é representado por suas características naturais e “seus conteúdos sociais, históricos e culturais; é material (ou funcional), substrato da vida cotidiana, recurso e abrigo, e também imaterial (ou simbólico) carregado de afetividade, parentesco, de reprodução e construção de cultura”, é possível identificar que no norte de Minas existe em um mesmo espaço múltiplos territórios, com diversas funções.

Multiplicidade territorial onde, conforme Saquet (2004, p. 81) são produzidos “espaço-temporalmente pelas relações de poder engendradas por um determinado grupo social”, que podem ser temporários ou permanentes e que se efetivam “em diferentes escalas, portanto, não apenas naquela convencionalmente conhecida como o ‘território nacional’ sob gestão do Estado–Nação”.

CAPÍTULO 2

ORGANIZAÇÃO DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) passou por um grande processo antes da sua definitiva instituição. O processo de redemocratização do país culminou em diversos conflitos sociais, desigualdades, insatisfação popular, ampliação das demandas do Estado e na luta pela construção da cidadania (SOUZA; COSTA, 2010).

A partir deste processo, foi proposta pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a legitimação dos princípios e da doutrina do Movimento da Reforma Sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Uma mudança no modelo ineficiente, caracterizado por campanhas verticais, centrado na atenção individual, curativa, hospitalar; por ações e serviços necessários visando à promoção, proteção e a recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

A adoção de alterações para atender da melhor forma as reivindicações estabelecidas para garantia da saúde resultou também na padronização de intervenções, a atenção voltada para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, capaz de intervir no coletivo, de maneira a detectar problemas epidemiológicos relevantes e grupos de risco, bem como a participação da sociedade (LIMA *et al.*, 2012).

A partir de sua constituição histórica e ao longo de sua trajetória, o SUS demonstrou ser um sistema em construção e reconstrução, garantido mediante políticas sociais e econômicas, o direito da população brasileira aos serviços de atenção à saúde. Essa constante dinâmica de transformação em prol da prática sanitária suscitou a necessidade de mudança no paradigma de atenção a saúde da população com ações de saúde pautadas por uma maior integralidade e resolutividade, além de desafios importantes para a formação e desenvolvimento dos recursos humanos em saúde (FURTADO, 2008).

A exigência de organização das ações e serviços na área da saúde, fundamentada pela Constituição Federal e organizada pelas diretrizes, propuseram a alteração do modelo de assistência até então adotado a fim de garantir as premissas instituídas pelo SUS, de maneira universal, com acesso em todos os níveis de atenção, e, integralmente. Dispondo de ações e serviços contínuos preventivos e curativos, individuais e coletivos que atendessem as necessidades da população.

Torna-se relevante lembrar que, de acordo com o Artigo 7º da Lei nº 8080 (BRASIL, 1990) que define os princípios e diretrizes do SUS, as ações e serviços públicos de

saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo aos princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a intersetorialidade, o direito à informação, a resolutividade e a epidemiologia como base (BRASIL, 1990).

Os CIS fez parte destas mudanças, podendo ser considerada uma alternativa para a viabilização e melhoria do acesso à saúde, a partir da oferta de serviços de qualidade e com eficiência aos municípios.

Ao ser encarado como uma nova forma de gestão, (CAMPANHOLE, CAMPANHOLE, 1983, p. 53) informam que o consorciamento já é uma prática antiga no Brasil e que a Constituição Federal de 1937, em seu artigo 29 já fazia referência a este tipo de agrupamento de municípios em seu artigo 29:

Art 29 - Os Municípios da mesma região podem agrupar-se para a instalação, exploração e administração de serviços públicos comuns. O agrupamento, assim constituído, será dotado de personalidade jurídica limitada a seus fins.

Parágrafo único - Caberá aos Estados regular as condições em que tais agrupamentos poderão constituir-se, bem como a forma, de sua administração (BRASIL, 1937).

No texto da CRFB/1988, o consórcio aparece no artigo 241, que sofreu alteração com a emenda constitucional 19, de 4 de junho 1998, com a seguinte redação:

Art. 241 - A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos (BRASIL, 1998).

A palavra consórcio, do latim *consortiu*, tem como significado: “1. Associação, ligação, união; 2. Reunião de empresas, de interesses. ‘Consortiar’ significa: Unir, associar, combinar, ligar-se, combinar-se” (FERREIRA, 2006, p.459).

Conceito que, segundo Braga, Ribeiro (2011) deixa evidente a necessidade dos entes públicos estabelecerem uma relação mutua de cooperação para o estabelecimento da política de saúde descentralizada.

A difusão dos CIS, conforme descrição de Rocha (2016, p. 383), teve início em meados dos anos de 1990 em alguns estados brasileiros e consistiu em um processo que ocorreu “de forma heterogênea, pois dependeu, em grande medida, das características políticas específicas dos estados, variável explicativa relevante para a difusão da cooperação”. Foi uma estratégia que, inicialmente, obteve sucesso, principalmente nos estados de Paraná e Minas Gerais.

O CIS, de acordo com o § 3º Lei 11.107 de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre as normas de contratação de consórcios público “Os consórcios públicos, na área de saúde, deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2005).

Os CIS aparecem no artigo 10 da Lei 8.080/1990, que instituiu o SUS, como uma forma de descentralização das ações de saúde:

Art. 10: Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

Parágrafo 1º – Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância (BRASIL, 1990).

A partir do disposto na Lei 8.080/1990, é possível conceituar os CIS como uma forma de descentralização do SUS e de organização regional do sistema de saúde. Descentralização que, de acordo com o entendimento de Rocha & Faria (2004):

[...] fundamentou-se na crença de que uma maior autonomia aos governos subnacionais equacionaria os problemas das relações intergovernamentais no Brasil uma vez que no contexto de redemocratização, destacava-se a questão da hipertrofia do poder da União em detrimento dos estados e municípios (ROCHA & FARIA, 2004, p. 74)

Neste contexto, para Sant’Ana, Constantino (2009) os CIS consistem em um esforço conjunto dos gestores municipais e estaduais para vencer o desafio representado pela descentralização do SUS, e que tem como objetivo permitir aos municípios oferecer ações dirigidas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde da população.

Mesma opinião de Maia *et al* (2011) para quem os CIS podem ser considerados como importantes e valiosos instrumentos de cooperação entre os municípios utilizados como forma de utilizar conjuntamente os recursos disponíveis para desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população de determinada região.

Opiniões que condizem com a de Moraes, Chaves (2016) para quem os CIS são considerados por como iniciativas que

[...] favorecem estratégias de descentralização na direção de objetivos gerais do SUS para a regionalização e a hierarquização da oferta de serviços. São inovações do setor público que podem ser incluídas entre iniciativas predominantes da reforma do Estado, para melhor gerir e prover serviços especializados e maior densidade tecnológica à população, sendo que a ação conjunta entre os municípios pode viabilizar ganhos ambientais e econômicos na provisão desses serviços (MORAIS, CHAVES, 2016, p. 350).

Santos (2000), por sua vez, adotando o termo Consórcios Administrativos Intermunicipais, além de definir os consórcios, esclarece que:

Os consórcios administrativos intermunicipais têm sido um instrumento de atuação dos Municípios no campo da saúde. A saúde pública, hoje é denominada Sistema Único de Saúde - SUS, está organizada na forma de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços, o que pressupõe a necessidade de permanente e constante interação dos gestores públicos, nas diversas esferas de governo (SANTOS, 2000, p. 48).

No sistema funcional que delega competências e responsabilidades ao gestor (secretários de Saúde, prefeitos, diretores e representantes de consórcios públicos do SUS) as redes regionalizadas e resolutivas de saúde, criam possibilidades de integração intermunicipal, denominada consorciamento visando assim gerar economias de escala, melhorias concretas nos serviços e ações ligadas à saúde, bem como seriedade no uso dos recursos públicos.

O consórcio é a união de dois ou mais entes da mesma natureza jurídica e constitui um instrumento para solucionar desafios locais, por exemplo, a ampliação e o ordenamento da oferta de serviços; a compra de serviços e a flexibilização da remuneração de profissionais com pagamento de incentivos; e a otimização dos recursos regionais disponíveis, para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços. Essas ações propiciam benefícios aos usuários e ampliam a resolutividade da rede de saúde (MULLER; GRECO, 2010, p. 2).

A criação de consórcio de saúde justifica-se quando um município não consegue resolver os problemas de saúde enfrentados pela população local e há a associação com um município próximo que oferece uma estrutura e dinamismo nos serviços e atendimentos à saúde, fato que torna mais fácil resolver os problemas a partir da viabilização financeira que proporcionará o atendimento humanizado à população de todos os municípios consorciados.

De uma forma mais objetiva, Dieguez (2011, p.7) define os CIS como “uma rede federativa em que se constituiu uma arena política de cooperação horizontal entre dois ou mais entes federativos municipais, voltada para a produção compartilhada de decisões sobre políticas públicas”.

O CIS, na visão do Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração (2011) diz respeito a democratização da saúde e descentralização de poderes, que significa a abertura de espaços para a participação social e comunitária nas atividades em saúde. É uma estratégia de cooperação entre municípios que assumem o compromisso mútuo de oferecer conjuntamente serviços de saúde à população racionalizando e economizando recursos, distribuindo tarefas e responsabilidades entre si e com os demais níveis governamentais.

A gestão do Sistema Único de Saúde SUS pensa os CIS, como uma iniciativa autônoma de municípios localizados em territórios geográficos contínuos que se associam para promoção, proteção e recuperação da saúde da população das municipalidades participantes. Para o Ministério da Saúde o consórcio é uma forma eficiente de articulação entre os municípios

O consórcio é um pacto voluntário, firmado entre entes públicos com a finalidade de alcançar metas comuns, mediante a união de esforços com articulação de recursos financeiros, físicos, tecnológicos e capital intelectual, na tentativa de solucionar problemas de saúde da população. Está previsto na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde como meio de integração entre sistemas públicos na perspectiva da gestão única, para o desenvolvimento principal de ações secundárias e terciárias de saúde, portanto, não se caracteriza como instância de gestão e nem substitui a responsabilidade de nenhuma esfera de governo (BRAGA E RIBEIRO, 2011, p. 112).

Compreende-se, o CIS como um modelo de gestão organizado em uma rede regionalizada hierarquizada de ações e serviços de saúde com participação e controle social, que além de conferir poder e autonomia aos municípios, diminui os custos operacionais e viabiliza novos investimentos na superação dos desafios locais relacionados aos problemas de saúde, mas que não tira das outras esferas governamentais as suas responsabilidades.

Para Ribeiro (2006), a cooperação nos CIS deve ocorrer de forma horizontal e vertical. A cooperação horizontal diz respeito a negociação e relação entre município-município e município-estado, ou seja, entre entes públicos politicamente iguais, mas com necessidades diferentes.

A cooperação vertical é aquela que ocorre entre entes de poder diferenciado politicamente para ações de saúde num determinado local, como estado-município, União-estado, União-estado-municípios (RIBEIRO, 2006).

A cooperação vertical, de acordo com observações de Braga, Ribeiro (2011) não permite um consorciamento direto do município com a união, isto porque o princípio da subsidiariedade no qual se baseia o consorciamento indica que compete ao Estado colaborar com os municípios e que primeiro deve-se verificar a necessidade de intervenção de instâncias de poder superior, sendo este instrumento usado como último recurso em ações cooperativas.

Borges (2006), descreve que a Lei 11107/2005, regulamentada pelo decreto 6.017/2007 determina que seja firmado um compromisso entre cada ente público participante do consórcio intermunicipal. Compromisso esse que recebe o nome de Contrato de Rateio e que conta com regras predeterminadas descritas na lei 11.107/2005, que devem ser seguidas pelo gestor sob pena de incorrer na lei da improbidade administrativa. Condição que propicia mais condições na hora da prestação de contas.

O Contrato de Rateio é importante também para a provisão de recursos financeiros para os municípios consorciados já que isso só ocorre mediante a formalização deste contrato em cada exercício financeiro.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o Brasil no ano de 2010 contava com 5565 municípios, sendo 45% deles com população de até 10.000 habitantes e 70% não atingindo 20.000 habitantes (BRASIL, 2010). Em um país com tal expansão territorial as implicações para o planejamento e organização das ações de saúde são bastante complexas, o que acabar por resultar em dificuldades para o gerenciamento eficiente destas ações e, conseqüentemente um atendimento de pouca qualidade a população. Neste contexto, a adoção de estratégias de compartilhamento de responsabilidades e co-gestão propostas para os CIS ganham importância em todo o território brasileiro (LIMA, 2000).

2.1 Consórcios e territórios

Monken, Barcellos (2005), ao se referir a lógica do território para a área da saúde ressalta que este não diz respeito apenas o espaço delimitado geograficamente, mas também o espaço onde as pessoas vivem, estabelecem relações sociais, trabalham, cultivam suas crenças e cultura, vivenciam os problemas de saúde. Resulta desta lógica a importância que o território representa para a organização e planejamento em saúde (CHIESA, 2007).

Nos últimos anos a categoria território vem sendo utilizada, com mais enfoque no campo da saúde, pois há o reconhecimento de que sua lida no processo de coleta e sistematização de dados demográficos é fundamental para dar suporte ao conceito de risco, em função das múltiplas possibilidades que se tem em localizar e visualizar populações, objetos e fluxos, e a situação de saúde através da distribuição de indicadores socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos, sanitários e ambientais, (BARCELLOS *et al*, 2006).

Os cadastros interpretados e atualizados periodicamente pela equipe contribuem para resoluções dos problemas, pois ao se darem conta de cada situação vivenciada pela população, os agentes de saúde buscam atuar a fim de promover melhores condições de vida dessas pessoas em seu território, através de práticas e ações coletivas e individuais proporcionados pelas contribuições efetivas.

Da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde ao nível local. (TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 1998. p. 18).

A discussão mais comum sobre território é que este trata-se de instância de poder (RAFFESTIN, 1993). Assim, as divisões territoriais utilizadas no SUS e que são representados pelo município e pela área de abrangência dos serviços de saúde “são áreas de atuação, de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político. Esse poder existente também é instituído através das redes de relacionamento humano que se constituem no espaço” (PEREIRA; BARCELLOS, 2006, p. 51).

Nesse contexto, a Geografia apresenta dupla face: de um lado, a ciência do estudo das relações entre a sociedade e a natureza, portanto, se vê como ferramenta fundamental nas análises ambientais, socioeconômicas e sanitárias nas diferentes escalas; e de outro, como a ciência que, nesta interação sociedade x natureza desvenda no espaço as questões ligadas ao distrito sanitário, capaz de solucionar os problemas de saúde de sua população.

A organização desses serviços segue os princípios da *regionalização e hierarquização*, delimitando uma base territorial formada por agregações sucessivas como a área de atuação dos agentes de saúde, da equipe de saúde da família e a área de abrangência das unidades básicas de saúde (CARREIRA, RODRIGUES, 2010, p. 9).

No caso dos CIS estratégia definida com a criação do SUS a fim de fortalecer a atenção à saúde no Brasil, esta foi adotada tendo como base o princípio de que para que as necessidades de saúde da população sejam atendidas, torna-se necessário conhecer as especificidades de cada região e na ideia de que a união de municípios poderia resultar em uma melhor gestão dos recursos públicos para resolver problemas de saúde comuns vivenciados pelos entes consorciados. Estratégia que favorece a descentralização na direção de objetivos gerais do SUS para a regionalização e a hierarquização da oferta de serviços de saúde pública, principalmente em um país como o Brasil onde existe uma diversidade de problemas tanto sociais, culturais e econômicos, quanto de saúde e municípios, na sua maioria de pequeno porte, sem recursos suficientes para enfrentar e resolver seus problemas (MORAIS, CHAVES, 2016).

