

UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM
SAÚDE

Patrícia De Carli

**REGIONALIZAÇÃO E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: ANÁLISE DA
REGIÃO 20, DO RIO GRANDE DO SUL**

Sarandi
2022

Patrícia De Carli

**REGIONALIZAÇÃO E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: ANÁLISE DA REGIÃO 20,
DO RIO GRANDE DO SUL**

Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Marcelo Soder

Sarandi
2022

Patrícia De Carli

**REGIONALIZAÇÃO E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: ANÁLISE DA REGIÃO 20,
DO RIO GRANDE DO SUL**

Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Aprovado em 11 de abril de 2022.

Rafael Marcelo Soder, Dr., UFSM
(Presidente Orientador)

Luiz Anildo Anacleto da Silva, Dr., UFSM

Fernanda Sarturi, Dra., UFSM

Sarandi
2022

REGIONALIZAÇÃO E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: ANÁLISE DA REGIÃO 20, DO RIO GRANDE DO SUL

REGIONALIZATION AND SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH: ANALYSIS OF REGION 20, RIO GRANDE DO SUL

RESUMO: Tendo por tema os determinantes sociais da saúde enquanto elementos caracterizadores do território regional, o presente artigo se propõe a identificar os principais determinantes que caracterizam a região de saúde 20, do Rio Grande do Sul. Para tanto, realizou-se pesquisa descritiva, de natureza predominantemente qualitativa, composta por pesquisa bibliográfica e análise de dados, para o tratamento dos dados foi utilizada a matriz de Dahlgren e Whitehead (1991), denominada de Modelo de Determinação Social de Saúde (DSS). Os dados analisados demonstram que neste território destacam-se processos específicos da formação territorial, pautados por heterogeneidade culturais, sociais e econômicas. Essa complexidade, influencia de sobremaneira as condições de saúde da população, demonstrando a relevância de um movimento de governança da regionalização que seja conduzido a partir de um planejamento que contemple uma profunda análise situacional e seja capaz de atentar para as interfaces e repercussões da política de saúde com a dinâmica do desenvolvimento regional.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde; Equidade; Planejamento em Saúde; Regionalização em Saúde.

ABSTRACT: Having as its theme the social determinants of health as characterizing elements of the regional territory, this article aims to identify the main determinants that characterize the health region 20, in Rio Grande do Sul. For this, a descriptive research was carried out, of a predominantly qualitative nature, composed of bibliographic research and data analysis.). The analyzed data demonstrate that in this territory specific processes of territorial formation stand out, guided by cultural, social and economic heterogeneity. This complexity greatly influences the health conditions of the population, demonstrating the relevance of a regionalization governance movement that is conducted from a planning that includes a deep situational analysis and is able to pay attention to the interfaces and repercussions of the policy of health with the dynamics of regional development.

Keywords: Social Determinants of Health; Equity; Health Planning; Regionalization in Health.

INTRODUÇÃO

A característica basilar do modelo federativo brasileiro reside na descentralização político-administrativa. Esse modelo se encontra em uma posição intermediária entre um Estado centralizado e a Confederação de Estados. A Federação, apesar do grau de descentralização política, possui um direito nacional como pressuposto de articulação de diversas esferas autônomas. Assim, o Estado Federal concede às unidades regionais e locais de poder uma autonomia constitucional, que não pode ser desrespeitada. Vislumbra-se, portanto, uma autonomização das unidades que integram a federação por meio de um sistema de competências e atribuições dispostas na Lei Maior (COSTA; HERMANY, 2007).

No âmbito da política pública de saúde, a descentralização se compatibilizou com o desenho federativo proposto na Constituição Federal. As relações verticais foram priorizadas, tendo por foco a transferência do poder decisório, recursos e responsabilidade de gestão, com o protagonismo dos municípios no que se refere a execução das políticas e programas de saúde (LIMA et al., 2012).

No entanto, a descentralização não garantiu autonomia plena para que os municípios pudessem definir e implementar as políticas de saúde no território, uma vez que tal liberdade romperia com o modelo de um sistema único, no qual os princípios e diretrizes são compartilhados e assegurados por todos os entes federados. Ademais, uma transferência irrestrita da autonomia se oporia ao princípio da igualdade de acesso, na medida em que o ingresso aos serviços de saúde de cada brasileiro ocorreria de acordo com a disponibilidade dos mesmos no seu município. Razão pela qual, paralelamente à diretriz de descentralização das ações e serviços de saúde, o texto constitucional estabeleceu o atendimento integral, a ser garantido por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada (JACCOUD; VIEIRA, 2018).

Assim, a regionalização no âmbito da saúde pública foi compreendida como a estratégia apta a promover a hierarquização dos serviços de saúde e a equidade (JACCOUD; VIEIRA, 2018), se apresentando como uma alternativa para superar a fragmentação do sistema de atenção à saúde, que necessita ser organizado em redes para que se alcance a eficiência e escala necessária na oferta de alguns bens e serviços. Logo, é na perspectiva da eficiência e da racionalidade de recursos que o tema da regionalização da saúde assumiu maior relevância no debate de

aprimoramento das políticas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (DUARTE et al., 2015).

Considerando que a regionalização constitui novos territórios, permeados por determinantes e condicionantes que impactam na formulação do planejamento loco-regional, identificar e analisar os principais determinantes de saúde que caracterizam esse cenário é condição de possibilidade para instrumentalizar os gestores na tomada da melhor decisão, qualificando a intervenção nos processos de planejamento da política de saúde regional e instrumentalizando metodologicamente os atores responsáveis pela definição e efetivação de ações de desenvolvimento da política de saúde.

Nesse sentido, tendo por tema os determinantes sociais da saúde enquanto elementos caracterizadores do território regional, o presente artigo se propõe a investigar quais são os principais determinantes sociais em saúde que caracterizam a região de saúde 20, do Rio Grande do Sul.

