

PARALELO E INTERFACES DA POLÍTICA TERRITORIAL COM A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: REGIONALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Márcia Regina dos Santos Rosa

Micael Henrique da Silva Santos

Sanmya Feitosa Tajra, Cilene Gomes

GT1: Desenvolvimento regional, planejamento, governança, controle social e gestão do território.

RESUMO

O artigo propõe-se a estabelecer um paralelo entre a política territorial urbana e regional e a política de saúde no Brasil, com o objetivo de identificar suas interfaces e ressaltar também a importância da interdisciplinaridade e da abordagem integrada de problemas, políticas e ações (intersectorialidade). Para isso, adotou-se o recurso à leitura histórica das referidas políticas públicas, análise descritiva de legislação pertinente e aportes bibliográficos selecionados. A discussão dos achados de pesquisa orienta-se pelos processos de regionalização para fins de planejamento urbano e regional e organização da rede de serviços de saúde de forma ampla, bem como pela categoria do território usado e a centralidade dos municípios no espectro da integração de ações intermunicipais, intersectoriais e multidimensionais. A problemática da transição demográfica para o envelhecimento em escala global sintetiza os preceitos integradores aqui referenciados, exemplificando a necessidade emergente de se pensar o espaço, as cidades e os lugares para todos.

Palavras-chave: Política territorial; Política de saúde; Regionalização; Educação permanente em saúde; Envelhecimento.

INTRODUÇÃO

Em primeira e última instância, o artigo trata do tema da integração, em distintas escalas e dimensões da vida humana e social e, portanto, do território usado (Santos, 2005), uma categoria de busca de conhecimento da realidade e da planificação de suas mudanças.

A ideia de integração subentende as relações de uma parte, ou partes da realidade com o todo que as engloba. Aplicada à compreensão da vida em sociedade, abarca não só a indissociabilidade do tempo e espaço e da sociedade (Santos, 1980), em todas as suas instâncias históricas de organização e atividade, mas também, a dialética da união com os domínios disciplinares do conhecimento em diversos âmbitos de análise, objetos e ações.

A integração sempre foi alvo histórico de concepções epistemológicas, políticas, funcionais e socioculturais. Nos marcos da formação territorial do Brasil, a integração de atividades econômicas e sociais foi valorizada diferencialmente, segundo os períodos, desígnios e ações de grupos hegemônicos e alcances geográficos. Assim, o território usado pouco a pouco se constituiu e se transformou, a partir de determinações político-ideológicas do estado colonizador e interesses econômicos capitalistas.

Essa ordem ampla de incursões originais nas terras do país não se propagou sem contradições, embates e resistências, nem tampouco, sem diferenças e desigualdades socioterritoriais, o que resultou em níveis e âmbitos de integração das atividades sociais, urbanas e rurais, em variadas formas de organização espacial do território usado. Assim, desde o início da história, aos movimentos de integração do país na ordem internacional contrapõem-se as dinâmicas internas de formação socioterritorial, a começar dos territórios indígenas pré-existentes à colonização e da imagem ampla de um país-arquipélago, feito de nucleações pouco ou nada articuladas, sejam elas instaladas no litoral ou no interior.

Daí não poder falar só de integração, mas de uma lógica dominante de organização socioterritorial integrada que se funda em ordens diversas de espaços relativamente não integrados a essa lógica única, mas que encerram em si uma forma própria de organização e dinâmica social. A ideia de integração abarca os movimentos de agregação e ampliação de processos socioterritoriais segundo uma ordem social predominante e, simultaneamente, diversas ordens locais de integração, mais ou menos autocentradas em outra lógica de interrelações.

Nesse contexto, nos decênios de 1950 aos anos de 1980, e depois, nas últimas três décadas aproximadamente, é preciso demarcar as políticas estatais que prenunciaram e propagaram a ideologia da integração territorial, como forma de expansão de mercados e segurança nacional. Os Planos Nacionais de Desenvolvimento (PND), do governo militar, junto aos Planos Diretores de Desenvolvimento Integrado (PDDI), foram instrumentos para a institucionalização do planejamento e o desenvolvimento econômico e urbano, envolvendo a articulação do Estado nacional com os estados, e por meio dessa ação coordenada, a implementação de políticas, cujo alcance resultou na integração de regiões metropolitanas às demais regiões do estado federado, a exemplo do estado paulista (Gomes, Reschilian e Uehara, 2018).

Daí aos nossos dias, os objetivos de integração não se esgotaram, mudaram de significação, a partir da Constituição Federal (CF) de 1988: abarcaram a inclusão dos processos integrados de descentralização, regionalização e municipalização, com atribuições de autonomia municipal, fortalecendo a premissa de relações interfederativas, ressaltando-se, aqui, o contexto de políticas territoriais e de saúde. Destaca-se também, a importância atribuída à

integração de agentes sociais diversos, em instâncias de discussão com o poder público e formas de mobilização social e exercício de cidadania, fortalecimento de relações sociais horizontais e qualificação da democracia, incluindo as redes sociais.

A rigor, se é admissível considerar a intensidade da valorização do princípio da integração permeando, no transcurso histórico, as intenções de distintos agentes em todas as instâncias da vida social, política e econômica e do uso do território, esse trajeto não se deu sem criar desintegração ou disjunções (Costa, 2021), mas, que não deixam de constituir o que Santos (2005) denominou de acontecer solidário. De uma forma ou outra, a formação social de um país, nos limites da federação, é fator integrador de todas as ordens aí territorializadas, ainda que contraditórias em seus interesses e objetivos.

O objetivo do artigo é estabelecer um paralelo entre a Política territorial, urbana e regional e a Política do SUS, para em seguida, reconhecer suas interfaces e abordar especificidades da Política de Educação Permanente em Saúde voltada ao envelhecimento da população – tendência demográfica irreversível com desafios às municipalidades e sociedade em geral, e às políticas de organização do espaço urbano e outros territórios de vida social.