Como bem destaca Lima (2000) muitos dos problemas transcendem o território dos municípios, o que demanda discussões com municípios limítrofes com vistas a resolução de problemas comuns. Neste contexto, os CIS configuram-se como forma do município legislar sobre assuntos de interesse local, como disposto no artigo 30, inciso I da CRFB/1988.

Ainda segundo Lima (2000):

As necessidades e carências apresentadas pelos municípios de pequeno porte para a implementação de ações de saúde – otimização de estrutura física, falta de recursos materiais, apoio diagnóstico deficiente, acesso a novas tecnologias médicas, somadas à escassez de recursos humanos especializados, principalmente pela baixa remuneração – aliadas às deficiências peculiares ao interior do país, têm elevado a busca de parcerias para o processo de gestão e organização dos sistemas de saúde (LIMA, 2000, p. 987).

O CIS tem a base territorial como estratégia principal e considera os determinantes e condicionantes da situação de saúde dos municípios para o consorciamento.

Além dos princípios de responsabilização, cooperação, subsidiariedade, a territorialização é um importante critério para o consorciamento intermunicipal, uma vez que a pactuação exige a definição da espacialidade regional, levando em consideração as regiões de saúde já existentes e as peculiaridades locais (PREDIGER *et al*, 2017).

Nas palavras de Castro (2005),

[...] na menor escala do federalismo brasileiro, o recorte municipal define uma realidade territorial, social e histórica e compõe um conjunto fortemente diferenciado que reflete as muitas desigualdades do país. Estas diferenças desafiam visões unívocas e abordagens que não consideram o fato de a

sociedade viver no município e também nele organizar as esferas de ação para realizar seus interesses, tornando-o um espaço político por excelência, onde resistência e mudança encontram-se em permanente interação (CASTRO, 2005, p. 37).

Os CIS se apresentam como alternativa para o enfrentamento das contradições e dificuldades encontradas na área de saúde no Brasil, principalmente nos pequenos municípios, onde o associativismo territorial contribui para enfrentar as distorções regionais e intermunicipais.

Os CIS representam

[...] uma forma de organizar a regionalização de forma ascendente, isto é, é formado a partir dos municípios, de suas características locais e suas dificuldades, para discutir ações regionais, sem que os municípios percam a sua autonomia. É uma “parceria” baseada numa relação de igualdade jurídica, na qual todos os participantes – municípios – têm a mesma importância. Os consórcios possibilitam a territorialização dos problemas (CRUZ, 2002, p. 201).

Os CIS adaptam-se, portanto e plenamente, às necessidades de modelo assistencial descentralizado, indicado pelo SUS e que indica a importância do compartilhamento de recursos para atender as necessidades em saúde da população de mais de um município.

Financiados por meio de cotas de contribuição estabelecidas no contrato de rateio e transferidas periodicamente por cada ente federado participante, as experiências de associativismo territorial no Brasil têm se multiplicado e, como propõe a CRFB/1988, se organizam

[...] com base no nível local, tendo como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade. Suas principais diretrizes são a descentralização e a participação. Isso significa que a gestão global do sistema de saúde é responsabilidade da administração municipal, mas em novos moldes, pois o setor de saúde deve estar inserido no planejamento local e ter a participação social nos processos decisórios. Essa nova realidade altera significativamente a organização dos serviços de saúde, tanto no ponto de vista administrativo, quanto do aspecto espacial (LEITE; PEREIRA, 2008, p. 104).

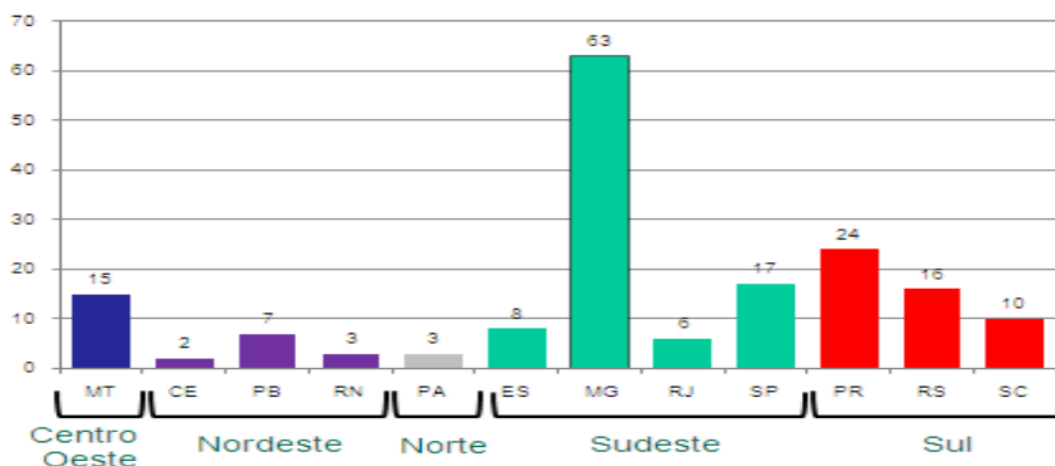
Ainda analisando a questão do território como base para o CIS e interpretando as diretrizes legais para esse agrupamento, cabem algumas observações, a fim de esclarecer alguns aspectos que regem essa associação, em especial no que concerne a exigência da contiguidade dos territórios consorciados.

O CIS se constitui a partir do território e da autonomia dos municípios que a legislação garante. Apesar da lógica indicar ser desejável que os municípios que manifestarem o interesse em se consorciarem estarem próximos, mesmo porque esta situação favorece as condições do planejamento físico-regional e das ações regionais, a legislação não faz referência a esta obrigatoriedade, assim como não existe também nenhum indicativo de que a falta de proximidade impossibilite esta associação. Sendo assim, considera-se admissível e legal o consorciamento entre municípios que não apresentem a condição de vizinhança e até mesmo entre municípios localizados em diferentes estados da federação. Possibilidade que pode tornar-se necessária e justificável, em virtude do eventual desinteresse manifestado por um município vizinho, em estabelecer vínculo com outras unidades políticas. A descontinuidade territorial, nesse caso, poderia inviabilizar a constituição do consórcio entre as localidades interessadas.

Dados do IBGE indicam que, entre os anos de 2011 e 2015, houve um grande aumento no percentual de municípios brasileiros que possuem consórcio público com outros municípios, estados ou com a União. O número passou de 59,2% (3.295), em 2011, para 66,3% (3.691) em 2015. O maior aumento percentual foi o referente aos consórcios exclusivamente intermunicipais que passou de 88,1% (2.903) em 2011 para 96,7% (3.571) em 2015, sendo 75,9% (2.800) dos consórcios da área da saúde (BRASIL, 2015).

A maioria dos CIS (Gráfico 1) estão em Minas Gerais, Estado de grande extensão territorial que conta com 853 municípios e uma população de 19.595.309 habitantes conforme dados do Censo 2010.

Gráfico 1. Quantidade de Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) por Unidade Federativa (UF) 2010



Fonte: Adaptado por SES/GAB/ACIS segundo dados Ministério da Saúde

Segundo Maia *et al* (2011) Minas Gerais é reconhecido pela sua tradição na implementação de políticas de cooperação.

Sobre a influência do CIS no território, de acordo com o Índice FIRJAM de desenvolvimento municipal - IFDM, o consorciamento público em saúde favorece o desenvolvimento dos municípios participantes. Utilizando o modelo de regressão com dados em painel *logit* ordenado para os períodos de 2005, 2009 e 2011, mensurou-se os níveis de classificação de desenvolvimento de 5.118 municípios brasileiros nas dimensões Emprego e Renda, Educação e Saúde.



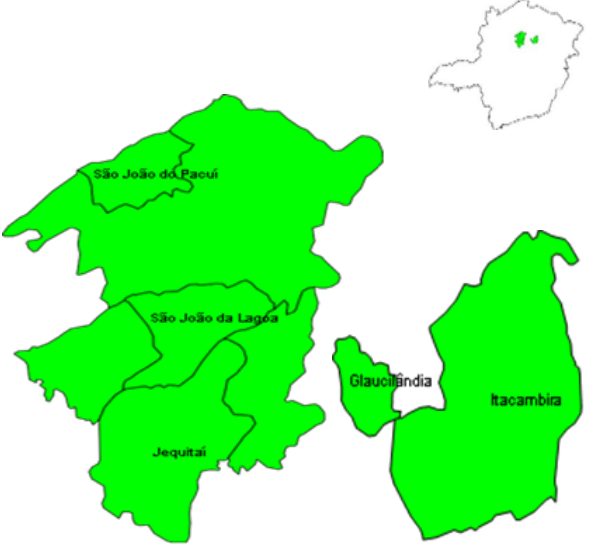
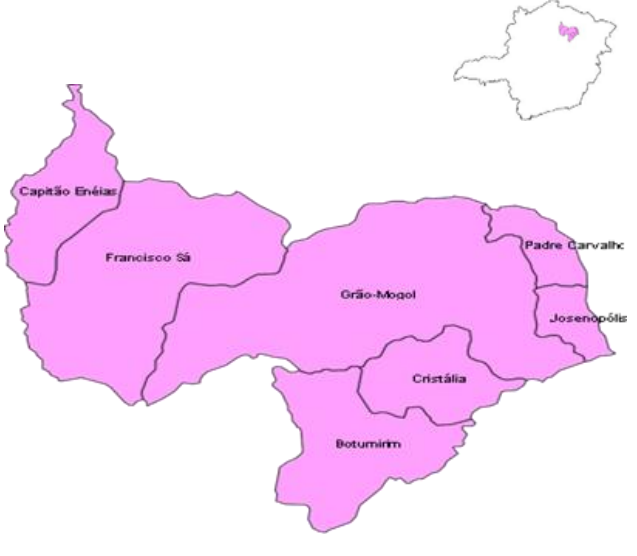
Os resultados do estudo demonstraram que 55% dos municípios que participaram do CIS, apresentavam perfil médio ou alto, enquanto 25% dos que não se consorciaram estavam nos níveis baixo e regular. Resultados que levaram a considerar que o consorciamento pode influenciar na melhoria da qualidade de vida da população e que os municípios que participem do CIS têm até 14% de chances de melhorar o nível do IFDM em saúde (PEREIRA, MOREIRA, 2016, p. 140).

Em Minas Gerais, conforme afirma Diniz Filho (2013), a experiência da parceria entre município e estado na gestão operacional das redes e atenção e na oferta de serviços de saúde, tiveram início no ano de 1993 com os CIS. Hoje esta parceria é um modelo de gestão adotado pelos governos, inseridos na política de saúde do estado e consolidado a partir da prática dos CIS.

O primeiro CIS firmado no Estado de Minas Gerais foi o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto São Francisco - CIS AFS, e ocorreu no ano de 1993.

O incentivo para a formação dos consórcios de saúde no estado de Minas Gerais, entretanto, só ocorreu entre 1995 e 1998, na gestão de José Rafael Guerra Pinto Coelho, Secretário Estadual de Saúde quando foram firmados 66 consórcios no Estado (DINIZ FILHO, 2013).

No ano de 2014, Minas Gerais continuou liderando como o Estado com mais consórcios públicos, contando com 81 CIS, sendo 69 generalistas e 12 temáticos, conforme pode ser observado no (Mapa 3.) o qual apresenta a Divisão Territorial dos CIS em Minas Gerais.

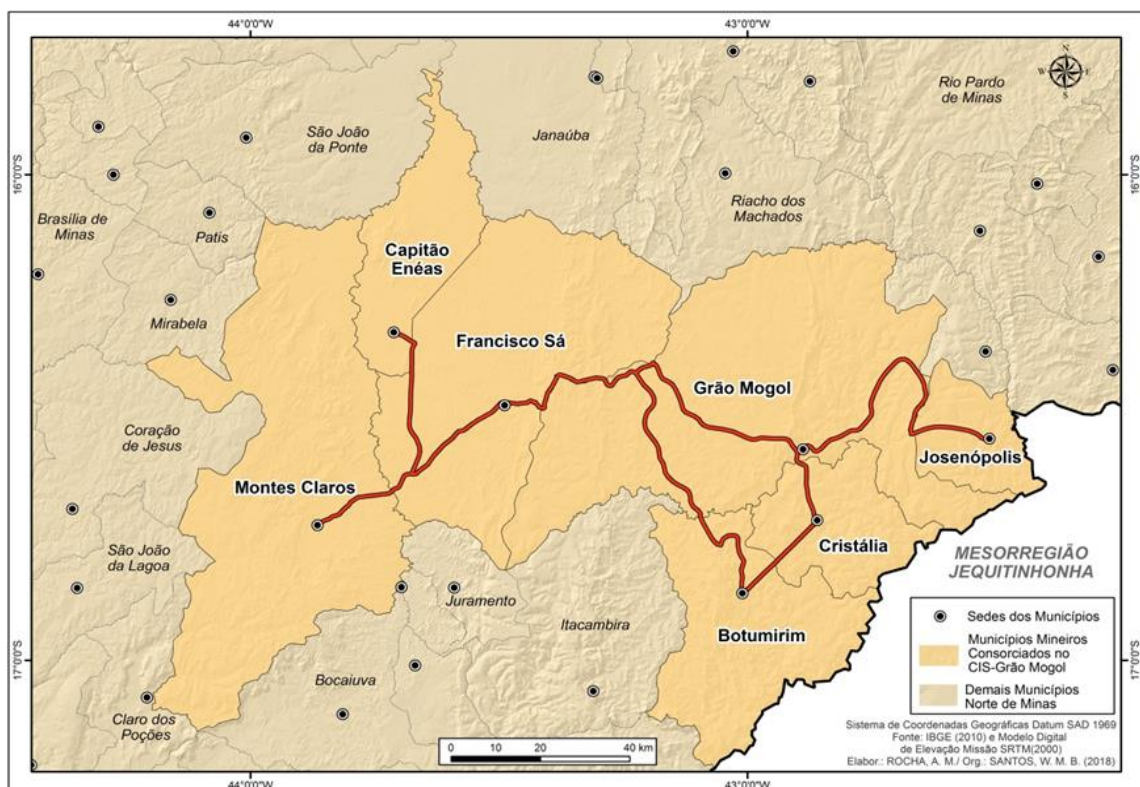
Figura 1. Municípios consorciados - CIS no Norte de Minas Gerais	
CIS AMSF - Consórcio Intermunicipal de Saúde do alto médio São Francisco	CIS ARP - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Rio Pardo
	
Microrregião: Januária	Microrregião: Salinas
CIS ARVG - Consórcio Intermunicipal de Saúde da microrregião do alto Rio Verde Grande	CIS GRAO MOGOL - Consórcio Intermunicipal de Saúde de Grão Mogol
	
Microrregião: Montes Claros/Bocaiúva / Coração de Jesus	Microrregião: Francisco Sá

O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto do Rio Pardo (CISARP), foi implantado em 2005 e conta com a participação de 11 municípios. A associação de seis municípios no ano de 2006 resultou no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Manga (CISMMA). Seis municípios compõem o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Bocaiúva (CIS Portal Norte) enquanto nove municípios formaram o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Entorno Salinas (CISNES).