Identificar os principais determinantes sociais em saúde que caracterizam este território, é, portanto, o objetivo do presente estudo. Assim, a fim de alcançar o proposto, o artigo está organizado, além desta introdução, em mais quatro seções: na seção método se apresenta a opção metodológica e os procedimentos que orientam o estudo; na seção seguinte é realizada uma breve síntese do processo de organização da regionalização da saúde; na sequência se discorre sobre a teoria dos determinantes sociais em saúde; em seguida, a partir de indicadores de saúde da região 20 aplicados a matriz dos Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren e Whitehead (1991), se identificam, se descrevem e se analisam os principais determinantes em saúde que caracterizam o território em estudo. Conclui-se com as considerações finais e as referências.

MÉTODO

As disparidades existentes entre os municípios por condições geográficas, demográficas, políticas, técnico-administrativas, socioeconômicas, financeiras e da estrutura da rede de atenção, constituem desafios cujo enfrentamento transpõe o território municipal, uma vez que a integralidade no cuidado depende da articulação de sistemas municipais de atenção organizados em redes regionais.

Esses aspectos expõem a necessidade de que, para além da organização tripartite do Sistema Único de Saúde, haja articulação intermunicipal, conferindo um novo modelo de governança capaz de aliar a descentralização com a necessidade de integração solidária. Assim, a governança da regionalização se apresenta como uma forma de organização do sistema que busca ampliar o acesso e diminuir as iniquidades, fortalecendo os princípios da universalidade e integralidade. Entretanto, muitos desafios e disputas se apresentam também na busca pela consolidação das regiões de saúde (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Nessa conjuntura, a metodologia escolhida busca investigar quais são os principais determinantes sociais da saúde que caracterizam a região de saúde 20, do Rio Grande do Sul. Para tanto, optou-se por uma pesquisa de natureza qualitativa.

A pesquisa qualitativa pode ser considerada emergente, uma vez que o padrão geral de entendimento surge à medida que ela começa com códigos iniciais e resulta em uma teoria baseada na realidade e na interpretação ampla. Isso significa que o pesquisador realiza uma interpretação dos elementos, o que inclui a descrição de um cenário, análise de dados para identificar temas ou categorias, a partir dos quais surgem conclusões sobre o seu significado e, também, mais perguntas a serem feitas. O filtro aplicado sobre os dados e as verificações sobre eles, partem de uma lente que considera um momento sociopolítico e histórico determinado (CRESWELL, 2007).

No que diz respeito ao objetivo estabelecido no presente trabalho, trata-se de uma pesquisa descritiva. A pesquisa descritiva tem como principal objetivo retratar com precisão as características de indivíduos, eventos, fenômenos ou situações (BIROCHI, 2015).

No tocante aos procedimentos técnicos adotados, este estudo é composto por pesquisa bibliográfica e análise de dados. A coleta de dados se deu a partir de informações oriundas de indicadores de saúde disponibilizados em portais públicos. Trata-se, portanto, de uma pesquisa com dados abertos.

Para o tratamento dos dados foi utilizada a matriz de Dahlgren e Whitehead (1991), denominada de Modelo de Determinação Social de Saúde (DSS).

Figura 1 - Modelo de Determinação Social de Saúde

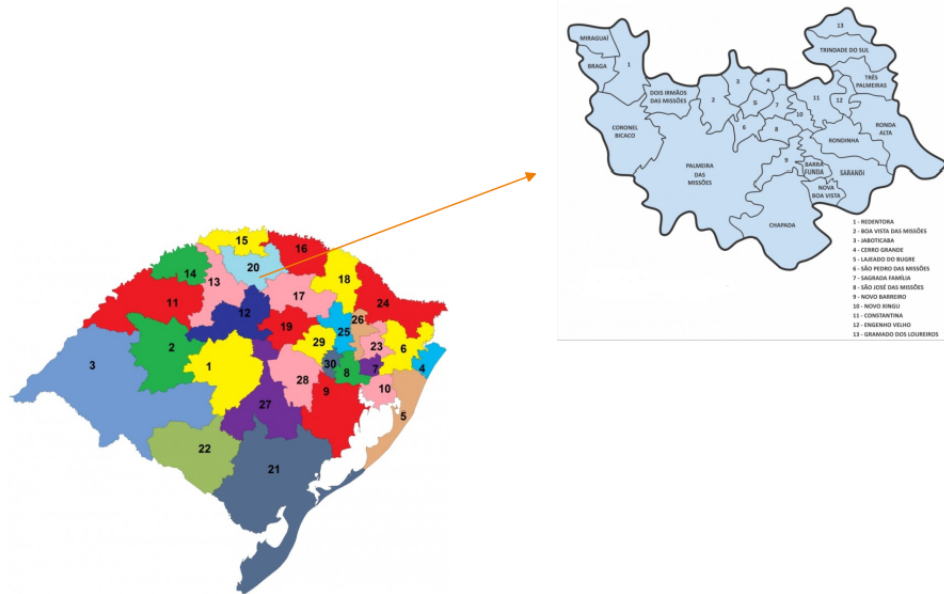


Fonte: Dahlgreen e Whitehead (1991)

O lócus escolhido para a pesquisa foi a região de saúde 20, última região de saúde a ser constituída no processo de regionalização da saúde do estado do Rio Grande do Sul. O território encontra-se localizado na macrorregião norte e tem por sede político-administrativa o município de Palmeira das Missões.