Para isso, adota-se o método histórico e consulta documental, junto a aportes bibliográficos diferenciados, para promover uma discussão centrada na dimensão articuladora do território usado por todos, na regionalização e na proposição e implementação de políticas integradas, apoiadas em análises interdisciplinares e intersetoriais (Máttar e Cuervo, 2017), em vista de ações construídas socialmente e mudanças socioespaciais necessárias. A política de educação permanente em saúde aplicada à questão do envelhecimento da população e do espaço de vida para todos os cidadãos é uma problemática específica aqui enfatizada para exemplificar particularidades do ideal de integração de abordagens, problemas, políticas e ações.

POLÍTICA TERRITORIAL, URBANA E REGIONAL

Entende-se a política territorial na acepção de Milton Santos. Trata-se de uma política de redistribuição de bens e serviços, orientada pelo interesse público e o respeito à dignidade de todos os cidadãos, que considera a questão territorial indissociável da busca de uma cidadania concreta, no plano de um projeto social igualitário e uma redemocratização que se completa, não só na instância política, mas também na econômica e social (Santos, 2014). Assim, as desigualdades sociais são, necessariamente, desigualdades territoriais, porque “derivam do lugar onde cada qual se encontra” (Santos, 2014, p. 151). Tratar-se-ia de uma proposição abrangente que ao mesmo tempo, visa promover correção de injustiças sociais historicamente constituídas, prenunciando nova condição aos cidadãos em todo lugar do país.

Transpondo a ideia de política territorial às problemáticas constitutivas do espaço urbano e regional, vejamos, em rápido panorama retrospectivo, orientações, características, alcances e limites das políticas urbanas e regionais no Brasil. Tomando a CF de 1988 como divisor histórico, duas incursões de aproximação ao objeto definido remetem aos antecedentes e ao devir das reorientações inscritas nos preceitos constitucionais da Federação.

Sem pretender trazer detalhes das origens da política urbana e regional no país, pode-se em boa medida, correlacionar à complexificação da urbanização brasileira os novos ritmos da industrialização e diversificação de atividades econômicas, a proeminência do Estado e de ideologias do pós-segunda guerra mundial, a exemplo da modernização, do planejamento, do consumo.

Nesse contexto e até os anos de 1980, a integração político-institucional, de capitais internacionais e mercados e, ainda, de equipamentos e reorganização do território tornou-se

diretriz geral do planejamento estatal, sendo a concentração econômica, social e espacial e a centralização política corolários levados ao paroxismo.

Se a política urbana e de desenvolvimento regional já se estabeleciam por via de normas e ideários, instituições, formas de financiamento e instrumentos planificadores - como os PDDIs, PNDs, Planos Regionais em nível estadual e as divisões territoriais para planejamento -, mudanças se anunciam no transcurso de mobilizações sociais pela democratização do acesso a bens e serviços essenciais, tais como, o Movimento Nacional pela Reforma Urbana e o Movimento da Reforma Sanitária, levando, a seu tempo, à Assembleia Nacional Constituinte e a CF de 1988 (Brasil, 2018), propriamente dita, e, ainda, ao Fórum Nacional de Reforma Urbana.

Após 21 anos de autoritarismo e centralismo do regime militar, o país parecia imergir em outro tempo, de redemocratização e cidadania. A política urbana era contemplada nos artigos 182 e 183 da CF e em 2001, com o Estatuto da Cidade (EC), cujos princípios norteadores apregoavam a função social da cidade e da propriedade. Diretrizes e instrumentos para indução do desenvolvimento urbano foram enunciados, e foram estabelecidas orientações gerais para a construção efetiva da nova ordem urbanística: o interesse social, os direitos dos cidadãos e programas afins; a gestão democrática e cooperação entre diferentes agentes; integração e complementaridade das atividades urbanas e rurais; justa distribuição da população e de atividades econômicas e de benefícios e ônus da urbanização; oferta de serviços públicos e equipamentos urbanos e comunitários; preservação do patrimônio cultural e natural.

Garantida as competências e autonomia dos entes federados e concebidos os mecanismos institucionais de participação e consulta da sociedade (Conselhos, Conferências da Cidade e acesso livre à informação), os processos de planejamento urbano evidenciam o protagonismo da municipalidade, por via dos planos diretores e setoriais e a aplicação de instrumentos diversos, de acordo à atuação do Ministério das Cidades (2003-2018) e às pactuações da Política Nacional de Desenvolvimento Urbano (PNDU), e, ainda, à interferência de órgãos de controle, tais como, Ministério Público, Defensoria Pública e Tribunal de Contas.

Passados 23 anos do EC, experiências e lacunas foram objetos de reconhecimento e avaliação (Fernandes, 2021), e após a extinção do Ministério das Cidades em 2019 (junto ao Ministério da Integração Nacional, e com incorporação ao Ministério do Desenvolvimento Regional) e recriação em 2023, chega-se hoje, diante de novo contexto de crise social, urbana e ambiental (global e nacional), a novos estudos, debates e formulações para a redefinição da PNDU (Costa, 2024).

Nesse percurso recente, vale destacar, ainda, versões e revisões de marcos regulatórios de políticas setoriais (habitação, saneamento básico, mobilidade), e, respectivamente aos períodos de neoliberalização da economia e do social desenvolvimentismo, as propostas de planejamento a partir dos eixos de desenvolvimento, em distintas escalas, e a proposição e atualizações da Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR), com seus mapeamentos para identificação, em escala microrregional, de territórios estagnados ou pouco dinâmicos.