O último consórcio de saúde criado no norte de Minas foi o do Alto Médio São Francisco – CISAMESF e foi formado por cinco municípios e assim como os demais CIS tem como finalidade propiciar atendimento mais rápido e confortável para a população, com ações descentralizadas em saúde, transporte e pré-agendamento.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS Grão Mogol), fundação em 29 de junho de 1995 é formado pelos municípios de Capitão Éneas, Francisco Sá, Grão Mogol, Josenópolis, Botumirim, Cristália (Mapa 4) natureza jurídica do consórcio se dar por Associação Civil.

Mapa 4. Municípios consorciados CIS Grão Mogol



As municipalidades consorciadas encaminham parte de sua população à cidade de Montes Claros, com consultas, tratamentos e exames agendados. A tabela 1 apresenta dados sobre a quantidade da população, bem como a macrorregião pertencente a cada município do CIS Grão Mogol.

Tabela 1. Municípios, Macrorregião e População dos consorciados no CIS Grão Mogol		
Municípios	Macrorregião	População (2010)
Botumirim	Norte de Minas	6.542
Capitão Enéas	Norte de Minas	14.206
Cristália	Norte de Minas	6.012
Francisco Sá	Norte de Minas	24.912
Grão Mogol	Norte de Minas	15.024
Josenópolis	Norte de Minas	15.024
Total		81.720

Fonte: IBGE, 2010

Cada município consorciado no CIS Grão Mogol dispõe de um veículo que diariamente transporta a população que necessita de algum serviço, atendimento ou consulta, na maioria das vezes com destino a Montes Claros. Os eneapolitanos são transportado no micro ônibus (Figura 2) que leva os usuários a Montes Claros, realizando o percurso de 32 Km pela MGC 122 e 22 Km pela BR 251. O percurso é realizado em aproximadamente 60 minutos (ida) e 60 minutos (volta).

Figura 2 – Transporte utilizado pelos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas



Fonte: Santos, 2017

Os custos como manutenção e abastecimento do veículo é de responsabilidade das prefeituras municipais, no caso da pesquisa a prefeitura de Capitão Enéas destina uma verba específica a esse serviço, já os custos com funcionários (motorista e agente) é por conta do governo do Estado de Minas Gerais, em Capitão Enéas há um motorista e uma agente que acompanham os usuários.

CAPÍTULO 3

A NOVA CARTOGRAFIA SOCIAL: AS TERRITORIALIDADES EXERCIDAS PELOS USUÁRIOS DO CIS GRÃO MOGOL – vez e voz dos usuários

Segundo Henri Ascerald (2011) a sociedade nunca teve a oportunidade de construir seus mapas, suas cartografias. Esses geralmente são produzidos por técnicos especializados, sob o interesse de instituições públicas e privadas.

O Mapeamento Participativo apresenta um caráter tão real e cotidiano que cabe uma análise surpreendente, pois aqui além de ter a participação coletiva dos sujeitos sociais também se descreve as narrativas das pessoas que vivem o habitual que utilizam determinado ação, serviço ou atividade ofertado pelo governo, logo essas pessoas, entende o território interinamente e podem contribuir com políticas mais eficazes.

Giroux e McLaren (1993) interpretam que

Apenas quando podemos nomear nossas experiências - dar voz a nosso próprio mundo e afirmar a nós mesmos como agentes sociais ativos, com vontade e um propósito - podemos começar a transformar o significado daquelas experiências, ao examinar criticamente os pressupostos sobre os quais elas estão construídas. (GIROUX E MCLAREN 1993, p. 23)

Foi com o objetivo de proporcionar compreensões e percepções em relação ao CIS Grão Mogol de Capitão Enéas, o sentimento de pertencimento de um lugar, supostamente nunca experimentadas pela maioria dos participantes deste estudo, que foi proposto e realizado este exercício de construção do Mapeamento Participativo, com foco na narrativa e na construção coletiva de mapa do território de Capitão Enéas a Montes Claros.

Cumpramos aqui informar os passos seguidos para realização da pesquisa de campo que deu origem ao mapa do trajeto de Capitão Enéas a Montes Claros e que foi realizado em seis momentos e cujas informações encontram-se descritas com maiores detalhes no Quadro 1.

O primeiro momento aconteceu entre os dias 6 e 29 de dezembro de 2016, durante as viagens entre Capitão Enéas e Montes Claros e teve como finalidade observar o trajeto e comportamento dos passageiros, traçar um perfil dos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas e ouvir a opinião dos mesmos sobre a política pública de saúde.

Nos dias 7, 14, 21 e 28 de abril de 2017, dentro do micro-ônibus do CIS Grão Mogol, ocorreram a apresentação e orientação da proposta de estudo aos pesquisados e a interação com o grupo, por meio de diálogos. Um terceiro momento ocorreu nos dias 17, 19, 21, 24 e 26 de junho de 2017 quando foram realizadas as entrevistas com os usuários e foi possível registrar suas vivências, o cotidiano, o ir e vir no território reconhecido por eles.

Nos dias 09, 11, 13 de outubro de 2017, aconteceram as oficinas de imagens quando foi solicitado aos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas que apontassem no trajeto pontos que tivessem alguma representatividade cultural, econômica ou social para eles.

Nos dias 08, 10, 15, 17, 22 e 26 de janeiro de 2018, ainda dentro do ônibus, durante a viagem entre Capitão Enéas e Montes Claros, houve a construção coletiva do mapa do trajeto, a partir de elementos apontados pelo grupo. Por fim, nos dias 05, 07 e 09 de fevereiro de 2018, a partir das informações registradas no mapa construído coletivamente dentro do ônibus, houve a construção do Mapa situacional.

3.1 O Mapeamento Participativo dos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas – foco nas narrativas

As narrativas, segundo Benjamin (2008, p. 201) é uma técnica de pesquisa válida quando se quer retirar do narrador, através do “que ele conta: sua própria experiência ou a relatada pelos outros”.

Nesta pesquisa, com foco nas narrativas, foi realizado o Mapeamento Participativo do trajeto entre Capitão Enéas a Montes Claros pelos usuários do CIS Grão Mogol. Realizado por meio de oficinas, dentro do ônibus, durante o percurso entre Capitão Enéas e Montes Claros, contou com a participação de aproximadamente 26 participantes, em cada uma das vinte viagens realizadas no período de desenvolvimento do estudo.

Dutra (2002), citando Schmidt (1990), destaca que para trabalhar com a técnica da narrativa o ouvinte - que no caso deste estudo é a pesquisadora - é uma figura muito importante cabendo a ele “colocar-se, então, mais como um recolhedor da experiência, inspirado pela vontade de compreender, do que como um analisador à cata de explicações” (DUTRA, 2002, p. 371). Assim, assumindo uma postura neutra, buscou-se durante todo o desenvolvimento do trabalho instigar a participação dos usuários que utilizavam o serviço do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas no desenvolvimento do Mapeamento Participativo, como forma de expressarem suas vivências, bem como suas opiniões sobre diversos aspectos relacionados com este serviço.

Visando desenvolver a pesquisa com a colaboração dos sujeitos pesquisados e valorizando a percepção dos que fazem uso dos serviços do CIS Grão Mogol, foi realizada a construção coletiva do mapa do território entre Capitão Enéas e Montes Claros.

A valorização da percepção dos sujeitos neste estudo foi baseada em Tuan (2012) para quem ao valorizar a percepção das pessoas esta sendo valorizada também a cultura, a história, a memória coletiva e demais aspectos da formação um determinado grupo social.

A execução do mapeamento foi realizada em dois momentos distintos e consecutivos. O primeiro momento aconteceu dentro do ônibus nas 20 viagens entre Capitão Enéas e Montes Claros. O segundo momento foi o de transferência das informações para o mapa, o que foi feito através de desenhos.

Como as pessoas que utilizam os serviços do CIS mudam em decorrência de suas necessidades em saúde, em todas as viagens foi necessário apresentar o projeto de pesquisa, seus objetivos e a metodologia adotada para desenvolvimento do mesmo. Os passageiros foram informados que os aspectos ambientais, sociais e econômicos identificados por eles, no trajeto entre as duas cidades seriam transmitidas, em forma de desenho construindo um mapa .

Os diálogos foram direcionados a partir de questionamentos sobre como era o atendimento em saúde no município de Capitão Enéas antes do CIS Grão Mogol; quando foi possível compreender o sentimento de satisfação ou não com o consórcio e até mesmo identificar o conceito que eles tinham deste serviço; interrogava aos usuários a conformidade ou insatisfação de ir a outro município próximo.

Em seguida eles eram incentivados a falar sobre os elementos visuais da paisagem. Um mapa do trajeto e dos elementos identificados no percurso, a partir das falas dos passageiros, foi desenhado na primeira viagem, apresentado aos usuários do CIS nas demais viagens quando os elementos eram complementados.

Nas falas dos participantes do estudo também foi possível identificar aspectos da cobertura vegetal e as mudanças no cenário ambiental e espacial que ocorreram ao longo dos tempos, edificações que não existem mais, pontos de parada onde desciam do ônibus para tomar um café e que, mesmo sendo tão próximo do local de origem tinha grande representatividade para eles. Eles se referiam a cheiros, sabores, cores de forma tão concreta que muitas vezes parecia que estávamos vivenciando cada detalhe recordado. Necessário informar que em respeito ao dialeto regional, buscou-se, durante a transcrição dos relatos, manter a forma de comunicação (fala) dos usuários do CIS Grão Mogol Capitão Enéas.

Neste sentido, os resultados a seguir apresentados exibem as narrativas dos usuários que realizaram o trajeto entre Capitão Enéas e Montes Claros, e que resultaram nas

seguintes categorias da pesquisa: (3.1.1) Políticas de saúde, (3.1.2) O CIS Grão Mogol de Capitão Enéas, (3.1.3) A situação das estradas que ligam Capitão Enéas a Montes Claros, (3.1.4) Demandas sociais, políticas, ambientais e econômicas, (3.1.5) As territorialidades exercidas pelos usuários e (3.1.6) Aspectos históricos e sociais.

Quadro 2. Categorias de pesquisas e suas análises com base nas narrativas		
Categorias de pesquisa	Principais Narrativas dos usuários	Análise no contexto da Pesquisa
3.1.1. Políticas de Saúde	<p>Durante as oficinas os usuários apontavam o caos da saúde pública no Brasil. Por sinal essa melhorou nos últimos anos, no entanto seus benefícios não atingem a população como todo. Muitas políticas de saúde poderiam ser implantadas e executadas sem custo para a população, mas ainda se paga caro para ter alguns serviços especializados de saúde.</p> <p>Como parte da população é carente, origina as longas filas nas portas e corredores dos hospitais. Os participantes também apontavam a falta de consciente do cidadão que não tem atitudes que garantam uma qualidade de vida com atos preventivos. (Falas dos usuários do CIS Grão Mogol de capitão Enéas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contexto problemático da saúde pública; - A relação custo e - Serviços especializados; - Falta de empoderamento de cidadania
3.1.2. O CIS Grão Mogol de Capitão Enéas	<p>De acordo com as falas dos usuários desde a implantação do CIS Grão Mogol na Cidade algumas pessoas tem apresentado uma melhor qualidade de vida. Com o CIS o profissional de saúde agenda consultas, exames, procedimentos em Montes Claros, assim o morador local desprovido de recurso financeiro é encaminhado e atendido sem custo algum. No entanto as vagas são poucas, apenas 26 pessoas são atendidas, o serviço deveria ser acessível a todos. Para os usuários é importante ter mais transportes e condições para ajudar quem precisa. (Falas dos usuários do CIS Grão Mogol de capitão Enéas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Qualidade do serviço; - Aceitação ao serviço oferecido.
3.1.3. A situação das Rodovias (MGC 122/ Br 251/ Estrada da Produção) que ligam Capitão Enéas a Montes Claros/MG	<p>Os usuários descreveram as condições das rodovias - muito buraco, mal sinalizadas, pouca fiscalização e manutenção. No trajeto que o micro-ônibus faz a situação ainda é pior, há animais nas estradas, o índice de acidentes é alto, o tráfego é intenso, as rodovias não são duplicadas. Os participantes apontavam as reformas que são feitas nas estradas, cujo o emprego do dinheiro público não tem uma fiscalização eficiente. Antes de concluir a obra o asfalto esta deformado. Na BR 251, os usuários relatam a falta de agilidade nas reformas os mesmo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Situação espacial do trajeto; - Reivindicações de estrutura no trajeto.

	<p>ficam cerca 40 minutos, tanto na ida como na volta, esperando a pista ser liberada. De acordo com os usuários o interessante seria mudar o trajeto, deixando a rodovia principal e passando pela estrada da produção, essa também precisa de atenção no entanto é mais tranquila. (Falas dos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas)</p>	
3.1.4. Demandas sociais, políticas, ambientais e econômicas,	<p>No decorrer das viagens em conversa com os usuários muitas eram as demandas por melhores condições de vida, por melhores empregos e oportunidades aos jovens. A preocupação com o meio ambiente uma vez que nota-se que muitos problemas de saúde tem forte relação com o meio ambiente ,no entanto poucas são as ações para amenizar os impactos ambientais. (Falas dos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas)</p>	<p>- Reafirmações do discurso de qualidade de vida;</p>
3.1.5. As territorialidades	<p>As falas mais frequentes dos usuários, demonstravam na defesa e na aceitação dos aspectos sociocultural típico daquele lugar ou exercidas pelos usuários situação. Ao mesmo tempo que aspiravam por mudanças eram pacíficos, por acreditarem que determinados comportamentos eram típicos da sociedade, espaço e tempo. (Falas dos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas)</p>	<p>Construção de identidade;</p> <p>- Posse e defesa do Território.</p>
3.1.6. Aspectos históricos e sociais.	<p>A nossa região sempre foi carente em serviços públicos, é normal recorrer a um político ou fazendeiro para conseguir uma ajuda principalmente quando se trata de saúde, hoje isso tem mudado mas ainda se pratica esses atos. Desde a formação da cidade criou-se uma aceitação por parte da maioria da população em concordar com as imposições e falta de serviços básicos, essas foram falas constante dos usuários. (Falas dos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas)</p>	<p>- Desvalorização da autonomia;</p> <p>- Negativação do processo histórico;</p> <p>- Falta de afirmação do processo.</p>

Fonte: Santos, 2018

3.1.1 Políticas de Saúde

O processo de construção da política de saúde no Brasil, segundo Fontenelle (2008), esteve ligado, por muito tempo, ao grande interesse de atender às estratégias econômicas dos capitalistas e do mercado. Nesse sentido, era preciso oferecer condições para que o trabalhador produzisse mais, e sem dúvida alguma, era preciso que ele estivesse com uma boa saúde para assim gerar uma maior lucratividade para os proprietários dos meios de produção. Desta forma a saúde, inicialmente foi vista como estratégia e não sob uma perspectiva de direito.

A partir das colocações de Fontanele (2008), que as ações que possibilitaram a melhoria da saúde se deram primeiramente através do atendimento às pessoas que trabalhavam nos segmentos mais importantes para o desenvolvimento do país, como os marítimos e ferroviários.

Pode-se afirmar que a construção da saúde nos moldes públicos como é caracterizada hoje, deve-se às transformações ocorridas não só no processo de transformação do trabalho, mas também na própria mudança de consciência da população. Esta, através das reivindicações passa a lutar com maior intensidade pela melhoria de sua qualidade de vida, que perpassa pelo acesso à educação, saúde, transporte, moradia, lazer, dentre outras especificações hoje determinadas pela Constituição Federal de 1988. Nessa direção é que Fontenelle (2003) destaca que o Sistema de Seguridade Social no Brasil sempre esteve associado à efetivação de três políticas, a saber: a de Previdência, a de Assistência Social e a de Saúde.