A região possui uma área de abrangência de vinte e seis municípios de pequeno porte populacional, que juntos totalizam 162.885 habitantes (população estimada 2021). O atual desenho desse território foi estabelecido pela Resolução CIB/RS nº 499/14, sendo composta pelos municípios de Barra Funda, Braga, Constantina, Coronel Bicaco, Palmeira das Missões, Sarandi, Ronda Alta, Rondinha, Trindade do Sul, Três Palmeiras, Gramado dos Loureiros, Nova Boa Vista, Chapada, Boa Vista das Missões, Novo Barreiro, Lajeado do Bugre, São José das Missões, São Pedro das Missões, Sagrada Família, Redentora, Miraguaí, Cerro Grande, Jaboticaba, Novo Xingu, Engenho Velho e Dois Irmãos das Missões.

Figura 2 - Regiões de saúde do Rio Grande do Sul



Fonte: SES/RS, 2014.

O processo de regionalização da saúde

A falta de alinhamento entre as diretrizes da municipalização e da regionalização fragilizou o planejamento regional, o que acarretou uma escassez de políticas e investimentos capazes de melhor relacionar as necessidades de saúde às necessidades específicas de cada território. Como consequência, os resultados da descentralização no Brasil são contraditórios e dependentes das condições prévias locais, refletindo diferentes capacidades financeiras e organizacionais para a prestação da atenção à saúde (LIMA et al., 2012). Ao longo da consolidação do SUS, a descentralização da política de saúde teve que lidar com a desigualdade existente entre os municípios, o que mais tarde levará ao processo de regulamentação do setor por meio das normas operacionais básicas, mas esse processo vai ser marcado por tensões entre a municipalização e a regionalização (GERSCHMAN, 2000).

Uma década após a edição da Lei Orgânica do SUS começa a ficar claro que diante do objetivo da integralidade, era preciso reorganizar a política de saúde, uma vez que a municipalização não se mostrava capaz de articular todos os níveis

de atenção em todos os territórios, de modo que as pactuações federativas passaram a estabelecer prioridade para o processo de regionalização. Ademais, se evidenciou a necessidade de fortalecimento das secretarias estaduais de saúde na sua função reguladora com a finalidade de assegurar a organização de redes de atenção à saúde, visando garantir maior resolutividade ao Sistema Único de Saúde (SOUZA, 2001).

A partir da publicação do Decreto Federal n. 7.508/11 que regulamentou a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, se intensificam os debates sobre a regionalização, uma vez que o Ministério da Saúde passa a incentivar a criação das redes de atenção, ganhando ênfase a construção das redes temáticas de atenção à saúde. Segundo orienta este instrumento normativo, a região de saúde é definida como o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

A região de saúde, portanto, passa a ser compreendida não como um mero recorte administrativo, restrito às ações governamentais multissetoriais e multiníveis que se desdobram nesse espaço, ela é produto de um território onde prosperam expectativas econômicas, sociais, políticas, institucionais e pessoais, que muitas vezes colidem de acordo com a perspectiva de cada indivíduo ou grupo. Processos políticos de regionalização da saúde, portanto, se beneficiam da complexidade dos territórios e de arranjos de governança para a sua implementação (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2016).

Considerando os aspectos que nortearam o processo em nível nacional, em um exercício de aproximação com o lócus do presente estudo, é possível relatar que no Rio Grande do Sul, o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) do Rio Grande do Sul, publicado em 2002, dividiu o território gaúcho em 172 módulos assistenciais, 93 microrregiões e 07 macrorregiões de saúde.

O ponto de partida que norteou a construção daquele desenho foi o território das regiões administrativas implementadas no estado desde 1964. No período de dez anos que se seguiram à publicação do PDR, pelo menos três aspectos merecem destaque:

a) a percepção de que as alterações de municípios entre regiões administrativas, microrregiões ou macrorregiões de saúde se dava sem critério técnico, sendo provocadas para atender a demandas de acomodação política;

b) o desenho das redes de saúde no estado, entendidas na época como um conjunto de serviços relacionados à determinada especialidade médica. Esses serviços assistenciais eram contratados pelo gestor estadual que centralizava a gerência dos prestadores privados de serviço para o atendimento dos usuários do SUS, esse fator contribuiu para ampliar a ideia preconcebida de que o conceito de região de saúde se associava ao de região administrativa;

c) a criação de instâncias de pactuação regionalizadas desde o ano de 2003 existiam Comissões Intergestores Regionais funcionando nas Coordenadorias Administrativas, entretanto, o processo de trabalho dessa esfera regional de pactuação reproduzia um modelo burocrático e com baixa capacidade de negociação coletiva, mantido sob controle do gestor estadual (GUIMARÃES, et al., 2013b).

Mais tarde, seguindo as diretrizes normativas do Decreto nº 7.508/11, houve uma reorganização das regiões de saúde no território gaúcho, o novo desenho foi regulamentado no ano de 2012 pela Resolução nº 555/12- CIB/RS. À época, os estudos conduzidos pela Secretaria Estadual da Saúde constataram que a Rede de Serviços de Média e Alta Complexidade instalada no território que compreende a atual região de saúde 20 era insuficiente para que esse espaço pudesse ser considerado uma região de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Diante dos estudos, os municípios foram divididos em dois grupos distintos, 14 municípios integraram a região de saúde 15, vinculada a regional de Frederico Westphalen e 12 municípios compuseram a antiga região de saúde 20, vinculada a regional de Passo Fundo (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

A existência de uma Coordenadoria Regional de Saúde situada em Palmeira das Missões/RS e o protagonismo do referido município na articulação política da região representaram os principais motivos para a organização em prol de um desenho de região de saúde que mantivesse de forma unificada os vinte e seis municípios. Nesse cenário, houve forte articulação dos atores locais para a manutenção da região. Os movimentos locais alcançaram êxito e, em 2014, por meio da Resolução CIB/RS nº 499/14 (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

No entanto, ao longo do tempo, os determinantes sociais e a falta de estrutura da rede de atenção continuam exigindo enfrentamentos no campo da saúde pública neste território. Portanto, a compreensão dos determinantes sociais da saúde é fundamental para que se possa avançar em termos de planejamento e governança da região de saúde.