Nesse período posterior à CF de 1988 e, sobretudo, após o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), com a proliferação descabida, mas interesseira, de criação de Regiões Metropolitanas (RMs), aprova-se o Estatuto da Metrópole (EM) - marco legal para o planejamento de RMs -, cuja competência dos estados federados abrange a instância regional de agências metropolitanas, “as diretrizes gerais para o planejamento, a gestão e a execução das funções públicas de interesse comum” (Brasil, 2015), e também, normas e instrumentos para a governança interfederativa e o Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado (PDUI)

Além disso, a adesão do país a agendas globais lideradas pela Organização das Nações Unidas e outros organismos internacionais, a exemplo da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável e a Nova Agenda Urbana, mas também, a inúmeros modelos supranacionais de cidades e a redes internacionais de cidades, estabelece contornos ampliados para as discussões e os enfrentamentos dos enormes desafios ainda postos à Política Territorial no Brasil.

Para fins de uma breve menção ao alcance e limites, ou dificuldades na implantação de políticas urbanas e regionais, pode-se concordar, de modo geral, com a ideia de que avanços foram alcançados no sentido da obtenção de bases jurídicas consistentes para a definição de políticas e ações compromissadas com a reforma urbana, de um lado, e de outro, a retomada de planos nacionais de desenvolvimento regional e, particularmente, do planejamento de regiões metropolitanas e aglomerações urbanas.

A questão da política pensada para o país em seu todo, a perspectiva da integração de ações interferentes em problemas sistêmicos; a descentralização, o reconhecimento das competências e autonomia do município; novas leis federais associadas aos principais estatutos; o aprimoramento e a coordenação de relações interfederativas; os fóruns e espaços institucionalizados de participação social, a pauta dos direitos de cidadania; a disponibilidade de informações, análises e conhecimento do território e suas problemáticas, são todos, componentes significativos de conquistas alcançadas e, ao mesmo tempo, limitações e desafios.

Um dos pontos da descrença relativa ao Estatuto da Cidade, segundo Fernandes (2021) reside no fato de que a segregação socioespacial se agrava ainda mais no período de 20 anos após 2001. Outros pontos alegados para esse descrédito foram, ainda, segundo o mesmo autor: a falta de clareza de compreensão e assimilação da nova ordem jurídico-urbanística; inexistência de estratégias de democratização do acesso ao solo urbano e à moradia; apropriação exclusiva da valorização imobiliária pelos proprietários de terras e imóveis; acirramento dos velhos processos de socialização dos custos e privatização dos ganhos; a intensificação da mercantilização das cidades e periferização de populações pobres (Fernandes, 2021).

Quanto ao planejamento de RMs, segundo estudos encontrados em Costa (2021), destacam-se algumas questões suscitadas para discussões e enfrentamentos: necessidade de inversão das lógicas de desenvolvimento de arranjos institucionais e territoriais, em vista das cooperações (interfederativas) estabelecidas de “baixo para cima”, no contexto de RMs e em torno de interesses comuns; ausência de avanços significativos após o EM no que respeita a estruturas de governança constituídas nessas RMs; fraca presença de esferas estaduais e federais, ocasionando vazios e descompassos na gestão metropolitana e fortalecendo o municipalismo, em detrimento de formas de gestão compartilhada; inexistência de promoção da participação social, para além dos formatos institucionalizados de mera legitimação de ações do poder público.

A questão das mobilizações sociais diversas pelo direito à participação cidadã, são, aliás, um ponto nevrálgico das discussões e entendimentos da política territorial. Se cumprem um importante papel de pressão ao poder público e no aprendizado da prática democrática, deparam-se com as fronteiras rígidas impostas pela força imperiosa de agentes hegemônicos e do próprio Estado, em sua ação conivente, e assim, de desatenção aos reclamos e reais necessidades da sociedade.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE: EDUCAÇÃO PERMANENTE, REGIONALIZAÇÃO E CIDADES PARA O ENVELHECIMENTO

Há pouco mais de 30 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado (Brasil, 1990) para garantir o acesso de todos os brasileiros à saúde, uma vez que, antes da CF de 1988, esse direito era concedido apenas aos que contribuíam para a Previdência Social. Aos desprovidos de recursos, restavam-lhes a caridade e a filantropia.

Fruto da Reforma Sanitária Brasileira, o SUS foi sendo concebido e, em 1986, com a 8^a Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986), teve seu arcabouço finalmente produzido. Dessa Conferência emergiu o texto incorporado na CF de 1988, tornando o SUS uma das mais significativas políticas sociais do país.

O SUS é composto pela União, representada pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, cada ente com suas corresponsabilidades. O Ministério da Saúde é o gestor nacional do SUS, responsável por formular, normatizar, fiscalizar, monitorar e avaliar as políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde, junto a instituições como Fiocruz, Funasa, Anvisa, Agência Nacional de Saúde, Hemobrás, Inca, Inta e oito hospitais federais (Brasil, 2024).

As Secretarias Estaduais de Saúde participam da formulação das políticas e ações de saúde, apoiam os municípios em articulação com os Conselhos Estaduais (CES) e participam das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) para aprovar e implementar os Planos Estaduais de Saúde. No âmbito municipal, as Secretarias planejam, organizam, controlam, avaliam e executam as ações e serviços de saúde em articulação com os Conselhos Municipais (COMUS) e a esfera estadual, para aprovar e implantar os Planos Municipais de Saúde (Brasil, 2024).

O SUS orienta-se por princípios doutrinários e organizativos. Antes de setembro de 2023, seus princípios doutrinários eram Universalidade, Integralidade e Equidade (Brasil, 1990). Com a Lei nº 14.679, de 2023 (Brasil, 2023), o SUS inclui a Proteção Integral dos Direitos Humanos. São princípios organizativos a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social (Brasil, 1990).

A descentralização, ocorrida na década de 1990, desempenhou papel crucial no processo de organização do sistema público de saúde no Brasil, e foi marcada pelo lançamento de normas operacionais básicas (NOB), nem todas, tão democráticas e participativas (Nicoletto *et al.*, 2018). De acordo com este autor, a primeira NOB 01/91 desrespeitava a normatização do SUS. Sua gestão era centralizada na esfera federal e as transferências de recursos para outras esferas seguiam a lógica privada.