As políticas de Assistência Social e de Previdência tiveram sempre modos específicos de efetivação. Segundo a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), a Assistência Social é uma política assegurada a quem dela necessitar; já a previdência submete-se à lógica do seguro social, que segundo Menicucci (2014) é caracterizada por ser efetivada mediante prévia contribuição, sendo que alguns benefícios são seletivos e focalizados.

Deste modo, a partir dos documentos supracitados como a própria Constituição Federal de 1988, interpreta-se que a saúde é considerada como uma política mais abrangente, uma vez que foi formulada a partir da universalidade de atendimento, gratuidade, redistribuidade e descentralidade, diferenciando assim das estratégias das outras políticas que compreendem a seguridade social.

Entretanto, essas características que fazem hoje da política de saúde no Brasil, diferente das demandas mencionadas foram construídas e pensadas por diversos segmentos sociais ao longo do tempo. As medidas governamentais só foram realmente concretizadas a partir de 1923 com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Esse órgão trabalhava na prestação de saúde através de fiscalizações de portos, indústrias, saneamento das zonas urbanas e rurais, como também através de propagandas, mas as medidas de atendimento a saúde só eram oferecidos às pessoas que contribuía com as Caixas de Pensões e Aposentadorias (CAPEs), ou seja, somente quem trabalhava tinham acesso à saúde no Brasil.

Somente com a Constituição de 1934 é que o Estado passa a admitir a existência de problemas sociais, permitindo o amparo aos desvalidos, à maternidade e a infância. Já em 1950 apesar do destaque ao período de maior desenvolvimento industrial no país, registra-se a precarização do Sistema Previdenciário, que contribuiu para a criação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOAS) e uniformizou a prestação de serviços ofertados à saúde da população (PESSOTO, RIBEIRO, GUIMARÃES, 2015).

De 1950 até 1980, houve a predominância e também a crise e/ou falência dos planos particulares de saúde que atendiam e estavam voltados aos grupos privilegiados da população. Com a aprovação da Carta Magna brasileira, em 1988, é promulgada a criação de um Sistema Único de Saúde, voltado para garantir o acesso universal e igualitário desse direito a todos os cidadãos. Nesse sentido, a década caracterizada como “perdida” apesar das “perdas” econômicas, trouxe avanços significativos em termos de direitos para a população.

Com base no artigo 198 da Constituição Federal Brasileira de 1988, foram estabelecidos os princípios da universalidade, descentralidade, a integração de uma rede regionalizada e hierarquizada dos serviços, “a priorização de atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais”, bem como importância da participação popular que iriam, a partir de então, direcionar o atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS, no Brasil. Esses princípios passaram a garantir a todos os brasileiros, desde o nascimento, o direito aos serviços de saúde gratuitos prestados pelo SUS através de postos de saúde, ambulatórios, hospitais, laboratórios, dentre outros. O direito dos cidadãos a consultas, exames, internações e todos os tratamentos deveriam então ser financiados com recursos arrecadados por meio de impostos e contribuições pagas pela população.

Apesar da Constituição Federal garantir e valorizar a participação popular na implantação das políticas públicas de saúde, isso, conforme os usuários do CIS não aconteceu com este serviço implantado em Capitão Enéas, conforme exemplifica o relato a seguir, de um passageiro que faz hemodiálise em Montes Claros há mais de vinte anos.

Eu ia pra Montes Claros de carona, outras vez na ambulância e pagava quando ia de taxi ou no carro de outra pessoa particular. De repente chegaram estes ônibus do Consórcio de Saúde. Nem sei como isso chegou em Capitão Enéas. É melhor que antes, mas se tivesse me perguntado eu falava pra colocar a hemodiálise lá em Capitão Enéas (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

Menicucci (2014) coloca que teoricamente o SUS foi organizado para antecipar os problemas de saúde ou tentar solucioná-los o quanto antes e o mais perto possível da

população. Visava assim, um avanço em termos de efetivação das políticas públicas de saúde no Brasil, com o acesso às estratégias e às medidas de enfrentamento das doenças deixando de ser, privilégio daqueles que contribuía e passando a ser direito de todos e sem nenhuma condicionalidade para o seu usufruto. Contudo, para os sujeitos sociais, usuários do CIS Grão Mogol, a qualidade dos serviços de saúde pública no Brasil ainda é algo questionável quanto a sua qualidade, ou seja, os serviços privados superam em termos de qualidade os serviços públicos oferecidos à população.

As leis brasileiras falam que a saúde é de todos e que qualquer pessoa tem direito a um atendimento de qualidade, mas na realidade não é bem assim, cada dia fica mais difícil ter um atendimento de qualidade ou conseguir um remédio. Eu já pernoite varias vezes em filas de hospitais para conseguir uma vaga – é humilhante. Quem tem dinheiro paga, vai para outra cidade e é atendido, mas a gente que é pobre fica a mercê de um sistema que não funciona efetivamente. E de dois anos pra cá tem piorado a situação (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

Identificou-se nas falas dos usuários do CIS Grão Mogol, uma crítica ao princípio da universalidade do acesso à saúde, associando a ele a dificuldade para ter suas necessidades atendidas no município onde residem. Situação de descaso para com os usuários do SUS que perdura há anos, como demonstrado no relato a seguir.

Quantas vezes eu tive que acompanhar meus pais, idosos, fracos rumo a Montes Claros ou Belo Horizonte para fazerem exames que poderiam ser feitos por aqui caso houvesse o comprometimento dos políticos com a população. Quando eu levava a minha mãe pra Montes Claros não era tão ruim assim, já que tenho parentes lá e é mais perto de Burarama. Mas quando nos iam pra Belo Horizonte – meu Deus, era muito ruim, pois eu tinha medo insegurança e pouco dinheiro (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de capitão Enéas).

Para eles, muito ainda precisa ser melhorado para atender as necessidades em saúde da população.

3.1.2 O CIS Grão Mogol

Os CIS, conforme já foi referenciado neste estudo, tiveram apoio na Lei nº 8.080/90 que instituiu o SUS (BRASIL, 1990), e já fazem parte da rotina administrativa dos gestores municipais que se servem desta estratégia para enfrentar as dificuldades de saúde

que, devido à escassez de recursos, é uma das maiores preocupações dos entes federativos das esferas tanto municipal quanto federal ou estadual.

Conforme explica Lima (2000):

As necessidades e carências apresentadas pelos municípios de pequeno porte para a implantação de serviços de saúde – otimização de estrutura física, falta de recursos materiais, apoio diagnóstico deficiente, acesso a novas tecnologias médicas, somadas à escassez de recursos humanos especializados, principalmente pela baixa remuneração – aliadas às deficiências peculiares ao interior do país, têm elevado a busca de parcerias para o processo de gestão e organização dos sistemas de saúde. (LIMA, 2000, p. 987)

Neste contexto, os CIS têm representado alternativa para os municípios enfrentarem as dificuldades relacionadas à saúde pública. Organizados de forma cooperativa os CIS, através da divisão, racionalização e economia de recursos, possibilitam oferecer maiores condições de atendimento à população, implementando maior qualidade¹⁸ e resolutividade¹⁹ na prestação de serviços de saúde (ROSA *et al*, 2011). Entendimento que é compartilhado pelos usuários que fazem uso do CIS Grão Mogol em Capitão Enéas para quem a implantação deste serviço no município melhorou em muito o atendimento, principalmente no quesito custo para os que necessitavam de atendimento médico, pois além da dificuldade de acesso, tinham, muitas vezes, que pagar pelas consultas e ainda tinham gastos com o deslocamento do município de origem para outros centros onde poderiam encontrar serviços e consultas médicas especializadas, exames de média e alta complexidade.

Muitos serviços de saúde poderia ser resolvido por aqui sem a necessidade de viajar para lugares distantes, já que é tão ruim sair da localidade da gente. Mas graças a Deus tem os serviços do CIS que ajuda e facilita os serviços de saúde do nosso povo, sem esse serviço eu acho que muita gente já tinha morrido. Eu até gosto de ir a Montes Claros, aproveito para resolver outras coisas, isso quando não estou muito atacada dos rins. O CIS Grão Mogol nos ajuda muito, reduz os gastos, mas poderia ser melhor se os políticos cumprissem seus papéis. O pessoal contam que quando o CIS começou a funcionar aqui, a 10 anos atrás, os doentes e seus acompanhantes recebiam

¹⁸ Qualidade na área de saúde faz referência ao “nível com que os serviços de assistência à saúde prestados a pessoas ou populações aumentam a probabilidade de resultados desejáveis em saúde e estão de acordo com o conhecimento profissional atual” (RAIO, 2010, p. 19).

¹⁹ A Resolutividade na prestação de serviços de saúde diz respeito a eficiência na capacidade de resolução dos problemas “é uma maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário. Pode ser avaliada por dois aspectos: o primeiro, dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado; o segundo, dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde” (ROSA *et al*, 2011, p. 1)

um valor de 200 reais por mês para as despesas e quando viajavam para lugares mais longe, comiam em restaurantes por conta da prefeitura. Só que desde quando eu estou vindo há dois anos, cortou tudo tenho que levar comida de casa ou contar com a boa vontade de alguns colegas que dividem algum lanche com a gente (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

Percebe-se na fala dos usuários do CIS Grão Mogol a importância deste serviço para facilitar e agilizar o atendimento dos pacientes pelo SUS em Montes Claros, onde possui infraestrutura capaz de prestar serviço qualificado e atendimento de saúde de alta e média complexidade.

Alguns usuários do CIS pesquisado apontaram problemas no atendimento, principalmente referente às informações prestadas pela Secretaria de Saúde do município consorciado, afirmando a falta de divulgação do serviço.

Capitão Enéas junto com outros municípios agenda consultas, exames ou outros atendimentos em Montes Claros, cidade que tem condição de resolver a maioria dos nossos problemas de saúde. O agendamento é feito pela secretaria municipal de saúde e quando você consulta no posto de saúde e é necessário fazer algum exame ou consulta que não consegue fazer em Capitão Enéas, o agente de saúde entra em contato com o responsável pelo CIS e agenda o dia e local de atendimento. Só que na maioria das vezes nós nem sabemos que serviço é esse. Não sabemos o que vamos fazer lá em Montes Claros, não temos clareza ou não sabe desse serviço. Precisa ter maior esclarecimento pra nós, tem muitas falhas de comunicação entre quem precisa e quem agenda o serviço (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

Uma vez eu tinha que fazer um exame e fui sem nem saber que exame era e nem onde ia fazer. Só sabia que ia fazer. Lá tive que tomar um remédio ruim antes de fazer o exame. Podia pelo ao menos ter me falado do remédio. O remédio era tão ruim, parecia um óleo, cheguei vomitar e depois fiquei com o estomago ruim toda a volta pra Capitão Enéas (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

No entanto, essa falha nas informações prestadas pelos gestores do CIS aos que buscam atendimento especializado nos municípios consorciados, não compromete, segundo os usuários, a avaliação positiva que fazem do serviço.

Mesmo assim, acho que agora com o ônibus levando nós pra Montes Claros pra fazer consulta e exame, tá melhor que antes. Pelo menos a gente vai e é atendido. Não precisa ficar zanzando de hospital em hospital buscando atendimento (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

As políticas públicas visam responder a demandas, principalmente dos grupos sociais excluídos, setores marginalizados, esferas pouco organizadas, segmentos, movimentos e grupos mais vulneráveis. No entanto, muitas vezes o público alvo de uma política pública não sabe ao menos dos seus direitos e deveres. (TEIXEIRA, 2002)

3.1.3 A situação das rodovias que ligam Capitão Enéas a Montes Claros

A maioria dos municípios brasileiros, conforme bem ressaltam Silva *et al* (2017), enfrentam sérias dificuldades para o atendimento em saúde de alta e média complexidade, devido à escassez de recursos humanos, matérias e sobretudo financeiros para investimentos na área de saúde. Na microrregião da qual faz parte Capitão Enéas, não é diferente, existindo a necessidade dos usuários do CIS serem encaminhados a Montes Claros para este tipo de atendimento, visto ser este o município onde é possível encontrar a maioria das especialidades médicas e em saúde disponibilizadas pelo SUS.



Mesmo avaliando positivamente o CIS, uma situação problemática enfrentada pelos que necessitam utilizar este serviço, diz respeito às estradas que ligam Capitão Enéas a Montes Claros. Na visão dos usuários, a distância entre os dois municípios, mesmo não sendo longa, traz desconforto e estresse para os que utilizam os serviços do CIS Grão Mogol. Citando os frequentes acidentes que ocorrem em alguns trechos, principalmente da BR 251, expressaram o desejo de mudança do trajeto por outra estrada mais segura, com menos trânsito.

Eu faço a viajo segurando “nas mãos de Deus” pois essas estradas são perigosas, na Br 122 há riscos de animais na pista, já na BR 251 tem caminhão demais além de buracos e asfalto ruim. Quase toda vez que eu viajo deparo com acidente. Bem que podia passar pela estrada na produção, mesmo tendo uma parte de terra é menos perigoso (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

Meu desejo era que o ônibus passasse pela estrada da Produção, essa é mais segura e mais próxima. Porém o motorista falou que o ônibus é monitorado e só pode fazer esse percurso perigoso. Se eles ouvissem a gente seria bom, mas fazem do jeito deles, colocam a nossa vida em risco. Então nos resta pedir que os políticos melhorem as condições das estradas para nós termos mais segurança nas viagens (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

Todos os usuários fizeram referências a acidentes nas BRs que ligam Capitão Enéas a Montes Claros. Assim, o receio de acidentes territorializa o trajeto entre as duas

idades. A seguir, na Figura 3, há imagens das duas rodovias que permitem o acesso a Montes Claros e que foram citadas nos relatos dos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas. Sendo esse o trajeto autorizado e realizado pelo micro-ônibus frequentemente.

Figura 3. Rodovias que ligam Capitão Enéas a Montes Claros	
MGC 122	Br 251
	
<p>Fonte: Santos, 2017</p>	

O desejo de passar por melhorias ou mudança do trajeto feito pelo micro-ônibus é requisitado pelos usuários que reivindicam, principalmente a viagem pela estrada da produção, apesar de ter parte do trajeto realizado por estrada sem asfalto, segundo eles, traria mais segurança para os passageiros do ônibus.

Figura 4. Estrada da Produção - Capitão Enéas a Montes Claros	
Trecho sem asfalto (09km ²)	Trecho com asfalto (40km ²)
	
Fonte: Santos, 2017	

O calor, natural do norte de Minas, também apareceu na narrativa dos participantes da pesquisa, como fator que traz desconforto para os que se deslocam de Capitão Enéas para Montes Claros no ônibus do CIS Grão Mogol, já que não tem ar condicionado no mesmo. Eles queixaram-se da falta de água e de banheiro no ônibus, destacando que muitas das pessoas com problema de saúde sentem necessidades de ir ao banheiro ou de beber água com mais frequência do que quem está sadio e nem sempre é possível parar em um ponto para que os usuários do CIS possam satisfazer suas necessidades fisiológicas, o que traz desconforto para muitos deles.

3.1.4 Demandas sociais, políticas, ambientais e econômicas

Os determinantes sociais, políticos, ambientais e econômicos do processo saúde-doença devem ser compreendidos, pelos planejadores das ações de políticas públicas, como importantes para o desenvolvimento de medidas que respondam aos anseios e necessidades da população, tanto no âmbito da prevenção como na promoção, tratamento e recuperação da saúde.