Determinantes Sociais em Saúde: formulação teórica

A utilização da formulação teórica acerca dos Determinantes Sociais em Saúde é identificada a partir do Século XIX, com o trabalho de cientistas que buscaram investigar a relação entre determinadas condições de vida e a proliferação de doenças. Os estudos partiram da análise da contaminação de alimentos e da água e forneceram novas formas de pensar a relação saúde-doença, dando origem a um novo paradigma que passa a embasar os trabalhos da Universidade *Johns Hopkins*, a primeira escola de saúde pública dos Estados Unidos. Entretanto, a abordagem permaneceu não aprofundada por muito tempo, sobretudo, em razão da adoção da prática médica e do enfoque biológico como *mainstream* dos estudos na área da saúde (COLOMBO, 2010).

A partir da década de 1970, a ideia de determinantes sociais ganha força. A formulação teórica dessa abordagem tenta identificar problemas de saúde originados pelas questões sociais e ambientais que afligem as comunidades. O ponto central da teoria consiste não em negar as especificidades ou a responsabilidade dos indivíduos por sua própria saúde, mas em reconhecer que alguns padrões de enfermidades podem decorrer do ambiente social e das condições econômicas em que essas pessoas estão inseridas (COLOMBO, 2010).

Na década de 1990, com as contribuições dos estudos de Dahlgren e Whitehead se identifica um avanço nesses estudos considerando a abordagem das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que além de sistemáticas e relevantes, são evitáveis, injustas e desnecessárias. Essa nova abordagem investiga como a estratificação econômico-social das pessoas e das comunidades consegue influenciar no adoecimento do ser humano (BUSS; PELEGRINO FILHO, 2007).

Diversos são os modelos que procuram esquematizar as relações entre os determinantes sociais e a saúde. A matriz utilizada por Dahlgren e Whitehead, denominada de Modelo de Determinação Social de Saúde (DSS) (Figura 1), apresenta os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada mais distante em que se situam os macrodeterminantes (CNDSS, 2008).

Segundo descrevem os autores, o gráfico pode ser lido de acordo com a descrição de cada camada. Assim, os indivíduos com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos, que exercem influência sobre o seu potencial e suas condições de saúde, o comportamento e os estilos de vida individuais, estão na base do modelo (DAHLGREEN; WHITEHEAD, 1991).

O primeiro nível se encontra relacionado a fatores comportamentais e de estilos de vida, indicando que estes estão fortemente influenciados por normas culturais, de modo que para se atuar nesse nível de maneira eficaz são necessárias políticas de abrangência populacional que promovam mudanças de comportamento, através de programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, espaços públicos para a prática de esportes e atividade física, bem como proibição de propaganda e incentivo ao uso de tabaco, álcool e outras substâncias nocivas (BUSS; PELEGRINO FILHO, 2007).

O segundo nível se refere às comunidades e suas redes de relações. Nessa camada, os laços de coesão social e as relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos são compreendidos como fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Nesse ponto, são indicadas políticas que busquem estabelecer redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades, especialmente dos grupos vulneráveis, em ações coletivas para a melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, e para que se constituam em atores sociais e participantes ativos das decisões da vida social (BUSS; PELEGRINO FILHO, 2007).

No terceiro nível, se encontram os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, a disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes saudáveis e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em

desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde (DAHLGREEN; WHITEHEAD, 1991).

Esse nível vai relacionar a atuação das políticas sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, buscando a garantia de melhor acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos, emprego seguro e realizador, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade. Em geral essas políticas são responsabilidade de setores distintos, que frequentemente operam de maneira independente, obrigando o estabelecimento de mecanismos que permitam uma ação integrada e sistêmica (BUSS; PELEGRINO FILHO, 2007).

Por fim, o último nível apresenta aqueles que são considerados os macrodeterminantes, que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições socioeconômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais, como o modo de produção e consumo de uma cidade, estado ou país e o processo de globalização (DAHLGREEN; WHITEHEAD, 1991; SOBRAL; FREITAS, 2010).

Para esse nível devem ser pensadas políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que sejam aptas a promover desenvolvimento sustentável, com redução das desigualdades sociais e econômicas, violências, degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade (BUSS; PELEGRINO FILHO, 2007).

Logo, a escolha dessa teoria para a análise dos determinantes sociais da saúde da região 20 se deve ao fato de que sustenta uma análise pautada na importância da formulação de políticas públicas para fins de minimizar as causas que determinam o adoecimento das pessoas e que são originadas pela posição social dos sujeitos ou comunidades, possuindo um viés que contribui substancialmente para o planejamento em saúde.

Para Whitehead e Dahlgren (2006), as desigualdades sociais em saúde consistem em diferenças sistemáticas no estado de saúde verificado entre diversos grupos socioeconômicos. As variações genéticas e a faixa etária fazem com que a saúde das pessoas varie. Do ponto de vista biológico, existe uma vantagem nos países industrializados para as mulheres em relação aos homens no que se refere a sobrevivência em todas as fases da vida. O acaso também é um fator que interfere

diante de doenças infecciosas onde alguns sucumbem e outros se recuperam. Entretanto, existem três características distintas que combinadas transformam meras diferenças em saúde em desigualdades sociais na saúde. Essas desigualdades são sistemáticas, de origem social e injusta. Portanto, passíveis de modificação pela via das políticas públicas.