Ao contrário da NOB 01/91, a NOB 01/93 foi editada em contexto político aberto ao movimento municipalista. A partir daí, instituíram-se as Comissões Intergestores Tripartite (CIT e CIB). O avanço na descentralização prosseguiu com a edição da NOB 01/96. Uma nova forma de repasse financeiro foi implantada – transferências de fundo a fundo. A NOB 01/96 foi extremamente relevante para a definição dos papéis de cada nível de governo, esclarecendo o que lhes cabiam.

A concretização da descentralização dos serviços de saúde, notadamente preconizada pela CF de 1988, deu-se por meio da municipalização, em escala nacional, a começar daquele mesmo ano, quando as diretrizes da NOB/SUS 96 foram postas em prática. Desde então, os pequenos municípios foram incumbidos de ofertar a atenção básica da saúde ou, atenção primária à saúde. Ainda assim, esses municípios lidam com impasses, sobretudo com relação aos serviços de maior complexidade, exigindo que, além de pontuações, seja realizada a compra de serviços localizados em outros municípios (Nicoletto *et al.*, 2018).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde n. 01/2001 (NOAS), publicada pela Portaria GM/MS n. 95/2001 (Brasil, 2001), foi lançada no intuito de fortalecer a regionalização do SUS

e garantir a integralidade da assistência, dando ênfase ao planejamento regional da rede e primando pela organização integrada do SUS em seus três níveis de atenção.

A NOAS foi reeditada, em 2002, em razão de problemas. De acordo com Nicolleto *et al.* (2018), com o intuito de propiciar aos cidadãos o acesso às ações e aos serviços de saúde na atenção primária, secundária e terciária, primando pela garantia da integralidade na atenção em saúde, foram propostos como instrumentos de gestão, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Após discussões na 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, em 2006 a portaria ministerial n. 399/GM definiu o Pacto pela Saúde que, por meio do componente Pacto de Gestão do SUS, priorizou a adesão à regionalização (Nicoletto *et al.*, 2018).

DIREITO À SAÚDE E FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Para compreender as estratégias que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) propõe em diferentes escalas, a partir das necessidades de saúde de âmbito local e regional, bem como, da contribuição destas diretrizes para o fenômeno do envelhecimento populacional e a adaptação das cidades e demais territórios, é fundamental reaver o que traz a CF de 1988, no que tange a saúde conforme apresentado a seguir no Quadro 1 – Constituição Federal e Saúde como Direito.

Quadro 1. CONSTITUIÇÃO FEDERAL E SAÚDE COMO DIREITO

Capítulo	Artigo	Descrição
Capítulo II: dos direitos sociais	Art. 6º	São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados
Capítulo II: da Seguridade Social – Seção II: da Saúde	Art. 196	A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação
Capítulo II: da Seguridade Social – Seção II: da Saúde	Art. 198	As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com suas diretrizes

Fonte: Brasil,1988.

Nessa perspectiva, tendo o Estado como ator fundamental para garantia desse direito, foi criada a Lei 8080/90 como forma de regulamentar as diretrizes do SUS e orientar as estruturas substanciais para uma assistência à saúde com princípios, objetivos e atribuições a fim de reduzir as desigualdades e dispor do acesso integral e gratuito a todos em território nacional.

A qualificação de recursos humanos em saúde é um ponto vital para sustentação do SUS, e para demonstrar esta importância, pode-se destacar alguns artigos da Lei 8080/90, que se referem a formação conforme destacado a seguir no Quadro 2 – A lei do SUS e a formação de recursos humanos em saúde.

Quadro 2. A LEI DO SUS E FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Capítulo	Artigo	Descrição
Capítulo I: dos objetivos e atribuições	Art. 6º	Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS: I – a execução de ações; III – a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde
Capítulo III: da organização, da direção e da gestão	Art. 14	Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde – SUS, esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre as instituições.
Capítulo IV: da competência e das atribuições – Seção I: das atribuições comuns	Art.15	A União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios exerçerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: IX – participação na

		formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.
Capítulo IV: da competência e das atribuições – Seção II: da competência	Art. 16	A direção nacional do Sistema Único da Saúde - SUS compete: IX – promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área da saúde
Título IV: dos recursos humanos	Art. 27	A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I – organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal

Fonte: Brasil, 1990.

Em complemento aos principais marcos legais que definem o SUS em relação ao desenvolvimento profissional na área da saúde, a CF de 1988 aponta no “Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: III – ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (Brasil, 1988).

Pensando em diretrizes que orientem os serviços de saúde de acordo com as diferentes necessidades e realidades que conectam a educação no trabalho, por meio da educação permanente com foco na melhoria do processo de trabalho, a partir do desenvolvimento profissional no SUS, foi criada em 2003, pelo Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), responsável pela formulação de políticas públicas orientadas para o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Na sequência, foi instituída a Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, que dá origem à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Em busca de aprimorar e estabelecer novas diretrizes e estratégias para implementação da PNEPS, esta política foi regulamentada pela Portaria GM/MS nº1.996, de 20 de agosto de 2007, que tem por objetivo auxiliar na organização dos serviços de saúde e a qualificação dos profissionais da saúde, a partir da transformação de práticas de saúde e da integração ensino-serviço para fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS.

Neste recorte histórico, importa destacar outro marco legal da elaboração de estratégias regionais para desenvolvimento dos profissionais da saúde, estabelecido mediante a Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 335, de 27 de novembro de 2003, que se refere à aprovação da “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e da estratégia de “Polos de Educação Permanente em Saúde” como instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente (Brasil, 2009).

Outro fator determinante para organização dos serviços de saúde provém da realidade regional e local, pois são nestas escalas que a política se torna mais efetiva de acordo com o que a população, de fato, necessita. Visto que a política nacional está direcionada para a aplicação das diretrizes em todo o território nacional, entende-se que este território se distingue pelas especificidades e condições de vida de diferentes regiões no contexto econômico e social que impactam na saúde das respectivas populações. Tendo como desafio central a garantia do acesso à saúde e da qualidade dos serviços de saúde ofertados à população, tornam-se cada vez mais necessárias as políticas que perpassem desde a esfera nacional à local.