Os determinantes sociais relacionados à saúde, de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2012) dizem respeito às condições em que uma pessoa vive e trabalha, incluindo aspectos como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego e devem ser levados em consideração quando da implementação de qualquer ação de saúde.

Os sujeitos sociais que contribuíram com seus relatos relembrou as atividades econômicas desenvolvidas por eles, com a maioria ressaltando que a renda média familiar não ultrapassa um salário mínimo e como relatou um deles “*o que nós recebe mal dá pra comer*”.

Os recursos provenientes de aposentadoria e atividades como produtores rurais familiares. As atividades produtivas desenvolvidas por eles advêm ainda do trabalho como funcionários públicos, empregados domésticos, trabalhador rural.

São raros os que não possuem o ensino fundamental, assim como os que concluíram ou estão cursando o ensino superior.

Para o Ministério da Saúde as políticas públicas precisam se preocupar com as questões ambientais que envolvem a oferta dos serviços e o atendimento em saúde (BRASIL, 2012). Questões que dizem respeito ao:

- meio físico: unidades de paisagem, condições geológicas e topográficas, águas superficiais e profundas, drenagem; clima: meteorologia, temperatura, ventos e umidade;
- meio biológico: como se compõem a fauna e a flora locais? há espaços naturais preservados, áreas verdes protegidas?;
- dinâmicas ambientais: relações da comunidade com os serviços ambientais;
- uso do solo e mobilidade: localização das áreas residenciais, agrícolas, industriais e comerciais, e dos depósitos de resíduos; formas de deslocamento e vias de transporte (SANTOS e RIGOTTO, 2011, p. 399-400).

Nas falas dos usuários foi possível identificar aspectos relacionados à ausência de preocupação com problemas ambientais locais, com as ações e intervenções terem foco apenas na doença, como demonstram os relatos a seguir.

Uma coisa que eu fico impressionada é com a falta de comprometimento do povo e dos políticos com a saúde em geral. Não se vê um trabalho efetivo e constante de prevenção, só momentâneo, quando a doença atingi a população em massa eles correm para arruma uma solução (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

Algumas doenças que parecem ter sido eliminadas anos atrás, estão voltando com vírus mais fortes. Em minha rua não tem coleta seletiva, rede de esgoto funcionando, falta o mínimo de saneamento básico. Eu já tive dengue 2 vezes e poderia ter sido evitado. Até nas estradas a gente ver amontoados de lixos. Não adianta ter médico, remédio, se não tem cuidado da prefeitura

com o lixo pra não juntar mosquito e outros bichos que traz junto a doença (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

Essas colocações dos sujeitos sociais indicam que as ações do CIS fogem ao disposto pela Organização Mundial de Saúde quando ressalta que o campo de atuação da Saúde Pública deve se ocupar “das formas de vida, das substâncias e das condições em torno do ser humano, que podem exercer alguma influência sobre a sua saúde e o seu bem-estar” (BRASIL, 1999, p. 96).

O Ministério da Saúde destaca que alguns problemas de saúde estão associados a alterações ambientais.

Dentre os efeitos já estimados, no campo da saúde humana, destacam-se a propagação de doenças infecciosas, em especial aquelas de transmissão vetorial, aquelas com reservatórios animais em sua cadeia de transmissão e as de transmissão hídrica ou alimentar; os danos à saúde decorrente dos desastres de origem natural ou antropogênicos; doenças crônicas não infecciosas relacionadas às modificações ambientais e deficiências nutricionais (BRASIL, 2012, p. 5).

Uma das preocupações dos usuários do CIS é a constante interferência humana no ambiente que promoveu mudanças climáticas, afetando as estações do ano, alterações na temperatura ambiente e na produção de alimentos. Relatam ainda os muitos frutos e plantas do cerrado e animais que estão em extinção.

Toda vez que eu viajo eu lembro de como era bonita a paisagem, essas estradas eram verdes, os rios eram cheios tinham períodos de seca, mas fazia parte do clima, as fazendas na beira das estradas tinham gados nos pastos. Hoje muita coisa mudou aos córregos que corriam água a gente via e hoje não vê mais (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

[...] por essas regiões tinha pica pau, soldadinho na mata, onça, cobra. Hoje só se vê queimadas, poluição, seca muita tristeza ambiental. Isso só vem ajuda a piorar a nossa saúde, já que dependemos da natureza pra viver (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

As ações de políticas de saúde devem corresponder aos anseios, necessidades e condições socioculturais, econômicas e políticas dos usuários. Afirmativa que encontra sustentação em Sclair (2007) para quem:

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores

individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. (SCLAIR, 2007, p. 30)

Os usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas, discorreram sobre aspectos políticos, sociais, econômicos e culturais que interferem no desenvolvimento deste serviço.

Para os usuários, desde sua implantação o CIS Grão Mogol de Capitão Enéas vem construindo avanços significativos, mas continua distante o alcance do patamar desejável. A começar pela política econômica adotada que não proporciona o atendimento para os usuários do SUS na própria localidade de origem.

Os usuários entendem que o benefício do CIS, demonstrando distinguir com facilidade as precariedades no sistema local de saúde, que não estão ao alcance do serviço a nível local, e sim ligadas às questões político-administrativas em âmbito federal. Reconhecem assim o trabalho que a equipe desenvolve, dentro de suas condições de trabalho, buscando sempre o respeito mútuo. Fato confirmado na fala de um dos sujeitos sociais, participantes do estudo.

3.1.5 As territorialidades exercidas pelos usuários

Esse estudo traz o CIS Grão Mogol de Capitão Enéas como território de organização e prestação do serviço de saúde. Para a análise das territorialidades exercidas pelos usuários do referido serviço, levou-se em consideração as forças econômicas, políticas e culturais que, interrelacionadas, efetivam o território, assim como a apropriação e produção territoriais também marcadas pelos aspectos econômicos, políticos e culturais.

Como destaca Merhy (2010), o território da saúde, em decorrência da insuficiência de recursos financeiros, apresenta muitas insuficiências próprias dos atos produtivos em saúde, dentre os quais se destaca modelos centrados na hierarquização das ações e conseqüentemente a ausência de procedimentos e ações integralizadas e unificadas centradas no usuário. Desta forma, para Merhy (2010, p. 145) a solução para as insuficiências presentes nas ações de saúde seria a organização dos serviços de saúde de forma mais coletiva centradas no usuário de modo a permitir “a construção, no cotidiano, de vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e usuários na formatação das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas”.

Levando em consideração que o território da saúde está inserido num espaço capitalista onde nem os usuários (nem os profissionais da saúde) possuem autonomia e

oportunidade de agirem como atores sociais²⁰, e que a territorialização – enquanto relações sociais formatadas no espaço e que conferem função ao território – é o caminho para fazer o reconhecimento do território vivo e identificar situações-problemas e necessidades de saúde de uma determinada população, buscou-se identificar as territorialidades exercidas pelos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas. Levou-se ainda em consideração, nesta intenção, que as situações que envolvem os problemas de saúde pública não podem ser analisadas e nem decididas à margem dos sujeitos envolvidas como usuários dos serviços.

A territorialização segundo Pereira e Barcellos (2006) adquire pelo menos três sentidos diferentes e complementares: demarcação das áreas de atuação dos serviços, reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente nestas áreas; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais, como centros de referência.

O território de base dos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas pode ser compreendido através do uso do espaço e das trajetórias cotidianas, materializados pelos locais onde buscam abrigo, esperam o ônibus, fazem suas refeições, o próprio ônibus, os consultórios médicos, o hospital.

Foi possível identificar nos relatos dos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas, configurações demográficas, epidemiológicas, socioculturais, econômicas, ambientais, políticas e riscos que caracterizam a territorialidade. Foi possível identificar que eles passaram a utilizar os serviços do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas depois de peregrinarem pelos postos de saúde, consultórios médicos e busca por atendimento de saúde em hospitais do município e de municípios vizinhos.

Hoje eu sou bem atendida na Santa Casa de Montes Claros, faço hemodiálise três vezes por semana tudo por conta, o ônibus me pega quase na porta de minha casa e me deixa na porta do hospital. Saio de casa as 6h da manhã sou atendida as 11h e fico ate as 16h esperando todos serem atendidos para assim retornarmos. Mas eu não reclamo. Quantas pessoas não tem a mesma sorte que eu (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

[...] Esses dias conversando na porta do hospital com uma senhora de outro município ela me disse que paga 80 reais por dia para ser transportada da cidade dela até o hospital. Eu não pago nada de transporte, levo minha comida e um café pra tomar à tarde porque depois da hemodiálise fico no ônibus esperando pra voltar pra casa, porque não recebo comida nem lanche,

²⁰ Atores sociais são pessoas, instituições ou organizações que tem capacidade para mobilizar recursos de poder em intervenções sobre problemas de saúde. Cada um desses atores opera com um conjunto de expectativas e aspirações de futuro (CASTELLANOS, 2004).

mas pelo menos não pago pra viajar de Capitão até Montes Claros (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

De escolaridade variada, relataram uma dualidade em relação a construção e manutenção das relações sociais com os demais sujeitos que fazem uso do CIS. Em alguns momentos afirmaram a dificuldade em fazer e manter amigos e em outros a amizade e companheirismo existente entre os usuários do serviço.

Não tenho amizade mesmo com o povo do ônibus do CIS que vai pra Montes Claros de Capitão Enéas, mas nós conversa muito e um ajuda o outro dentro do ônibus e até no hospital no que der e precisa. (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

Eu posso dizer que fiz amigos nestas viagens até Montes Claros pra tratar. As vez quando to na labuta sem saber onde ficá em Capitão Enéas até a hora de pegar o ônibus eu alembro de meu amigo aqui e vou prá casa dele até na hora de sair. Na volta eu faço a mesma coisa e só bem aceito lá. Do mesmo modo ele pode ir na minha casa quando quiser, já convidei um tanto de vez, mas ele anda tão aperreado com a doença que não pode ir ainda (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

Os que residem fora da área urbana do município, ao mesmo tempo que citam a dificuldade em deslocar até Capitão Enéas, relatam o acolhimento dos usuários do serviço no local onde pegam o ônibus do CIS para seguir até Montes Claros, onde recebem atendimento médico-hospitalar. Segundo os usuários da zona rural que chegam muito cedo nos pontos de espera do ônibus, há uma solidariedade entre os demais que repartem alimentação, água, auxílio da rede de pessoas do território, não necessariamente do CIS.

Ainda há muita gente boa nesse mundão, pessoas que doam de coração sem interesses, nos ajuda dando uma xicara de café, emprestando o banheiro e ate dinheiro. Por ser uma cidade pequena aqui todo mundo conhece uns aos outros e sabe da vida da gente também, conta fuxica (riso) mas tá bom depois fica tudo certo (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

Com relação ao atendimento tanto em Capitão Enéas como em Montes Claros, foi possível identificar uma territorialidade instável e mutável, sujeitas a flutuações voluntárias e involuntárias determinadas pelas condições financeiras tanto dos usuários como do serviço de saúde, assim como pelas ações, interesses dos sujeitos envolvidos, mas que conforme os sujeitos sociais que participaram do estudo não inviabilizam o atendimento em saúde nem os vínculos ou a adesão ao tratamento.

A territorialidade dos usuários é marcada pela temporalidade. Muitos relatos apontam que o uso do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas além de demandar tempo referente ao deslocamento do local de origem até Montes Claros, ainda pode resultar em um tratamento por meses e até anos. Nestes períodos os usuários do CIS, durante a espera pelo ônibus, assim como pelo atendimento médico saem pelas cidades para passar o tempo, fazer compras, resolver outros problemas.

Eu já fiz amizade com muita gente de cidades vizinhas, a gente troca receitas, ervas pra fazer chá, conversa com um e com outro, tem pessoas dispostas a ajudar mais também tem aproveitadores. O bom seria ter uma casa de apoio que nos acolhesse de graça assim que terminássemos o tratamento e ficássemos tranquilos a espera do ônibus (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

Tem dia que fico zanzando nas ruas de Montes Claros, outros dias fico dentro do ônibus numa praça onde ele fica parado, esperando até a hora de voltar e o que mata a gente é o calor, as vezes tenho que descer do ônibus e ir pedir água nas casas ou vendas lá de perto senão a gente morre de sede. (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

Uma questão colocada pelos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas diz respeito ao ônibus. Reclamam do calor do norte de Minas que traz desconforto no trajeto entre Capitão Enéas e Montes Claros e da falta de ar condicionado no ônibus.

Outra questão colocada pelos pesquisados é a falta de individualização do tratamento dentro do ônibus, fato que, apesar de valorizar o coletivo, destituindo-lhes das diferenças econômicas e sociais, desvaloriza suas condições particulares de saúde, como demonstrado no relato a seguir.

Sinto um pouco incomodada com a falta de atenção dentro do ônibus. Depois da quimioterapia sinto enjôo, dor de cabeça, e não tem nenhuma pessoa da área de saúde pra me socorrer, me dar um remédio, sei que a maioria que esta dentro do ônibus passam por situações difíceis, mas queria um pouco mais de cuidado não por parte dos colegas mas por parte dos gestões dos CIS. Quem nos ajuda é o motorista ou a acompanhante que esforçam para ajudar nós dando água. Tem hora que um outro doente vê se a nossa temperatura tá normal, se nosso coração tá batendo forte, mas eles não tem formação pra isso. Coitados, só tem mesmo a intenção de ajudar, porque até eles tão precisando de ajuda (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

Identifica-se no relato do usuário, a precariedade do CIS, pois apesar de se tratar de um serviço em saúde, não dispõe de um profissional da área, nem mesmo um técnico em enfermagem para acompanhá-los durante a viagem. Muitos deles, no retorno para Capitão

Enéas passam mal após os procedimentos em saúde (quimioterapia, radioterapia, hemodiálise) e são socorridos pelos demais passageiros, muitos deles também necessitando de atendimento.

3.1.6 Aspectos históricos e sociais

Para Dieguez (2011):

[...] pode-se compreender o conceito de consórcios intermunicipais através da seguinte definição mínima. Consórcios intermunicipais são formados por uma rede federativa em que se constituiu uma arena política de cooperação horizontal entre dois ou mais entes federativos municipais, voltada para a produção compartilhada de decisões sobre políticas públicas. (DIEGUEZ, 2011, p. 299):

Os usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas que contribuíram com este estudo definem o CIS como uma inovação na prestação de serviço em saúde para a população. Retomam aspectos do atendimento em saúde antes do CIS, relatando a dificuldade que encontravam antes para uma consulta com um médico especialista e para realizar exames de média e alta complexidade. Destacam que agora contam com muitas especialidades médicas, laboratórios e clínicas credenciadas, com a Secretaria de Saúde do município encaminhando os pacientes para atendimento em saúde.

Desde criança lembro dos meus indo a Montes Claros fazer feira, consultar e vender, tudo era resolvido em Montes Claros. Antes nos ia pela estrada da produção, essa era cheia de buracos e muita terra solta, muita poeira, mas era mais perto e tinha pouco carro passando. O pessoal de Burarama também costumava pegar o trem. Quando alguém adoecia tinha que ir as pressas pra Montes Claros, pois era lugar com mais recursos, quem não tinha carro pedia algum fazendeiro ou político pra levar. As vezes a gente ate tinha o dinheiro mas não tinha condução. Com a implantação do CIS melhorou bastante, pois temos atendimento no médico e no hospital de graça, num precisamos pagar nada pra ir. Tudo é marcado pelo agente de saúde que fala com a gente o dia, o lugar e a hora da consulta em Montes Claros (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

Hoje tá muito miô. Nós sai de Capitão Enéas sabendo que vai ser atendido em Montes Claros. Só falta eles pô um fresquinho nesse ônibus pra miorá a viagem, aqui dentro é muito quente e ainda falta água pra matá a sede (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas).