Nesse sentido, a primeira característica é a existência de um padrão sistemático nas diferenças de saúde. Ou seja, as diferenças não são distribuídas aleatoriamente, elas apresentam um padrão repetido por toda a população. A título de exemplo, pode-se citar o indicador de mortalidade e morbidade que aumentam na medida em que se desce na escala de posição social. A segunda característica é a existência de processos sociais que dão origem a diferença na saúde não determinadas por fatores biológicos, como a mortalidade infantil acentuada em famílias pobres. A terceira se refere ao fato de que as desigualdades sociais são diferenças que a maioria considera injustas. Logo, a ideia de justiça precisa se vincular a de efetivação dos direitos humanos (WHITEHEAD; DAHLGREN, 2006).

Ainda, o acesso inadequado ou insuficiente aos serviços básicos de saúde é um dos fatores que determinam as desigualdades na saúde. Do ponto de vista dos direitos humanos, todos têm o direito básico de acessar uma assistência eficaz que alivie o seu sofrimento quando adoecer e de ter medidas protetivas que evitem o aparecimento da doença e ajudem a manter as condições de saúde, quando se está saudável (WHITEHEAD; DAHLGREN, 2006).

Compreender os determinantes sociais em saúde não se trata de uma simples relação de causa e efeito. De modo que estudar os determinantes sociais em saúde implica em conhecer em profundidade o território em estudo, para que seja possível compreender quais as melhores intervenções capazes de reduzir as iniquidades em saúde, identificando quais são os pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto (BUSS; PELEGRINO FILHO, 2007).

Resultados e Discussões

A partir do Modelo de Determinação Social de Saúde (DSS), de Dahlgren e Whitehead (1991), tendo por lócus de estudo a região de saúde 20, do Rio Grande do Sul, foram identificados os principais determinantes sociais que caracterizam o

território. Para tanto, realizou-se coleta de dados em bancos de dados públicos amplamente utilizados para construção de diagnósticos situacionais no âmbito do planejamento regional integrado, tais como: Infraestrutura estadual de dados espaciais do Rio Grande do Sul (IEDE/RS), Serviço brasileiro de apoio às micro e pequenas empresas (Sebrae), Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), Portal *Business Intelligence* da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (Portal BI Público) e Painéis de indicadores da Atenção Primária em Saúde do Ministério da Saúde (SISAPS) . Os resultados foram transcritos conforme as camadas concêntricas que caracterizam a matriz escolhida.

No que concerne ao primeiro nível de análise, o perfil populacional regional revela uma preponderância de mulheres no território (50,65%) (IEDE/RS, 2022), segundo aponta o Banco Mundial (2012), melhorias na saúde de mulheres têm impactos positivos para o desenvolvimento com igualdade de gênero, impactando em aspectos como a renda e ampliando os espaços de inserção da mulher, além de repercutir sobre a melhor saúde e desenvolvimento de seus filhos.

Com um coeficiente de natalidade baixo (12,7%) e o aumento da expectativa de vida, visualiza-se um aumento do número de idosos (18,9%). O envelhecimento da população é um desafio aos gestores e ao planejamento em saúde, uma vez que as políticas de saúde precisam estar preparadas para ofertar cuidados diferenciados e adaptativos às necessidades desse público. Os dados apresentados demonstram uma projeção de cuidado que deverá privilegiar a oferta da atenção ambulatorial, pautada, sobretudo, nas doenças crônicas e seus agravamentos, bem como deve se projetar um serviço apto a lidar com um índice cada vez maior de idosos. A longevidade traz para os serviços de saúde um novo desafio e um novo conceito sobre qualidade de vida (BI PÚBLICO, 2019).

Nesse cenário, 38,9% da população regional reside na zona rural e, muito embora a grande maioria das pessoas resida na área urbana, a principal fonte de renda está na produção agropecuária (BI PÚBLICO, 2019). No contexto urbano, 14 municípios da região possuem a preponderância dos domicílios por classe de rendimentos na Classe C2, enquanto nos outros 12 municípios, os domicílios preponderam nas classes D/E (SEBRAE, 2020).

Os indicadores relativos a incidência de doenças crônicas no território também provocam reflexões acerca do estilo de vida e dos condicionantes que

impactam nas condições de saúde da população regional. Se observada pelos capítulos do CID (1.000 habitantes), a taxa de Mortalidade da População residente tem como causas principais: doenças do aparelho circulatório (1,77), neoplasias (1,54) e doenças do aparelho respiratório 0,82. As causas referidas reproduzem de o perfil de mortalidade estadual. Já as taxas de morbidade representam percentual significativamente superior à média estadual (BI PÚBLICO, 2019).

Tabela 1- Taxas de Morbidade

Indicador	Média Região 20	Média Estadual
Taxa de internação por doenças cardiovasculares (100.000 habitantes)	746,11	703,10
Taxa de internação no SUS por Diabetes (100.000 habitantes)	114,01	61,97
Taxa de internações SUS devido ao Risco de suicídio (100.000 habitantes)	88,5	64,1
Taxa de internação no SUS por Doenças respiratórias crônicas (100.000 habitantes)	377,83	207,73

Fonte: BI PÚBLICO (2019)

Quando se adentra no segundo nível de análise, visto sob o prisma regional, o território pode ser caracterizado pela diversidade, heterogeneidade e por uma formação que se desenvolve a partir do conflito. Nesse sentido, o cenário em estudo possui diversas peculiaridades.

Localizado na metade norte do Estado do Rio Grande do Sul, os municípios que compõem a região foram povoados por diversas etnias. Nesta região, encontra-se a maior concentração de aldeias da população indígena do estado. Dos 32.989 indígenas residentes no Estado, no ano de 2018, 6.259 residiam em aldeias localizadas nesse território. Importante destacar que grande parte dessa população vive em um contexto de acentuada vulnerabilidade social (BI PÚBLICO, 2019).