Isto se aplica também aos desafios e preceitos do desenvolvimento profissional no SUS. Dessa forma, a PNEPS prevê os Colegiados de Gestão Regional, de acordo com a portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que se referem às instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa, constituída de gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma região de saúde e por representantes do gestor estadual.

O Colegiado de Gestão Regional deve instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e os Planos de Saúde dos entes federados participantes (Brasil, 2009).

Este colegiado e o planejamento regional derivam do processo de regionalização da saúde, que, à sua vez, consuma a descentralização, com ênfase na municipalização, buscando garantir o acesso universal, a resolutividade das ações em saúde e da qualidade em todos os níveis de atenção à saúde (Brasil, 2001).

Considerando a importância da qualificação de recursos humanos para o SUS, a problemática do envelhecimento populacional e das escalas da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e, ainda, da Política Nacional de Educação Popular em Saúde - estratégia para a educação no território, com a participação de diferentes agentes na produção da saúde -, este estudo busca apresentar uma compreensão de base documental das políticas públicas educativas em saúde que influenciam diretamente no planejamento de cidades e territórios para todos os cidadãos e o envelhecimento saudável.

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PRÁTICA DE TRANSFORMAÇÃO PROFISSIONAL E SOCIAL

A partir da integração e do desenvolvimento de pessoas, na perspectiva da visão multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (São Paulo, 2019), o Ministério da Saúde define a Educação Permanente (EP) como:

O conceito pedagógico no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na reforma Sanitarista Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. (São Paulo, 2019, p.16).

A PNEPS é uma proposta inovadora na formação de recursos humanos para o SUS, denominada como uma estratégia político-pedagógica, pautada na aprendizagem significativa mediante aos problemas cotidianos do processo de trabalho para uma transformação das práticas profissionais.

A Portaria GM/MS 1.996/07, que traz as diretrizes para a implementação da PNEPS (São Paulo, 2019) destaca que a EP deve ser considerada a partir de cinco pontos estratégicos:

- 1- Destina-se a públicos multiprofissionais:** visando a transformação da prática profissional a partir da aprendizagem no trabalho, na perspectiva interdisciplinar e intersetorial.
- 2- Objetiva transformações das práticas técnicas e sociais do campo da saúde:** estimulando a troca de experiências entre os profissionais, mediante visão crítica e melhor compreensão do cotidiano do trabalho, e favorecendo a organização dos processos e da gestão de forma participativa e humanizada.
- 3- Preocupa-se com os problemas cotidianos das equipes de saúde:** proporcionando diálogos entre as equipes e diferentes atores sociais para discussão de problemas do cotidiano do trabalho, a partir de espaços participativos e da cogestão para melhoria da qualidade da oferta de serviços em saúde.
- 4- Utiliza metodologias ativas de ensino-aprendizagem:** para análise permanente e maior reflexão crítica e uso de abordagens participativas que estimulam a construção coletiva de soluções reais para os problemas identificados pelas equipes da saúde.
- 5- Deve ser considerada um processo contínuo:** com atuação integrada de diferentes gestores, por meio de Polos de Educação Permanente/CIES, para uma visão ampliada das necessidades de saúde de cada município e dos desafios locais e regionais, possibilitando a construção de estratégias em diferentes escalas.

Em relação aos Polos de Educação Permanente, eles passaram a ser denominados por Comissões de Integração Ensino e Serviço (CIES). E a condução da política regional passou a se dar pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com apoio dos Núcleos de EPS (Câmara Técnica dos Colegiados) e da CIES.

A EP é uma estratégia do SUS com foco no aprimoramento, devendo ser pactuada entre os gestores, construída a partir dos profissionais e alicerçada em processos educacionais por meio de novas tecnologias e modalidades de ensino e redes de apoio institucionais. Ou seja, um conjunto de condições que possibilitam a formação e o desenvolvimento dos sujeitos em sua integralidade humana, profissional, social e política, mediante diferentes práticas educativas, formais e informais, relacionadas às necessidades de saúde da população e das melhorias dos serviços de saúde (São Paulo, 2019).

É importante ressaltar a importância das escalas regionais para melhoria dos serviços e o desenvolvimento do SUS, visto que “essa visão regional tem sido fortalecida pela crescente constatação dos limites de acesso e de equidade em um sistema exclusivamente de base municipal” (Mello et al., 2017, p.1292). Aqui, destaca-se o papel dos gestores municipais frente à responsabilidade sanitária dos municípios e, também, o papel do gestor estadual no enfrentamento de desafios para consolidação do SUS.

Além da premissa de formação de recursos humanos em saúde, a estratégia da PNEPS evidencia a necessidade de desenvolvimento do planejamento em saúde a partir da análise das especificidades de cada território, sendo a CIES fundamental para a compreensão e o desenvolvimento dessa política pública. As transformações da prática de trabalho estão conectadas às experiências singulares dos sujeitos que, integrados às equipes de saúde, por meio de trocas cotidianas para produção do cuidado, provocam um novo olhar crítico sobre as próprias práticas de trabalho, isto é, mudança no pensar e no agir, para além do ambiente profissional, transformando as práticas sociais.

ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A CONSTITUIÇÃO DE CIDADES

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2030, uma em cada seis pessoas estará com 60 anos ou mais. Isso demonstra o fenômeno do envelhecimento populacional e a necessidade de novas estruturas nas cidades para promoção do envelhecimento saudável, visto que o estilo de vida das pessoas deve proporcionar condições melhores para uma vida mais longeva com qualidade de vida e capacidade funcional. O que ressalta a necessária discussão dessa temática em diferentes espaços, para o desenvolvimento de políticas públicas e de educação em saúde com a população.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2023, p. 2) “a população total continuará crescendo a um ritmo cada vez menor até 2060, sendo que a mudança demográfica mais profunda na primeira metade deste século será o envelhecimento populacional”. Essa nova realidade se tornou uma preocupação global para promoção do envelhecimento ativo e saudável, e vem sendo destaque nas agendas de diferentes órgãos governamentais, estimulando a criação de diferentes estratégias para organização dos serviços e do espaço das cidades.