O CIS dentro do SUS é uma política pública que auxilia na melhora da prestação de serviço da atenção à saúde, principalmente nos pequenos municípios onde a dificuldade de manter um serviço de saúde de qualidade e abrangente é um grande desafio.

Segundo entendimento de Dieguez (2011):

Do ponto de vista político, a formação de consórcios intermunicipais significa o surgimento de uma nova arena pública, em que as autoridades governamentais negociam os conflitos e os limites que cercam suas decisões sobre as regras que expressam uma intenção de influenciar, alterar e/ou regular o comportamento individual ou coletivo e o acesso de indivíduos e grupos sociais aos recursos distribuídos socialmente. Isto é, um novo espaço institucionalizado de decisão sobre políticas públicas, cuja principal característica, conforme se destacou no debate normativo e jurídico dos consórcios, é a gestão compartilhada. (DIEGUEZ, 2011, p. 298):

A cooperação, um dos princípios dos CIS, aparece nos relatos dos usuários como um fator relevante para que o município de Capitão Enéas tenha condições de oferecer um serviço qualitativo, viabilizando uma política pública de forma adequada, possibilitando o uso racional dos recursos, a partir da conjugação de esforços com outros municípios na resolução de problemas envolvendo a saúde da população.

Após esta primeira etapa, os elementos identificados pelos usuários do CIS no trajeto entre Capitão Enéas e Montes Claros foram digitados e foi criado um banco de dados utilizados para confrontar com o desenho do mapa final.

3.2 A construção coletiva de mapa do território de Capitão Enéas a Montes Claros - MG

Segundo Martinelli (2014), assim como o homem deixa suas marcas por onde passa, sente também o desejo e a necessidade de representar-se espacialmente, o que sempre foi feito através dos mapas, a mais antiga representação do pensamento geográfico.

Ainda na antiguidade os mapas eram desenhados nas cavernas, na argila, nas peles de animais. Os percursos de caça, uma das primeiras formas de representação espacial, eram registrados nas pinturas rupestres. Com o conhecimento relacionado à astronomia, surgiram também novas tecnologias que possibilitavam a medição e identificar aspectos da terra com mais precisão e utilizar estas informações para auxiliar a agricultura, por exemplo.

Entretanto, somente nos séculos XV e XVI, período das Grandes Navegações, que foi houve um avanço maior nas representações cartográficas, mais próximo da realidade. Os procedimentos metodológicos de mapeamento participativo, ou cartografia social, com a

construção coletiva de mapas, fundamentada em vivências, relato oral, na cultura e percepção dos sujeitos sociais, no entanto, só surgiram a partir da segunda metade do século XX.

Para Almeida (2004) o Mapeamento Participativo contribui para a construção da identidade de um povo, de uma comunidade e é um excelente recurso para promover uma reflexão crítica sobre as características e dimensões identitárias em um determinado território, dando visibilidade a povos, comunidades e grupos vulneráveis, que vivem estigmatizadas e/ou em situações de abandono e com acesso restrito aos serviços de saúde, educação, transporte, moradia, dentre outros considerados básicos.

Ainda segundo Acselrad (2008, p. 38), o mapa “que se quer participativo entende ligar os atores e o território, construir o território com os atores e mobilizar estes atores através do território sob a hipótese de que nessa relação uns e outros se transformam”.

Neste trabalho, além do registro visual através de desenho, dos locais e acontecimentos, buscou-se também inserir as falas dos que participaram da construção do mapa demonstrando aos usuários que eles são capazes de contribuir e construir políticas que coerentes com a realidade local.

Eu nunca imaginei que eu seria capaz de fazer um mapa tão importante quanto o que nos fez. Quando a pesquisadora falou pra nós do trabalho eu pensei que era coisa de criança. Mas a cada oficina nós percebia quanto tempo nós perdeu em não divulgar a nossa realidade. Quem sabe do nosso dia-a-dia não é o governo é a gente que vive aqui a tempo. Com esse mapa nós pode melhorar o que é bom e divulgar o nosso território. Agora o mundo todinho pode conhecer a nossa saga. (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas)

Gorayeb (2014) destaca que os mapas coletivos têm diversas finalidades e usos, dentre as quais a luta pela posse de terras, denuncia de situações de um determinado território, divulgação da cultura de um determinado povo ou lugar. Neste estudo teve como objetivo divulgar aspectos políticos, sociais, ambientais na visão dos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas por meio de um serviço de saúde. Demonstrando a relação desses sujeitos com o território usado – Capitão Enéas a Montes Claros.

Quando eu vejo o mapa que nós fizemos eu consigo localizar cada ponto na estrada e vejo quanto ele pode nós auxiliar a buscar algo que venha ajudar o povo. Tem 5 anos que eu faço esse trajeto, hoje sei que muitas coisas precisam ser melhoradas e implantadas tanto em Capitão Enéas como Montes Claros, principalmente na área da saúde. Muitos serviços poderiam ser resolvidos por aqui sem a necessidade de deslocar diariamente a outra cidade. Não é sempre que a gente tá disposta a viajar. Ainda bem que Montes Claros é pertinho o mapa que nós fizemos mostra isso. (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas)

Esse serviço é muito importante pra nós, mesmo com todos os transtornos na área da saúde, eu não canso de agradecer. As oficinas de construção do mapa foi importante para nos mostrar o potencial de um trabalho cartográfico, que serve para buscar e identificar melhorias e valorizar o nosso espaço. (Relato de um usuário do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas)

Quando é dado os protagonistas sociais a oportunidade de relatar o seu cotidiano, percebe-se que eles podem reconstruir sua experiência de forma reflexiva e, ao fazer uma auto análise tem a chance de indicar novas bases de compreensão do dia a dia. Ferrer (1995) considera que a historicidade narrativa e a expressão biográfica dos fatos percorridos se converte em um elemento catártico de (des)alienação individual e coletiva, que permite situar-se desde uma nova posição no mundo.

Interessante informar que mais que desenhos e símbolos, os registros no mapa, apresentado a seguir, são dotados de valores e sentimentos diversos dos usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas, já que foi elaborado a partir do diálogo entre os participantes.

Figura 5. Oficina de Mapa Mental do trajeto / Capitão Enéas a Montes Claros



Fonte: Santos, 2017/2018

A dinâmica para desenho do mapa consistiu na realização de oficinas diárias, durante semanas, com a participação de aproximadamente 26 pessoas, dentre as que fizeram a

viagem no ônibus do CIS Grão Mogol, uma ou mais vezes, no percurso entre Capitão Enéas e Montes Claros.

Figura 6. De Capitão Enéas a Montes Claros/MG – Mapa situacional



Fonte: Santos, 2017/2018

O registro no mapa foi feito pelos participantes das oficinas. Os mesmos apontaram as estradas, definiram como seriam organizados os elementos etnográficos no território, o que seria adicionado ou excluído no mapa, identificaram edificações, as árvores, os rios, pontes, e outros detalhes, além da legenda.

Mapa 5. A Cartografia Social dos usuários do CIS – Grão Mogol de Capitão Enéas



Fonte: Usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas - MG

Na legenda feita pelos usuários; *A Igreja* - representa a fé, a esperança da cura da doença, a proteção e o livramento nas estradas, toda vez que se passa em um lugar considerado por esses, sagrado, tens se o ato de tirar o chapéu , abaixar a cabeça ou fazer o sinal da cruz.

A Cruz - são os locais que aconteceram acidentes envolvendo veículos, animais ou pedestres com vítimas fatais, essas foram identificadas em lugares com curvas, descidas, encostas, baixadas. Esses lugares são pontos onde a sinalização e fiscalização precisa de uma atenção melhor.

Os Postos de Combustíveis - são lugares de paradas para ir ao banheiro, tomar um café, “esticar as pernas” comprar algo, representam também lugares de negação para muitos usuários, uma vez que querem chegar “logo” ao destino.

A comunidade de Camarinha - localizada na MGC 122, antes era um ponto de apoio. Nesta localidade tinha uma parada para descansar ou pegar algum passageiro, ali os que se encaminhavam para Montes Claros em busca de atendimento em saúde encontravam muitos conhecido com quem trocavam informações, batiam papo. Hoje não há mais essa parada, moradores dessa comunidade não dispõem do serviço do CIS Grão Mogol.

A Comunidade de Poço Novo localizada na estrada da Produção seria um ponto de parada se o ônibus passasse por essa rodovia, poderia ajudar os moradores dessas comunidades.

O Posto Rodoviário - é o local de segurança na estrada, porem está desativado no momento, mas quando estava funcionando a 6 anos atrás, frequentemente fiscalizava os veículos e passageiros.

Os animais nas estradas - representam a falta de fiscalização nas rodovias, muitos acidentes com vítimas fatais foram oriundos de animais nas pistas. Pela estrada da Produção e no trecho da MGC 122, esse risco ainda é maior.

Os buracos - identificam as péssimas condições das estradas cujo asfalto é cheio de buracos e ondulações. Mesmo que há reformas é uma situação constrangedora. *O ônibus* - é o meio de transporte que leva esperança da cura o remédio para aliviar a dor. Mesmo o veículo sendo antigo, esse tem um valor significativo para os usuários.

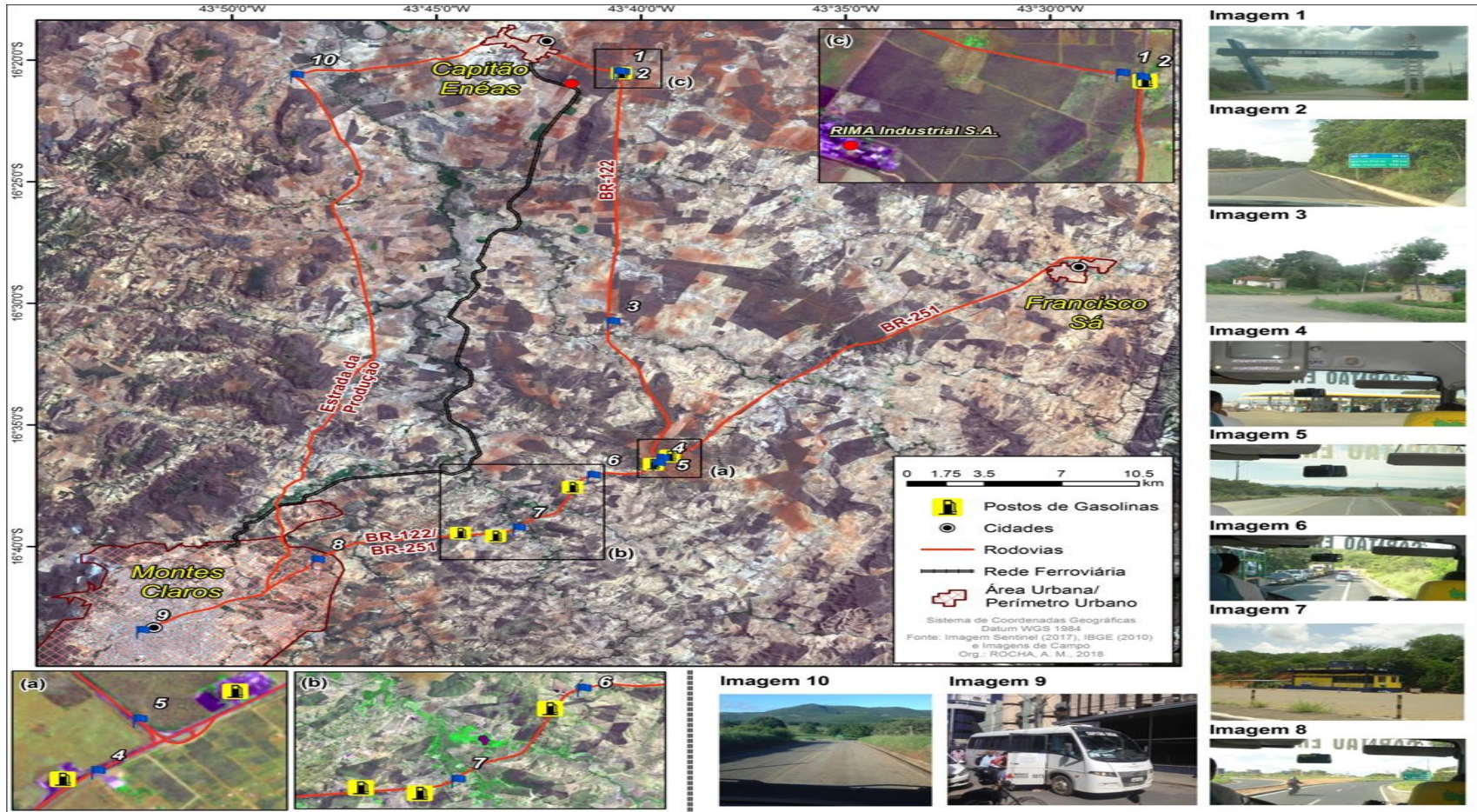
Os Postos de atendimento a saúde - são considerados pelos usuários o prolongamento da vida. *O trem de ferro* - desativado desde a década de 1990, foi citado por muitos usuários como um meio de transporte que se ativado ajudaria na economia local e no transporte de pessoas e mercadorias, para eles representaria a certeza de uma viagem mais

tranquila e até mesmo com mais conforto já que o ônibus é apertado e passa por estradas perigosas.

A paisagem - representa a vegetação típica da região com período de estiagem prologada, fato demonstrado visivelmente na vegetação ao longo do trajeto. Nos períodos chuvosos é possível ver mais o verde, as plantações, os pastos e a alegria do sertanejo.

No Mapa 6 é possível identificar a localização de alguns lugares registrados pelos usuários, durante o trajeto de Capitão Enéas a Montes Claros. Cada ponto registrado tem um significado singular para o grupo.

Mapa 6. Localização e imagens de pontos relevantes no trajeto de Capitão Enéas a Montes Claros MG no trajeto



A imagem 1 - identifica a entrada principal da cidade de Capitão Enéas, para os participantes da pesquisa, a faixa transmite a sensação de alívio pois “*chegamos em casa*” afirmam os usuários. *A imagem 2* - mostra a saída principal da cidade, rumo a Montes Claros, sempre há uma pequena parada neste ponto para a invocação individual das forças divinas que cada um presente no ônibus acredita.

Na imagem 3 - tem-se a comunidade de Camarinhas, pertencente ao município de Francisco Sá, mas com forte relação com Capitão Enéas, as vezes há paradas nesta localidade para comprar doces caseiros, tomar água de coco. *A imagem 4* - mostra o Posto de Combustível usado pelos usuários para fazer o lanche coletivo, toda viagem cada um contribui com um café, biscoito, bolo que são partilhado entre os presentes “*como saímos muito cedo de casa as vezes não dar tempo tomar o café da manhã então eu sempre trago algo e divido com os colegas*”.

A imagem 5 - identifica o ponto conhecido como Trevo do Perigo, sai-se da Br MGC 122, e entra na Br 251. *A imagem 6* - mostra um dos pontos mais críticos do percurso, buracos, falta de sinalização, tráfego intenso. Um dos usuários relata “*todo ano há reformas nesta estrada mas não adianta nada, só gasto público*”.