Ainda, segundo dados da Fundação Cultural Palmares (2021), a região de saúde possui certificada uma comunidade remanescente de Quilombo, localizada na comunidade de Beira Campo, município de Sarandi. Os dados socioeconômicos

da região de saúde, adiante especificados, demonstram que a população negra é a que mais sofre com vulnerabilidades como baixa renda e desemprego.

No âmbito da região de saúde, 38,9% da população reside no campo. As grandes propriedades rurais, localizadas sobretudo nos municípios de Palmeira das Missões e Coronel Bicaco, convivem com as pequenas propriedades e a prática da agricultura familiar. A formação atual da região foi construída em meio a diversos conflitos pela terra. Segundo dados do INCRA (2021), existem 23 assentamentos da Reforma Agrária, distribuídos em nove municípios da região de saúde. Esses movimentos impuseram uma nova dinâmica produtiva, com a ampliação da agricultura familiar.

Ademais, existe uma diferença substancial no processo de colonização e organização das atividades produtivas, costumes, culinária e organização social de acordo com a preponderância das etnias que povoaram cada município. Essa diversidade se encontra bem delineada e é percebida em termos geográficos, no contexto da gestão regional, pela curva desenhada pelo curso do Rio da Várzea que divide os municípios da região, com predominância da colonização italiana na microrregião de Sarandi e formada principalmente por descendentes de povos indígenas, portugueses, africanos e diversos grupos de imigrantes que se estabeleceram no Brasil na microrregião de Palmeira das Missões. Se assemelham, no entanto, em múltiplos indicadores como o baixo quantitativo populacional, a prevalência da população de baixa renda e o perfil assistencial dos serviços em saúde.

No que se refere as condições de vida e trabalho, a taxa de desemprego da Região 20 é de 3,6%. Quando fracionada por raça e cor é possível observar que a taxa mais elevada é relativa a população negra (4,8%); seguida da população indígena (3,6%) e, por fim, da população branca (3,4%) (BI PÚBLICO, 2019).

Com relação a água, bem de consumo fundamental para a sobrevivência humana, no Rio Grande do Sul o abastecimento de água devidamente tratada contempla mais de 80% da população residente. Esse tipo de abastecimento tem controle rigoroso de tratamento e distribuição para manter a segurança no consumo da água para a população. Entretanto, uma parcela da população utiliza abastecimento de água por soluções alternativas coletivas ou individuais provenientes de sangas, fontes, cisternas, poços escavados ou artesianos. Essa

modalidade de abastecimento nem sempre possui tratamento adequado para consumo humano, podendo estar contaminada, causando riscos à saúde da população (BI PÚBLICO, 2019).

Em âmbito regional, cerca de 30% da água consumida pela população residente é proveniente de soluções alternativas coletivas ou individuais, sem o devido tratamento previsto pelos órgãos de vigilância em saúde. O índice da região é alto em comparação a outras regiões do estado. Entretanto, quando se observa o dado referente a cobertura de abastecimento de água com desinfecção, a região atinge um índice de 84,7%. Já a disposição inadequada de esgotos domésticos, apresenta uma taxa de 66,9% e a cobertura de coleta de lixo é de 71,2% (BI PÚBLICO, 2019).

Com relação aos serviços de saúde, estão instaladas no território 53 equipes de Saúde da Família vinculadas a um Equipe de Estratégia Saúde da Família e oito equipes na Atenção Básica Tradicional (Equipes com carga horária de cirurgião dentista a partir de 40 horas). A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da família na Atenção Básica (AB) é de 93,94%. Desse total, a cobertura da população por equipes de Saúde da família vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF) é de 87,21%. A região de saúde conta ainda com 253 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A estimativa da população coberta pelos ACS é de 76,75% (SISAPS, 2022).

A região de saúde conta com 42 equipes de Saúde Bucal vinculadas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família, 13 equipes na Atenção Básica Tradicional (equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40 h) e cinco equipes em função da adesão ao PMAQ (ESFSB parametrizadas). A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica (AB SB) é 84,47%. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde Bucal vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESFSB) é de 68,51% (SISAPS, 2022).

Existem 10 hospitais na região, nenhum dos estabelecimentos realiza atendimentos de alta complexidade, o que transforma a região de saúde em um completo vazio assistencial em demandas especializadas, gerando inúmeros deslocamentos e a dependência de serviços ofertados, sobretudo, na cidade-sede da Macrorregião de Saúde Norte (Passo Fundo) e em hospitais localizados na região Metropolitana. A dificuldade de acessar todos os pontos da rede se reveste no

maior desafio para garantia da integralidade do acesso em âmbito regional (BI PÚBLICO, 2019).

A habitação corresponde ao principal tipo de despesa de consumo urbano na região, representando o percentual de 26,81%. Outro fator que merece destaque é a alta taxa de analfabetismo. O índice de analfabetismo estadual tem demonstrado queda nos últimos anos. Essa queda, porém, não contempla todas as regiões de saúde do estado, mantendo regiões díspares em relação a outras. A região 20 possui um índice de analfabetismo de 8,9%, o que representa um percentual superior ao parâmetro estadual (SEBRAE, 2020; BI PÚBLICO, 2019).

O baixo índice de escolaridade e a falta de acesso à educação correspondem a um indicador que preocupa a saúde pública, na medida em que esses usuários terão maiores dificuldades em prover o autocuidado e se responsabilizar com o tratamento das doenças, sobretudo, das doenças crônicas que necessitam de um cuidado contínuo, a fim de evitar a sua agudização. A falta de escolaridade interfere em atividades cotidianas simples, como o correto uso da medicação (BI PÚBLICO, 2019).