Vale destacar que o envelhecimento ativo relaciona-se a uma série de fatores ou determinantes da vida dos indivíduos, das famílias e nações, incluindo condições materiais e sociais que afetam comportamentos e os sentimentos dos indivíduos, assim como, as interações entre eles, o que influência diretamente na forma como os indivíduos envelhecem.

Figura 1. DETERMINANTES DO ENVELHECIMENTO ATIVO



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2007.

Os determinantes estão ligados a diferentes aspectos dos cenários e serviços urbanos que impactam diretamente na condição de vida dos indivíduos conforme apresentado na Figura 1 – Determinantes do Envelhecimento Ativo, e estão introduzidos como características das cidades amigas dos idosos. Segundo a OMS (2007), nestas cidades, as políticas, os serviços, os cenários e as estruturas apoiam os indivíduos, o que permite as pessoas envelhecerem ativamente. Para isso, é necessário compreender que uma cidade amiga é baseada em algumas ações fundamentais:

- 1- Reconhecimento:** reconhecer que as pessoas idosas possuem capacidades e recursos.
- 2- Adaptação:** antecipar e dar respostas flexíveis às necessidades e preferências relacionadas ao envelhecimento.
- 3- Escolhas:** respeitar as decisões e escolhas de estilo de vida das pessoas mais velhas.
- 4- Proteção:** proteger os mais vulneráveis.
- 5- Inclusão:** promover a inclusão e contribuição em todos os aspectos da vida comunitária nas cidades.

Nessa perspectiva, a própria Educação Permanente pode ser uma grande aliada no processo de construção do planejamento de ações propostas, e de conscientização e educação popular, a partir da integração de diferentes saberes acerca da importância dos cuidados em saúde nos primeiros ciclos de vida (visto que o processo de envelhecimento perpassa todas as idades) e também, das principais características para uma cidade amiga.

Por se tratar de uma estratégia da política de saúde centrada na aprendizagem no trabalho e na promoção de ações em saúde com a comunidade, a EP se torna uma prática fundamental para a qualificação de gestores e espaços de troca de conhecimentos com a população para promoção da saúde em vista da transformação dos ambientes para o envelhecimento saudável.

Para organização das políticas públicas e adaptação das cidades, a Organização Mundial da Saúde criou o “Guia Global de Cidades Amigas das Pessoas Idosas”, como um documento norteador que auxilia na construção de diagnósticos e de planos de ação intersetoriais, tendo em vista que as questões presentes no território e os desafios para uma cidade amiga das

pessoas idosas ultrapassam uma visão fragmentada das áreas em que se pensa isoladamente, a mobilidade, a saúde, a educação, a inclusão, as áreas edificadas, o meio ambiente etc.

Este guia propõe a construção de um planejamento integrado com a população idosa, um planejamento participativo, a partir das percepções dos idosos sobre as cidades em que vivem para destacarem as ações prioritárias para manutenção das políticas públicas sociais.

Como parte estruturante deste documento, a OMS (2007) sugere que as discussões para elaboração do diagnóstico seja a partir de 8 eixos, e realizadas a partir de grupos focais: Espaços Exteriores e Edifícios, Transporte, Habitação, Respeito e inclusão social, Participação Social, Comunicação e Informação, Participação Cívica e Emprego e Apoio Comunitário e Serviços de Saúde. São problemáticas a serem consideradas numa cidade, tal como os determinantes do envelhecimento ativo, que se baseiam em fatores condicionantes da vida na cidade e devem ser analisados de forma integrada e interdisciplinar.

Visto que as ações em saúde devem ser programadas e planejadas a partir de um olhar regionalizado, é que o SUS, por meio do Plano Diretor de Regionalização e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, prevê a importância da integração de gestores estaduais e municipais para a tomada de decisões e a definição de ações prioritárias por meio de pontuações regionais. Nesse sentido, é necessário utilizar diferentes mecanismos e instrumentos de gestão para atender às demandas prementes da população, no que importa ao envelhecimento populacional e a outras demandas populacionais interligadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: INTERFACES DA POLÍTICA PÚBLICA

O paralelo acima elaborado entre a política territorial e de saúde constitui uma base representativa para enunciar algumas interfaces ou aspectos comparativos entre elas. Em princípio, tais confluências entre os dois sistemas de atuação estatal sobre a realidade socioespacial do país já se delineavam pela natureza dos movimentos sociais anteriores à CF de 1988, impulsionando as demandas da sociedade civil pela abertura política e as reformas pretendidas. A partir daí, essas aproximações podem ser identificadas, em sua origem, a partir da própria CF, mas também, do próprio território, onde a vida social se organiza e se transforma.

De fato, as principais interfaces dessas políticas públicas estão nos preceitos constitucionais do Estado Democrático de Direito, tendo como fundamentos, dentre outros, a dignidade da pessoa humana, a cidadania e o bem de todos. Unem-se pelos direitos sociais conforme descrito (quadro 1) no artigo 6º da Constituição.

Interligam-se também pelo princípio da descentralização político-administrativa, supondo a repartição de poderes e responsabilidades entre União, estados e municípios. De onde decorre a necessária coordenação, organização e pontuações dos entes federados.

Além disso, constituem interfaces significativas a regionalização e municipalização das políticas urbanas e de saúde. No caso da política urbana, a regionalização refere-se atualmente à institucionalização pelos governos estaduais de regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum. O projeto de lei da Nova Regionalização do estado de São Paulo estabelecia, em 2022, uma divisão regional para fins de planejamento, contemplando o estado inteiro com regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e regiões de Estado (microrregiões), mas, com a mudança de governo, constata-se o desinteresse do atual mandatário na proposta (Silva e Silva, 2024).