Na imagem 7 - tem-se o Posto Rodoviário Federal, quando estava funcionando parava os veículos fiscalizavam, neste momento esta desativado, mas com indicativos de voltar a funcionar. *Na imagem 8* - visualiza a entrada da cidade de Montes Claros, “*quando passa por este ponto sei que cheguei a Montes Claros e logo começará o meu tratamento*” fala de uma participante da pesquisa. *Imagem 9* - o principal ponto de parada em Montes Claros, cerca de 90% dos usuários ficam neste ponto enfrente o Hospital Santa Casa e segue para ser atendidos. Chega-se neste ponto por volta de 8 horas e quarenta minutos e por volta das dezesseis horas, todos devem estar a espera para o retorno. *A imagem 10* - um dos pontos da Estrada da Produção, saída da estrada de terra e entrada do asfalto.

De acordo com Corrêa (2009, p. 3) os mapas não se limitam às representações com base em dados estatísticos, mas podem incluir também representações gráficas de tudo aquilo que é “lembrado, imaginado e contemplado (...) material ou imaterial, real ou desejado, do todo ou da parte (...) vivenciado ou projetado.

Ao transferir as informações para uma base cartográfica o mapa produzido pelos usuários ganha forma digital como é demonstrado no mapa abaixo, referenciando nas informações passadas pelos usuários durante o processo de produção do mapa situacional, aqui apresenta o mapa digital respeitando as técnicas cartográficas inserindo elementos significativos para os usuários no trajeto de Capitão Enéas a Montes Claros. (Mapa 7)

Mapa 7. De Capitão Enéas a Montes Claros - O trajeto dos usuários do CIS Grão Mogol



Esta é uma forma de valorizar a percepção daquele que conhece o território e demonstra-los que são importantes no processo de construção de políticas públicas.

Para Jacques Lévy (2008) o mapa pode tornar-se um vetor privilegiado de *acomodação ao tempo dos atores*, um ordenamento do território privilegiando as margens de liberdade sobre os constrangimentos estáticos, as questões de sociedade sobre os cenários prontos e acabados, a governança sobre as políticas públicas setoriais, o político sobre a política, visando associar fortemente prospectiva e cidadania. Os mapas e representações espaciais produzidos pelos mais diversos grupos sociais precisam ser considerados e ativos.

Park (2008) diz que a disseminação social dos mapas daí decorrente tem sido entendida como portadora de múltiplos efeitos, desde a multiplicação democratizante das formas de interpretar o mundo, até o acirramento dos mecanismos autoritários de controle, próprios a uma “sociedade da vigilância”.

Ao registrar a percepção mais que representações cartográficas, o mapeamento coletivo conseguiu promover o conhecimento da realidade local a partir do cruzamento entre passado, presente (e futuro) em cada momento vivido, explicitando desejos. Entre as falas de um e outro, os usuários foram construindo suas histórias no lugar fazendo ressurgir na memória coletiva os desejos, sonhos reivindicações dos envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo, realizado a partir da construção do mapa situacional do trajeto entre Capitão Enéas e Montes Claros, durante as viagens realizadas para atender as necessidades de saúde de alta e média complexidade dos usuários do CIS Grão Mogol, permitiu confirmar que o acontecer social, político e econômico observado no cotidiano do sujeito, pode ser portador de futuras consequências estruturais, principalmente quando há o reconhecimento e a valorização da complexidade e relevância do senso comum. Apresentar as vivências dos usuários do CIS Grão Mogol, para fins de organização e implantação de políticas de saúde que atendam melhor a população local, bem como ampliar e efetivar direitos de cidadania, observados nas lutas sociais que possam ser reconhecidos institucionalmente, é reconhecer que o discurso do outro pode ser uma fonte reveladora de ações mais participativas que contribuam com a assistência a população, transparência na tomada de decisões e redistribuição de recursos na escala estadual e municipal. Isso exprime satisfação e pode representar melhorias sociais nos serviços direcionados à saúde ofertada, adaptando-os as condições locais.

Ao verificar a relação intermunicipal dos municípios de Capitão Enéas/MG e Montes Claros/MG comprovou-se que Montes Claros enquanto polo regional na área tanto comercial como educacional e de saúde sempre contribuiu e continua a contribuir com as pequenas cidades de seu entorno, como é o caso de Capitão Enéas.

Foi possível observar como os usuários atendidos pelo CIS Grão Mogol, valorizaram os momentos do estudo em que eles tiveram a oportunidade de relatar suas vivências no território entre as cidades de Capitão Enéas e Montes Claros, assim como a relação deste território com o atendimento em saúde.

Para os participantes deste estudo, apesar de antes do Consórcio Intermunicipal de Saúde ser posto em funcionamento o município não ter consultado a população que iria utilizar tal serviço, este ainda é melhor do que antes, visto que agora além da garantia de atendimento médico e hospitalar em Montes Claros, já que exames, consultas e internações são agendados com antecedência, eles ainda não pagam pelo transporte. Diferente de antes, quando tinham que se deslocar, por conta própria, para Montes Claros ou outro centro onde fosse possível o atendimento em saúde desejado e necessário e sem a garantia de atendimento, tendo que peregrinar pelos hospitais e consultórios médicos.

Os resultados do estudo permitiram perceber, na fala dos usuários do CIS, a necessidade de um diálogo maior por parte de quem propõe e executa as políticas públicas, de

modo a favorecer o reconhecimento do caráter histórico, social, político e econômico da população local que busca serviços no setor de saúde, ou seja, a necessidade de romper com políticas públicas de modelo normatizador e intencionalista, priorizando a fala do sujeito social que usa o território para conhecer a realidade e as demandas do lugar.

Neste contexto, foi possível entender que o trajeto feito pelo CIS Grão Mogol de Capitão Enéas a Montes Claros atende, de fato, a demanda daqueles que se servem desse serviço. Entretanto, foram frequentes nas falas dos usuários as reclamações em relação aos perigos de acidentes nas BRs que ligam as duas cidades e que traz estresse aos usuários, assim como as condições do ônibus, onde falta água, ar condicionado e um profissional de saúde para acompanhar os usuários (todos com algum problema de saúde).

A construção do mapa situacional, de forma participativa, possibilitou compreender, que apesar do CIS representar uma melhora no atendimento em saúde à população de Capitão Enéas, ainda falta muito para que as diretrizes e preceitos do SUS sejam alcançados. Mudanças aconteceram também no território econômico, social e ecológico. Se o acesso ao tratamento em saúde ficou mais fácil, o que representa certo avanço nos territórios social e econômico da população, o território ecológico necessita de um olhar mais apurado, pois aspectos significativos têm sido registrados em relação ao meio ambiente local.

Enquanto pesquisadora, a realização do estudo representou a oportunidade, de conhecer a realidade do sistema único de saúde, e do Consórcio Intermunicipal de Saúde, sua dinâmica de trabalho, a rotina de atendimentos, a relação entre a demanda da população e os recursos disponíveis e até mesmo a oportunidade, a partir da construção do mapa situacional, de proporcionar aos usuários do CIS, repensar e propor estratégias de melhoria do referido serviço. A oportunidade de realização deste estudo representou, para todos os envolvidos no processo diagnóstico do atendimento do CIS, assim como de análise do território, um aprendizado e uma experiência, inigualáveis, cujos resultados, espera-se sirvam para que os responsáveis pela implantação e implementação de serviços de saúde pública nos pequenos municípios despertem para a necessidade de, cumprindo o estipulado na Constituição Federal Brasileira, ouvir a participação antes de adotar as propostas de atendimento em saúde.

Ficou o entendimento de que a construção do mapa situacional demanda do pesquisador desvestir-se do papel de protagonista e possibilitar aos sujeitos – no caso deste estudo os usuários do CIS Grão Mogol de Capitão Enéas, autonomia para refletir sobre seu próprio território, opinar, relatar, pois só assim vai ser possível a ressignificação da cartografia, como propõe a metodologia da Nova Cartografia Social.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, Joice Aparecida Antonello. Concepções de espaço geográfico e território. **Sociedade e Território**, Natal, v. 22, nº1, p. 46-64, jan./jun. 2010.

ACSELRAD, Henri (org). **Cartografias sociais e território**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, 2008. (Coleção Território, ambiente e conflitos sociais)

_____. A crítica do “ambiente” e o ambiente da crítica. **Antropolítica: Revista Contemporânea de Antropologia**, n. 36, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.uff.br/index.php/antropolitica/article/view/227>. Acesso em: 09.maio.2017.

_____. Disputas cartográficas e disputas territoriais. In: **Cartografias sociais e território**. Henri Acselrad (organizador). Rio de Janeiro : Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, 2008.

AFONSO, Priscila Caires Santana. Os conflitos no/do hidroterritório norte-mineiro. **Sociedade e Território**, Natal, vol. 27. Edição Especial I – XXII ENGA. p. 229-250, set. 2015.

ALMEIDA, M. G.; VARGAS, M. A. M.; MENDES, G. F. **Territórios, Paisagens e Representações: um diálogo em construção**. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2736/273619427003.pdf>. Postado em 2011. Acesso em: 8.ago.2017.

ALMEIDA, A. W. B. Identidade, Territórios e Movimentos Sociais na Pan –Amazônia. In: **Populações Tradicionais: questões de terra na Pan-amazônia**. Belém. UNAMAZ, 2005.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CHIORO, Arthur; ZIONI, Fabiola. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, Márcia Faria; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de (Org.). **Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001. p. 27-47.

ANDRADE, M. C. **A questão do território no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2004.

ARCHELA, Rosely Sampaio. Abordagens da cartografia na segunda metade do século XX. **Geografia**. Rio Claro. v. 32, p. 275-294, 2007.

BAGGIO, Ulysses da Cunha. **A luminosidade do lugar** – circunscrições intersticiais do uso de espaço em Belo Horizonte: apropriação e territorialidade no bairro de Santa Tereza (2006). Disponível em <http://www.teses.usp.br/>. Acesso em: 18 ago.2017.

BARCELLOS et al. **O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização**. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/69304693/O-territorio-da-Saude-A-organizacao-do-sistema-dde-saude-e-a-territorializacao>. Postado em 2006. Acesso em: 12.out.2017.

BENJAMIN, Walter. **Obras escolhidas**: Magia e técnica, arte e política – ensaios sobre literatura e história da cultura. v. 1. 7ª ed. Trad. de Sergio Paulo Rouanet. São Paulo: Brasiliense, 2008.

BONNEMAISON, J.; CAMBREZY, L. Le lien territorial: entre frontières et identités. *Géographie et cultures*, n.º. 20, 1996.

BORGES, Alice Gonzales. Consórcios Públicos, Nova Sistemática e Controle. **Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico**. Salvador, Instituto de Direito Público da Bahia, número 6, mai/jun/jul de 2006. Disponível na Internet: <http://www.direitodoestado.com.br>. Acesso em: 18.set.2017.

BRAGA, Reinaldo Queiroz; RIBEIRO, Hélio Alessandro. Administração de Consórcios Intermunicipais de Saúde. **Revista Brasileira de Gestão e Engenharia** Centro de Ensino Superior de São Gotardo Número III Jan-jun 2011, p. 105-122. Disponível em: <http://www.periodicos.cesg.edu.br/index.php/gestaoeengenharia>. Acesso em: 12.SET.2017.

BRASIL, Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Geografia (5ª a 8ª séries)**. Brasília: MEC/SEF, 1998.

_____. **Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Brasília – DF: STF, 2005.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora. **Relatório de Consultoria - Projeto 1.04.21**. Brasília, 20 set. 2004.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos municípios brasileiros 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal. Brasília, 1988

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 set 1990.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: MS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em 12.set.2017.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Mudanças climáticas e ambientais e seus efeitos na saúde: cenários e incertezas para o Brasil**. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2012.

CADERNOS BDMG. Belo Horizonte, n. 13, p. 1-112, 2006.

CAMPANHOLE, Adriano; CAMPANHOLE, Hilton Lobo. **Constituições do Brasil**. 6ª Edição. São Paulo: Atlas, 1983.

CASTELLS, Manuel. Paraísos Comuns: identidade e significado na sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra, 1999

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO. **A gestão administrativa e financeira do SUS**. Brasília – CONASS, 2011.

CORRÊA, Roberto Lobato. **Sobre a Geografia Cultural**. Disponível em: http://www.ihgrgs.org.br/Contribuicoes/Geografia_Cultural.htm. Postado em: 2009. Acesso em: 13 abr.2018.

CRUZ, M. do C. M. T. **Consórcios Intermunicipais: uma alternativa de integração regional ascendente**. São Paulo, Pólis, 2002

CALDAS, E. L. **Formação de agendas governamentais locais: o caso dos consórcios intermunicipais**. São Paulo: FFCLCH/USP, 2007.

CARBALLEDA, A. J. M. Cartografías e Intervención en lo social. In: TETAMANTI, M.D (Org). **Cartografía social: investigaciones e intervención desde las ciencias sociales: métodos y experiencias de aplicación**. 1a ed. – Comodoro Rivadavia: Universitaria de laPatagonia, 2012. 162p. Disponível em: <https://www.margen.org/Libro1.pdf>. Acesso em: 16.ago.2017.

CARREIRA, Lígia; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. **Rev. bras. enferm.** vol.63 no.6 Brasília Nov./Dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600010. Acesso em: 5.set.2017.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 de agosto de 2017.

COELHO, Ricardo Correa. **O Público e o Privado na Gestão Pública**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO. Os consórcios intermunicipais de saúde: um enfoque institucional, jurídico e espacial. **IV Congresso de Gestão Pública**. Brasília – DF: 2011.

CORRÊA, Roberto Lobato. **Trajetórias Geográficas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

D'ANDRÉA, A. et al. *Intersetorialidade – um desafio de gestão em saúde*. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, Florianópolis, Santa Catarina, v.1, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2653/265319560020.pdf>. Acesso em: 25 de agosto de 2017

DAYRELL, C. A; LUZ, C. (org.). **Cerrado e Desenvolvimento: tradição e atualidade**. Montes Claros- MG: Ed. Unimontes, 2000.

DELEUZE, G., & GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia** (Vol. 5). São Paulo: Ed. 34, 1997.

DIEGUEZ, Rodrigo Chaloub. Consórcios Intermunicipais em foco: Debate conceitual e construção de quadro metodológico para análise política e institucional. **Cadernos do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 9, p. 291-319, jul.-dez. 2011. Disponível em: http://centrocelsofurtado.com.br/arquivos/image/201111011227580.CD9_artigo_12.pdf. Acesso em: 12 abr.2018.

DINIZ FILHO, Paulo Ricardo. Federalismo, indução estadual e cooperação intermunicipal: A experiência de dois Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais. **Perspectivas em Políticas Públicas**. v. VI, n. 11, p. 155-196. Belo Horizonte, jan./jun. 2013

DUTRA, Elza. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia**. v.7, n. 2, 2002, p. 371-378.

EDUARDO, Márcio Freitas. Território, Trabalho E Poder: por uma geografia relacional. Campo-Território: **revista de geografia agrária**, v. 1, n. 2, p. 173-195, ago. 2006.

FONTENELLE, J.R. Klinger. **Programa Saúde da Família – PSF Comentado**. Goiânia: AB, 2008

FRANÇA, Iara Soares de; SOARES, Beatriz Ribeiro. O sertão norte-mineiro e suas transformações recentes. **II Encontro do Grupo de Pesquisas**. Agricultura, Desenvolvimento Regional e Socioeconômico. Uberlândia – MG: UFU, 20 a 22 de jun.2006. Disponível em: <http://w3.ufsm.br/engrup/iiengrup/pdf/t39.pdf>. Acesso em: 22.nov.2017.