Com relação ao ambiente de trabalho, os vínculos empregatícios nos municípios demonstram uma maior participação de trabalhadores formais no segmento de prestação de serviços. A faixa de remuneração média que prepondera na maioria dos municípios é de 1 salário-mínimo a um salário-mínimo e meio (SEBRAE, 2020). No que se refere ao trabalho infantil, apesar do índice estadual ser ainda superior ao brasileiro (9,4%), o Estado do Rio Grande do Sul percebeu um importante decréscimo passando de 14,6% (1991) para 10,2% (2010). Esse decréscimo, entretanto, não representa a realidade da região de saúde, onde a taxa de trabalho infantil é de 17% (BI PÚBLICO, 2019).

A despeito da população da região concentrar-se em quantitativo maior na área urbana, a agropecuária ainda é considerada a atividade de renda preponderante da região. Segundo dados do Centro Estadual de Vigilância em Saúde, a região de saúde é uma das principais consumidoras de agrotóxico do Estado, utilizando uma média de 755,57 a 874,55 litros por Km² ao ano. Atualmente, a temática tem chamado atenção da vigilância ambiental a fim de que se possa averiguar se o uso excessivo desses insumos interfere na qualidade dos alimentos, da água e nas condições de saúde da população (BI PÚBLICO, 2019).

Com uma população SUS dependente de 96,76%, o PIB *per capita* no âmbito da região 20 é de R\$ 17.940,00, sendo, portanto, inferior à média estadual que é de R\$ 25.737,00. O presente dado analisado de forma conjunta com o valor correspondente a renda média *per capita* familiar demonstra uma fragilidade da região em termos de geração de renda e sustento das famílias (BI PÚBLICO, 2019).

Na região a renda média familiar *per capita* gira em torno de R\$ 696,50, ao passo que a média estadual supera R\$ 940,00 por pessoa do grupo familiar. Ademais, a situação se agrava quando se passa a analisar o percentual de famílias residentes na região de saúde que apresenta uma renda inferior a meio salário-mínimo mensal, já que esse número chega a 30%. O que revela um contexto de elevada concentração de renda. Por fim, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região é de 0,703, enquanto o IDH estadual é de 0,746 (BI PÚBLICO, 2019).

Todos esses dados chamam atenção para as condições socioeconômicas, culturais e ambientais que caracterizam esse território e apontam para a importância de um processo de regionalização capaz de produzir significativas alterações no contexto vivido pela população.

CONCLUSÃO

A partir do marco teórico dos Determinantes Sociais em Saúde de Dahlgren e Whitehead (1991) e da compreensão da importância da análise dos determinantes sociais em saúde para o planejamento regional, aplicou-se a matriz em comento para identificar os principais determinantes sociais em saúde que caracterizam a região de saúde 20 do Rio Grande do Sul. A análise veio acompanhada de um histórico do processo diferenciado que pautou a formação da referida região.

Assim, foi identificado, a partir dos anos 1980, um processo de formação da composição populacional do território pautado por diversos processos de reivindicações sociais, sobretudo cunhados na luta pela terra. Os dados socioeconômicos chamam atenção para um cenário de dificuldades configuradas pela baixa renda, baixa escolaridade e uma dependência gritante da política pública de saúde. Por fim, as questões epidemiológicas demonstram um cenário em que as taxas de doenças prevalentes exorbitam a média estadual e são acompanhadas de vazios assistenciais expressivos na rede de atenção à saúde.

Os estudos demonstraram que diante dos indicadores do território e do porte populacional dos municípios, a regionalização da saúde e a estruturação das redes de atenção à saúde consistem em uma ferramenta indispensável para a promoção da integralidade no território. O acesso insuficiente aos serviços de média e alta complexidade tensiona fortemente a atenção primária à saúde, que enfrenta processos morosos de regulação dos usuários para tratamento em linhas de cuidado mais complexas e a gestão em saúde, que necessita de grande estrutura logística para deslocamentos frequentes e em longas distâncias.

Ademais, apesar da heterogeneidade cultural, social e econômica que caracteriza a população regional e aumenta a complexidade do contexto espacial, os resultados demonstram um padrão sistemático de doenças crônicas que apresentam perfil repetido por toda a população. Essas doenças são agravadas em cenários caracterizados pelo envelhecimento populacional, baixa renda e baixa escolaridade.

Todos esses elementos remetem para a análise do espaço regional, considerando que neste território destacam-se processos muito específicos de desenvolvimento desigual em qualquer uma das dimensões em que se proponha fazer uma análise. Esses complexos processos, influenciaram não apenas o dinamismo econômico, mas também foram responsáveis pelo afastamento de grande parcela da sociedade das reformas sociais, da distribuição da renda, da habilitação pela propriedade e do acesso aos direitos (BRANDÃO, 2019).

Promover uma reflexão da complexidade da saúde como direito social, bem econômico e espaço de acumulação de capital não é trivial (GADELHA; COSTA, 2013), assim, a análise da política de saúde não pode ser realizada sem que se considere uma abordagem que perpassa pelas suas diversas dimensões e atente para a trajetória de desenvolvimento da região.

Nessa perspectiva, a sistematização e análise dos determinantes sociais da saúde, se torna condição de possibilidade para qualificar a intervenção nos processos de governança da política pública de saúde regional, promovendo uma interpretação e reinterpretação dos elementos do campo sujeito apta a instrumentalizar metodologicamente os atores responsáveis pela definição e efetivação de ações de desenvolvimento da política de saúde em nível regional.

REFERÊNCIAS

BANCO MUNDIAL. Relatório sobre o desenvolvimento mundial de 2012. **Igualdade de gênero e desenvolvimento**. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/conselho/relatorio-sobre-desenvolvimento-mundial-2012-2013-2014/igualdade-de-genero-e-desenvolvimento/view>. Acesso em 05 jan. 2022.

BIROCHI, R. **Metodologia de Estudo e de Pesquisa em Administração**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração- UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2015.