No caso da saúde, a regionalização visa a organização da rede de serviços, a exemplo do estado paulista, que institui as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), equiparáveis a

divisões regionais tais como estabelecidas para fins de políticas, planejamento e investimentos. Nesse tópico, a despeito das defasagens e lacunas na implementação, vale ressaltar a coesão das estratégias e instrumentos da gestão no modelo de regionalização das ações e serviços de saúde. Se os Colegiados de Gestão Regional podem se equiparar aos Conselhos Metropolitanos, não parece haver dúvida quanto à importância das pontuações na saúde, em comparação às fracas articulações da política urbana e regional.

Embora se conheça as incursões da iniciativa privada na gestão da saúde, junto às ingerências e descontinuidades de uma política de Estado, por hipótese, as disjunções da política territorial de âmbito regional parecem indicar maior permeabilidade à convivência do poder público com os interesses exclusivistas do capital imobiliário e financeiro na cidade como mercadoria.

Quanto à questão da municipalização, essa se tornou o principal desafio na interface das duas políticas aqui em foco, pois os municípios passam a ser reconhecidos como entes federados autônomos, com atribuições próprias ligadas à legislação sobre assuntos de interesse local, cooperação técnica e financeira com a União e os estados, prestação de serviços, ordenamento territorial, proteção do patrimônio histórico e cultural, etc.

Se as interfaces aqui pretendidas são condizentes com a organização do Estado Federativo, o que une de forma inequívoca os referidos âmbitos da política pública, o social e o urbano-regional, é o território de vida, de todos que o habitam. Daí o território usado constituir uma categoria privilegiada para o planejamento de transformações e organização da vida social. Mas, se o território sempre foi objeto de análise e intervenções planejadas, seja em meio urbano ou regional, em múltiplas escalas de organização, não tem sido inusual se admitir a dimensão articuladora do território (Souza, Gomes, Zanetti, 2020; 2021) também no campo da política de saúde. Considera-se que a política de saúde é de fato uma política territorial.

Se apenas considerarmos a relação do processo de municipalização da saúde à jurisdição do território municipal e a organização da rede de ações e serviços de atenção à saúde ligada à rede de cidades de uma dada RRAS, isso já seria suficiente para antever correlações com o espaço urbano e regional, e mesmo, as redes urbanas regionais, realidades-alvo das políticas urbanas e regionais.

Aproximando a essas conexões, ao tomarmos a Política Nacional de Atenção Básica e, nela, a Estratégia da Saúde da Família, é sabido que o território municipal é dividido em regiões urbanas e/ou rurais, com critérios de tamanho populacional, grau de vulnerabilidade dos territórios e especificidades locais, para fins de designação e acompanhamento das populações pelas equipes multiprofissionais.

A estruturação da atenção básica de saúde prossegue sendo um dos grandes desafios do SUS (Santos, 2023), o que, certamente, também envolve as dificuldades ligadas às condições socioterritoriais de vida das populações atendidas, a exemplo da inabitabilidade ou precariedade dos bairros e das moradias, inexistência de saneamento básico, difícil acessibilidade física e social, insuficiência no transporte e outras infraestruturas urbanas, influentes que podem ser nas condições de saúde biopsíquica e social dos moradores. Ainda que existam esses imensos desafios, vale ressaltar a centralidade da atenção básica para o bom êxito da política em seus demais níveis de ação e atenção. Nesse sentido, trata-se de uma política que, a despeito de sua hierarquização, pensa na organização das ações e dos serviços “de baixo para cima”.

Ou seja, tais condições socioterritoriais inadequadas podem interferir na dificuldade de acesso aos serviços de média e alta complexidade, envolvendo, em especial, a dependência de pequenos municípios em relação aos serviços de atenção à saúde ofertados em outros municípios ou cidades (referências) da rede urbana-regional de uma dada RRAS, ou de outras do mesmo estado ou não. Essa organização da rede de ações e serviços de saúde, segundo

níveis de atenção, para atendimento de populações desprovidas de acesso, prevê pactuações interfederativas, sistemas de agendamentos e oferta de transporte (pela municipalidade demandante) aos moradores de municípios que dependem dos serviços neles inexistentes (Santos, 2023). Em certos casos, o tratamento fora do domicílio requer o custeio de serviços adicionais, tais como hospedagem (casas de apoio) e alimentação.

Nesse caso, sendo o transporte um serviço importante para completar o atendimento à saúde, não seria de se esperar que este serviço pudesse ser organizado regionalmente, mediante ações conjuntas? No contexto do planejamento de RMs, o transporte, junto ao sistema viário, é uma função pública de interesse comum dos municípios integrantes da região. Certamente, as necessidades de deslocamento intermunicipal vão além da busca por serviços de saúde fora dos municípios de residência, justificando ainda mais a possibilidade de melhor organização do transporte urbano-regional. Se já existem as linhas de ônibus metropolitanas, o número delas, o alcance de suas ligações (origens e destinos) e horários, e as condições do sistema de vias, deveriam contemplar as necessidades diárias e semanais do transporte da saúde, otimizando as ações intermunicipais e aliviando o encargo dos pequenos municípios.

O mesmo se aplicaria às demais funções públicas de interesse comum, a exemplo do atendimento social, habitação e dos serviços e infraestrutura de saneamento básico e ambiental, que pensados regionalmente, no contexto de uma gestão regional interfederativa, as melhores condições de habitabilidade favoreceria a saúde das populações, dentre outros benefícios aos moradores. Outra interface dessas políticas em foco está justamente no conceito ampliado de saúde, incluindo o território e ambiente de vida como fatores influentes na saúde coletiva.