FREITAS JUNIOR, Dionysio Borges de; MESQUITA, Daniel Leite. Consórcios Intermunicipais de Políticas Públicas em Minas Gerais: Redes para a Prestação Eficiente de Serviços ao Cidadão. **XXXIV Encontro do ANPED**. Rio de Janeiro – RJ, 25 a 29.set.2010. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/apb1375.pdf>. Acesso em: 18.ago.2017.

FUINI, L. L. Territórios e territorialidades da música: uma representação de cotidianos e lugares. **GEOUSP – Espaço e Tempo (Online)** São Paulo, v. 18, n. 1, p. 97-112, 2014.

FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. . **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2008.

GORAYEB, Adryane; MEIRELES, Jeovah. Cartografia Social vem se consolidando com instrumento de defesa de direitos. **Rede Mobilizadores**, 10 fev. 2014. Disponível em: <http://www.mobilizadores.org.br/coep/Publico/consultarConteudoGrupo.aspx?TP=V&CODIGO=C20142610482831>. Acesso em 12.ago.2017.

_____. Cartografia Social e Populações Vulneráveis. In: **Cartilha Rede de Mobilizadores: Oficina do Eixo Erradicação da Miséria**, 2014. Disponível em <http://www.mobilizadores.org.br/wp-content/uploads/2014/07/Cartilha-Cartografia-Social.pdf>. Acesso em: 18 maio.2018.

HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HAESBAERT, R. **Regional-global**. Dilemas da região e da regionalização na geografia contemporânea. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. 208 p

HARVEY, D. **A produção capitalista do espaço**. São Paulo: Annablume, 2005

HEIDMANN, Ivonete T.S. Buss et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2006, vol.15, n.2, pp.352-358.

HEIDRICH, A. L. Conflitos territoriais na estratégia de preservação da natureza. In: SAQUET, M. A.; SPOSITO, E. S. (Orgs.). **Território e territorialidades**: teorias, processos e conflitos. São Paulo: Expressão Popular, 2009. p. 271- 290.

IANNI, O. A desterritorialização. In: _____**A sociedade global**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995. p. 89-105.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira . Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro : IBGE, 2015.

_____. **Arranjos populacionais e concentrações urbanas no Brasil** / IBGE, Coordenação de Geografia. - 2. ed. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016

_____. Cidades. **Capitão Enéas**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/capitao-eneas/panorama>. Postado em 2017. Acesso em: 24 abr.2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Brasil em desenvolvimento**: Estado, planejamento e políticas públicas. Serie Brasil: o estado de uma nação v. 3. Brasília: IPEA, 2009

INSTITUTO FEDERAL DO NORTE DE MINAS GERAIS - IFNMG. **Plano de Desenvolvimento Institucional** - PDI 2014-2018. Disponível em: <http://www.ifnmg.edu.br/mais-noticiasportal/108-portal-noticias-2013/5891-rumos-definidos-para-os-proximos-cinco-anos>. Postado em 2014. Acesso em: 10 fev. 2018.

KATUTA, Ângela M. A(s) natureza(s) na e da cartografia. In: SEEMANN, Jörn (org.) **A aventura cartográfica**: perspectivas, pesquisas e reflexões sobre a cartografia humana. Fortaleza: Expressão gráfica, 2005.

LEFÉBRVE, H. **Espacio y Política**. Barcelona, Ediciones Peninsula, 1976.

LEITE, Maarcos Esdra; MIRANDA PRIMO, Núbia Karina. **Os consórcios públicos intermunicipais no norte de Minas Gerais**: desafios do consórcio de desenvolvimento ambiental sustentável do norte de Minas. Disponível em: <http://www.ppgds.unimontes.br/index.php/dissertacoes>. Postado em 2016. Acesso em: 13.out.2017.

LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N.; MACHADO, C. V. e VIANA, A. L. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 7., 2012.

LIMA, A. P. G. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(4): 985-996, out-dez, 2000

LIMA, de Gonçalves Ivaldo & LIMONAD Ester. Entre a ordem próxima e a ordem distante: contribuições a partir da obra de Henri Lefebvre. In: LIMONAD, Ester (Org.). **Entre a Ordem Próxima e a Ordem Distante**: contribuições a partir do pensamento de Henri Lefebvre. Niterói: UFF/GECCEL, 2004.

LIMA, A. P. G. e PASTRANA, R. Perfil dos consórcios intermunicipais de saúde do estado de Minas Gerais. **Relatório de pesquisa**. Brasília – DF: Ministério da Saúde/ Organização Pan Americana da Saúde, 2000.

MACHADO, Thiago Adriano. Natureza e espaço um breve ensaio sobre a espacialidade humana a partir da noção Marxiana do metabolismo socioecológico. **Entre-Lugar**. Dourados, MS, ano 6, n.11, 1. semestre de 2015. Disponível em: <http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/entre-lugar/article/view/5151/2660>. Acesso em: 18.ago.2017.

MAGNO, Lucas. **Que lugar é esse**. Identidades e significados territoriais no bairro rural Buieié – Viçosa – MG. Viçosa – MG: Universidade Federal de Viçosa, 2008. Disponível em: <http://www.novoscursos.ufv.br/graduacao/ufv/geo/www/wp-content/uploads/2013/08/Lucas-Magno.pdf>. Acesso em: 18.set.2017.

MAIA, Lenira de Araújo; MARQUES, Antônio Jorge de Souza; PEREIRA, Darlan Venâncio Thomaz; LIMA, Marta de Sousa. Os consórcios intermunicipais de saúde como instrumentos para a administração pública: a experiência do SUS-MG. **IV Congresso CONSAD de Gestão Pública**. Brasília – DF: Centro de Convenções Ulysses Guimarães. 26 a 27 de maio de 2011. Disponível em: http://www.repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/bitstream/123456789/665/1/c4_tp_os%20cons%c3%93rcios%20intermunicipais%20de%20sa%c3%9ade%20como.pdf. Acesso em: 12.set.2017.

MALDI, Denise. De confederados a bárbaros: a representação da territorialidade e da fronteira indígenas nos séculos XVIII e XIX. **Revista de Antropologia – USP**. São Paulo, v. 40, n.2, p. 183-219, 1997.

MANÇANO F. B. Movimentos socioterritoriais e movimentos socioespaciais Contribuição teórica para uma leitura geográfica dos movimentos. In: **OSAL**: Observatório Social de América Latina. v.5 n.16, p. 273-283. (jan-abril. 2005). Buenos Aires: CLACSO, 2005.

MARQUES, Renata Moreira. Arte e Geografia. IN: FREIRE-MEDEIROS, Bianca; COSTA, Maria Helena Braga e Vaz da (Org.). **Imagens Marginais**. Natal: EdUFRN, 2006, p.11-22

MARTINELLI, Marcello. Mapas da Geografia e Cartografia Temática. 6. Ed., 2ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2014.

MATIAS-PEREIRA, José. **Curso de Administração Pública: foco nas instituições e ações governamentais**. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, out. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 de agosto de 2017

MENEZES, Elieyd Sousa de **Os “piaçabeiros” no médio rio Negro: identidades coletivas e conflitos territoriais** / Elieyd Sousa de Menezes. - Manaus: UFAM, 2012. 278 f.; il. color. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) — Universidade Federal do Amazonas, 2012.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan. mar. 2014, p.77-92.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONKEN, M. & BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, 21(3): 898-906, 2005.

MORAIS, Vânia Soares de; CHAVES, André Preissler Loureiro. Percepção dos gestores municipais de saúde relacionada à saúde ambiental: consórcio intermunicipal de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.2, p.349-360, 2016.

MULLER; Erildo Vicente; GRECO, Marisabel. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. **Ciênc. saúde coletiva** vol.15 no.3 Rio de Janeiro Maio 2010.

OLIVEIRA, M. F. M. et al. **Formação social e econômica do Norte de Minas**. Montes Claros: Unimontes, 2000.

PEREIRA, Darlan Venâncio Thomaz; SIMÕES, Breno Henrique Avelar de Pinho; MAIA, Lenira de Araújo; LIMA, Marta de Sousa. A conciliação dos territórios do plano diretor de regionalização e dos consórcios intermunicipais de saúde: possibilidades de mudança na vinculação dos municípios mineiros. **IV Congresso de Gestão Pública – CONSAD**. Brasília – DF: 25 a 27.maio.2011. Disponível em: http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2011-06/painel_52-183_184_185.pdf. Acesso em: 22.set.2017.

PEREIRA; Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O Território no Programa Saúde da Família. **Hygeia (on line)**. V. 2, n.2, 2006.

PEREIRA, Greisson Almeida; MOREIRA, Tito Belchior da Silva. Influência dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM). **Planejamento e políticas públicas**. p. 131-157. n. 46, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/520/387>. Acesso em: 12.out.2017.

PESSOTO, Umberto Catarino; RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck; GUIMARÃES, Raul Borges. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.1, 2015, p.9-22.

PREDIGER, Reneo Pedro; SOUZA, José Dalmo de; ALLEBRANDT, Sérgio Luis; TENÓRIO, Fernando Guilherme. Consórcios públicos intermunicipais: o caso do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do estado do Rio Grande do Sul. **VIII Seminário Internacional sobre Desenvolvimento Regional.** Territórios, Redes e Desenvolvimento Regional: Perspectivas e Desafios. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 13 a 15 de setembro de 2017

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **Atlas do desenvolvimento humano.** Brasília: PNUD, IPEA, FJP, 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/download/>. Acesso em: 10.fev.2018.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder.** Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.

RIBEIRO, Ana Clara Torres et al. Por uma cartografia da ação: pequeno ensaio de método. **Cadernos IPPUR,** Ano XV, N.2 e Ano XVI, N.1, 2001-2002.

RIBEIRO, Ana Clara Torres e SILVA, Cátia Antônia da (Coords). **Relatório científico do Projeto:** Territórios da juventude: experiências em cartografia da ação (São Gonçalo, RJ). FAPERJ, 2011.

RIBEIRO, Wladimir Antônio. **Cooperação Federativa e a Lei dos Consórcios Públicos.** Brasília: CNM – Confederação Nacional dos Municípios, 2006.

ROCHA, Carlos Vasconcelos. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. **Cad. Metrop.,** São Paulo, v. 18, n. 36, pp. 377-399, jul 2016.

ROCHA, C. V. e FARIA, C. A. P. Cooperação Intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo. **Cadernos Metrôpole.** São Paulo, n. 11, 2004, pp. 73-105

ROCHA, André Santos da. Território como representação. **Mercator,** Fortaleza, v. 12, n. n. 29, p. 139-153, set./dez. 2013.

ROSA, João Guimarães. **A hora e a vez de Augusto Matraga.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1996.

ROSA, T.P.; MAGNAGO, T.S.B.S.; TAVARES, J.P.; LIMA, S.B.S.; SCHIMIDT, M.D.; SILVA, R.M. Perfil dos pacientes atendidos na sala de emergência do pronto socorro de um hospital universitário. **R. Enferm. UFSM,** v.1, p. 51-60. Jan/Abr, 2011. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/viewFile/2090/1511>. Acesso em: 15 maio.2018.

SACK, Robert David. **Territorialidade humana:** teoria e história. Cambridge: Cambridge University Press, 1986

SANT'ANA, Meire Luci Schwartz; CONSTANTINO, Patrícia. Os consórcios intermunicipais como um dos caminhos para a descentralização do SUS. **Perspectiva on line**. v. 3, n. 10, 2009. Disponível em: http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/revista_antiga/article/viewFile/363/274. Acesso em: 12.out.2017.

SANTOS, Douglas. **A Reinvenção do Espaço**. São Paulo: UNESP, 2002

SANTOS, Dorival. **Cartografia Social: o estudo da Cartografia Social como perspectiva contemporânea da Geografia**. Revista de Geografia e Interdisciplinariedade. v. 2, n. 6. maio/ago 2016, p. 273-293

SANTOS, Gilmar Ribeiro dos; SILVA, Ricardo dos Santos. Os irrigantes do Projeto Jaíba: da produção de subsistência à agricultura moderna. **Cadernos do Desenvolvimento** vol. 5 (7), outubro 2010, p. 349-372.

SANTOS, L. **Consórcio Administrativo Intermunicipal: aspectos gerais, suas especificidades em relação do SUS**. - Ministério da Secretaria de Políticas Públicas - DF. Brasília. 2000.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, M.; BECKER, B. K. Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial. 3. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007 p. 22-40.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2003/2004.

SANTOS, Alexandre Lima e RIGOTTO, Raquel Maria Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde . **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, nov.2010/fev.2011

SAQUET, Marcos Aurélio. **Abordagens e concepções de território**. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

SAQUET, Marcos Aurélio. O território: diferentes interpretações na literatura italiana. In: RIBAS, A. D.; SPOSITO, E. S.; SAQUET, M. A. **Território e Desenvolvimento: diferentes abordagens**. Francisco Beltrão: Unioeste, 2004.

SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social*. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 2007.

SEEMANN, Jörn. Estratégias pós-fenomenológicas para cartografar uma região: narrativas, mapeamentos e performance. **Geograficidade**. v.3, n.2, Inverno 2013, p. 65-78. Disponível em: <file:///D:/Downloads/Dialnet-EstrategiasPosfenomenologicasParaCartografarUmaReg-4734367.pdf>. Acesso em: 26.abr.2017.

SILVA, Sandro Pereira. A abordagem territorial no planejamento de políticas públicas e os desafios para uma nova relação entre estado e sociedade no Brasil. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 17, n. 60, Jan./Jun. 2012.

SILVA, PLN; SCHITINI, FM; OLIVEIRA, PPR; MENDONÇA, JMG; FONSECA, JR. Projeto Montes Claros: Construção do Sistema Único de Saúde na Visão de Atores Envolvidos Historicamente no Processo. *Revista Norte Mineira de Enfermagem*. ISSN: 2317-3092 v. 3, n. 1 (2014)

SILVA, Camila Ribeiro; CARVALHO, Brigida Gimenez Carvalho; CORDONI JUNIOR, Luiz; NUNES, Elisabete de Fátima Pólo de Almeida. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**. v.22, n.4. Rio de Janeiro, Abr. 2017

SOUZA, Carla Cristina Aguilar de; VIANA, Raquel de Mattos; LEAL FILHO, Raimundo de Sousa. **Desigualdade nos territórios de desenvolvimento de Minas Gerais: período 2000 a 2013**. Disponível em: http://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2016/anais/economia/147-235-1-RV_2016_10_09_00_33_14_423.pdf. Postado em 2016. Acesso em: 17.out.2017.

SOUZA, Marcelo José Lopes de. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. IN: CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo Cesar da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato (Org.). **Geografia: conceitos e temas**. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012. p. 77 – 116

SOUZA, R. R. A Regionalização no Contexto Atual das Políticas de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 6(2): 451-455, 2001.

SPÓSITO, E. S. **Geografia e filosofia: contribuições para o ensino do pensamento geográfico**. São Paulo: Editora da Unesp, 2

TUAN, Yi – Fu. **Topofilia: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente**. Tradução de Lívia de Oliveira. Londrina, PR: Eduel, 2012.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva e VILASBOAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol. Sus** [online]. 1998, vol.7, n.2, pp.7-28.

VENTURA, M; SIMAS, L; PEPE, V. L. E.; SCHRAMM, F. R. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010. , Online. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s>. Acesso em 02.set.2017.