BRANDÃO, C. **Dinâmicas e transformações territoriais recentes: o papel da PNDR e das políticas públicas não regionais com impacto territorial**. IPEA, 2019. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9090/1/TD_2460.pdf. Acesso em: 02 jan. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 03 jan. 2022.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 03 jan. 2022.

BUSINESS INTELLIGENCE - SES/RS- **Portal BI Público**. Disponível em: <http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH01>. Acesso em: 04 jan. 2022.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. *Physis* [online]. 2007, vol.17, n.1, pp.77-93. ISSN 1809-4481. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 04 jan. 2022.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

COLOMBO, D. G. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. **Revista de Direito Sanitário da USP**, vol. 10, n. 03, 2010. Disponível em: www.revistas.usp.br/rdisan/article/viewFile. Acesso em: 05 jan. 2022.

COSTA, M. M. M.; HERMANY, R. A necessária (re)definição das competências municipais e a concretização do princípio constitucional da cidadania de crianças e

jovens vítimas de exclusão social. In: COSTA, Marli Marlene Moraes da (org.). **Direito, cidadania e políticas públicas II: direito do cidadão e dever do Estado**. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2007.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Trad. Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2007.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stocolm, Institute for Future Studies, 1991. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.196.7167&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2022.

DUARTE, L. S., et al. **Regionalização da Saúde no Brasil: uma perspectiva de análise**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200472>. Acesso em: 05 jan. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Metodologia de configuração das regiões de saúde**. 2011. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1338422431826Regiao_de_Saude_ETAPA_2_Regionais.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano diretor de regionalização da saúde**. 2002. Disponível em: <https://www.mprs.mp.br/media/areas/gapp/arquivos/plano_diretor_regionalizacao_saude.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB/RS nº 499/14**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28155805-resolucao-cib-499-14.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB/RS nº 555/12**. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais - CIR. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28155806-resolucao-cib-555-12.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2022.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Certificação Quilombola**. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551>. Acesso em: 05 jan. 2022.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S. A saúde na política nacional de desenvolvimento: novo olhar sobre os desafios da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 1. pp. 103-132. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/895sg/pdf/noronha-9788581100159-05.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2022.

GERSCHMAN, S. A descentralização da política de saúde no final dos anos 90. **Revista de Administração Pública** 34(4), jul./ago., FGV, 2000. Disponível em: <bibliotecadigital.fgv.br > ojs > index.php > rap > article > download>. Acesso em: 02 jan. 2022.

GUIMARÃES, C. F., et al. A construção do planejamento regional no Rio Grande do Sul, Brasil. In: Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, 2, out. 2013, Belo Horizonte, MG. **Anais [...]**. Belo Horizonte: ABRASCO, 2013a.

GUIMARÃES, C. F., et. al. Análise histórica do processo de regionalização no Rio Grande do Sul e a construção do planejamento regional. In: Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, 2, out. 2013, Belo Horizonte, MG. **Anais [...]**. Belo Horizonte: ABRASCO, 2013b.

IEDE/RS. **Plataforma de compartilhamento de dados geoespaciais, serviços e aplicações do Estado do Rio Grande do Sul**. Disponível em: <https://iede.rs.gov.br/portal/apps/sites/#!/iede/pages/layout2>. Acesso em: 05 jan. 2022.

INCRA. **Informações gerais sobre os assentamentos da reforma agrária**. Disponível em: <<http://painel.incra.gov.br/sistemas/index.php>>. Acesso em: 05 jan. 2022.

JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S. **Federalismo, Integralidade e Autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação**. Texto para discussão, IPEA, 2018. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33855:td-2399-federalismo-integralidade-e-autonomia-no-sus-desvinculacao-da-aplicacao-de-recursos-federais-e-os-desafiosnda-coordenacao&catid=411:2018&directory=1>. Acesso em: 03 jan. 2022.

LIMA, L. D., et. al. **Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil**. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012/Abr. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/descentralizacao-e-regionalizacao-dinamica-e-condicionantes-da-implantacao-do-pacto-pela-saude-no-brasil/7249?id=7249>>. Acesso em: 04 jan. 2022.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J. **Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1075.pdf>>. Acesso em 02 jan. 2022.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**. vol.48. n.4. São Paulo. Aug. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000400622&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 02 jan. 2022.

SEBRAE. DataSebrae. **Perfil dos municípios gaúchos**. Disponível em: <https://datasebrae.com.br/perfil-dos-municipios-gauchos/>. Acesso em: 04 jan. 2022.

SISAPS. **Painéis de indicadores da atenção primária à saúde**. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-bucal>. Acesso em: 05 jan. 2022.

SOBRAL, A.; FREITAS, C. M. **Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde**. *Saude soc.* [online]. 2010, vol.19, n.1, pp.35-47. ISSN 0104-1290. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100004>>. Acesso em 02 jan. 2022.

SOUZA, R. R. **A regionalização no contexto atual das políticas de saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2001, vol.6, n.2, pp.451-455. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200014>>. Acesso em 02 jan. 2022.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. **Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1**. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool, 2006. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2022.

NUP: 23081.075422/2022-03

Prioridade: Normal

Ato de entrega de monografia de especialização

144.32 - Trabalho de conclusão de curso. Trabalho final de curso de Pós-Graduação Lato sensu

COMPONENTE

Ordem	Descrição	Nome do arquivo
18	Artigo com correções	Artigo_PatriciaDeCarli_corrigido.pdf

Assinaturas

17/08/2022 19:04:40

GIOVANA DORNELES CALLEGARO HIGASHI (PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR)
32.18.00.00.0.0 - DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UFSM-PM - DCS-UFSM-PM



Código Verificador: 1718762

Código CRC: e66cdadc

Consulte em: <https://portal.ufsm.br/documentos/publico/autenticacao/assinaturas.html>