Nesse sentido, não é difícil consentir ao proveito de se tratar as problemáticas socioespaciais de forma integrada e de um planejamento também perspectivado pela integração entre políticas setoriais e territoriais propriamente ditas, indo além do planejamento ligado às normas estritas de uso e ocupação do território. É justamente por isso que os processos de regionalização e municipalização das ações e serviços, bem como a dimensão articuladora do território usado se tornam elos centrais das interfaces da política pública territorial e social, a exemplo da saúde em sua interface com a questão da cidade para o envelhecimento.

A ênfase da política de saúde na humanização e educação permanente de profissionais e populações, em consideração ao conhecimento das especificidades de contextos socioterritoriais locais e regionais, faz total sentido ao se alinhar à busca incessante de crescente conscientização e qualificação da participação de diferentes agentes, tal como propagadas na política urbana e regional, e na proposição de um planejamento territorial socialmente construído e necessário. Se não houve historicamente cultura de participação social no país, a educação permanente de gestores e agentes sociais pode contribuir de forma significativa na superação das distâncias reais entre ideais e modelos políticos de integração socioterritorial e sua melhor realização prática nos termos de um projeto de redistribuição de bens e serviços e gestão compartilhada, centrados nas diferenças e desigualdades, na heterogeneidade das demandas e na pluritemporalidade, multiescalaridade e intersetorialidade das ações políticas e planejadas e de análise do território de todos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Constituição da República Federativa do Brasil**: até a Emenda no 99/2017. 53. ed. Brasília: Edições Câmara, 2018.

BRASIL. Lei no 13.089, de 12 de janeiro de 2015. Institui o Estatuto da Metrópole, altera a Lei no 10.257, de 10 de julho de 2001, e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13089.htm. Acesso em: 20-06-2023.

BRASIL. Lei nº 14.679, de 18 de setembro de 2023. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para incluir a proteção integral dos direitos de crianças e adolescentes entre os fundamentos da formação dos profissionais da educação e para incluir a proteção integral dos direitos humanos e a atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual contra crianças e adolescentes entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). 2023. Disponível: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14679.htm. Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan. 2001. Seção I, p. 23-31.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização**. Gov.br, 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/regionalizacao>. Acesso em: 1 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso: Norma BRASIL. Ministério da Saúde. Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: instrumentos de gestão em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Portal Gov. Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em 14 nov. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos . Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, v. 128, n. 182, 20 set. 1990. p.18055-18059.

BRASIL. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 1 nov. 2024.

COSTA, M. A. (org.). **Federalismo, planejamento e financiamento**: avanços e desafios da governança metropolitana no Brasil. Rio de Janeiro: Ipea, 2021.

COSTA, M. A. (org.). **50 Anos de Regiões Metropolitanas no Brasil e a Política Nacional de Desenvolvimento Urbano**: no cenário de adaptação das cidades às mudanças climáticas e à transição digital. Brasília: Ipea, 2024.

FERNANDES, E. (org.). **20 anos do Estatuto da Cidade**: experiências e reflexões. Belo Horizonte: Gaia Cultural, 2021.

GOMES, C; RESCHILIAN, P. R; UEHARA, A. Y. "Perspectivas do planejamento regional do Vale do Paraíba e Litoral Norte: marcos históricos e a institucionalização da região metropolitana no Plano de Ação da Macrometrópole Paulista". *Urbe: Revista Brasileira de Gestão Urbana*, v. 10, n. 1, p. 154-171, 2018.

MÁTTAR, Jorge; CUERVO, L. M. **Planificación para el desarrollo en América Latina y el Caribe**: Enfoques, experiencias y perspectivas. Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2017.

MELLO, G. A. et al.. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1291–1310, abr. 2017.

NICOLETTTO, S. C. S. et al. SUS: uma política social inacabada. In: Carvalho, B. G.; Nunes, E. F. P. A.; Cordoni Junior, L. (Org.) **Gestão da saúde em pequenos municípios: o caso do Norte do Paraná**. Londrina: Eduel, 2018.

Organização Mundial da Saúde. **Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas**. OMS, 2007. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43755/9789899556867_por.pdf;sequence=3. Acesso em: 1 nov. 2024.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento Saudável**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel>. Acesso em: 1 nov. 2024.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Perspectivas demográficas do envelhecimento populacional na Região das Américas**. Washington, DC; 2023. Licença CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726792>.

SANTOS, M. H. S. **Acesso de moradores de pequenos municípios da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte aos serviços de média complexidade do SUS**: Equitativo ou Iníquo? Relatório de Qualificação. Doutorado em Planejamento Urbano e Regional, Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, 2023.

SANTOS, Milton. **Da totalidade ao lugar**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (Edusp), 2005

SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Edusp, 2014

SANTOS, Milton. **Por uma geografia nova**: Da crítica da Geografia a uma Geografia crítica. São Paulo: Hucitec, 1980.

SÃO PAULO (Estado) Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Recursos Humanos. Grupo de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos. **Plano estadual de educação permanente em saúde de São Paulo 2020-2023**: programa para o fortalecimento das práticas de educação permanente em saúde no SUS – PRO EPS SUS/ Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. – São Paulo: SES/SP, 2019.

SILVA, P. O. R.; SILVA, F. F. A. A nova regionalização do Estado de São Paulo frente ao paradigma da gestão plena e ao direito à participação. **RBGDR**: Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional. V.20, Nº2, pp. 159-181, Mai-Ago/2024

SOUZA, G. J.; GOMES, C.; ZANETTI, V. Descentralização, Território e Regionalização dos Serviços de Saúde: Análise Contextual dos Municípios de Guaratinguetá e Aparecida na Rede Regional de Atenção à Saúde – 17 (RRAS-17) do Estado de São Paulo. **Revista Desenvolvimento em Questão**. Ano 16, n. 45, pp. 298-320, out./dez. 2021.

SOUZA, G. J.; GOMES, C.; ZANETTI, V. Estratégia da Saúde da Família: a dimensão articuladora do território. **Barbaroi**. N. 56, p.141-163, jan./jun. 2020.