



Desenvolvimento Regional em Debate
E-ISSN: 2237-9029
valdir@unc.br
Universidade do Contestado
Brasil

Diesel Sebastiany, Giana
AS DIFERENTES POSSIBILIDADES DE REGIONALIZAÇÃO DE UM TERRITÓRIO:
DELIMITAÇÕES A PARTIR DA CATEGORIA SAÚDE
Desenvolvimento Regional em Debate, vol. 2, núm. 2, julio-diciembre, 2012, pp. 139-160
Universidade do Contestado
Canoinhas, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570862005009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

AS DIFERENTES POSSIBILIDADES DE REGIONALIZAÇÃO DE UM TERRITÓRIO: DELIMITAÇÕES A PARTIR DA CATEGORIA SAÚDE

Giana Diesel Sebastiany¹

RESUMO

O artigo pretende contribuir com as reflexões sobre as possibilidades de regionalização de determinado território, compreendendo o papel protagonista de uma região construída a partir dos condicionantes históricos, econômicos, culturais, físico-naturais, ou seja, a partir da ação humana que modifica paisagens e aproxima pessoas, em torno de objetivos comuns. Quando da proposição de criação de um Curso de Medicina, numa universidade comunitária, inserida e preocupada com o desenvolvimento regional, emerge a questão do quanto a existência material desse curso poderá/deverá contribuir para o desenvolvimento da saúde da população, em seu território de abrangência. Da gênese dessa primeira questão surgem outras, dentre as quais, nesse artigo, destaca-se: Quais as regiões “dadas” (delimitadas do ponto de vista físico/geográfico e de governança) e as regiões construídas pelos atores sociais, no processo de territorialização de um Curso de Medicina? Procurando refletir sobre a mesma, o texto faz a análise de dados secundários, coletados no Projeto Pedagógico de um Curso de Medicina da região central do Estado do Rio Grande do Sul, bem como em vários documentos de registros do mesmo, e está organizado a partir de subtemas: (1) o conceito de desenvolvimento e sua implicação na compreensão do que é uma região; (2) a conceituação de região; (3) a regionalização dada pelo Estado: coordenadorias regionais de saúde; (4) a regionalização para resolver questões da saúde: organização entre os municípios; (5) a região construída pela abrangência de atuação do curso de medicina.

Palavras-chave: Região; Regionalização; Saúde; Curso de medicina.

THE POSSIBILITIES FOR REGIONALIZATION OF A GIVEN TERRITORY: DELIMITATIONS FROM THE HEALTH CATEGORY

ABSTRACT

The objective of this paper is to contribute to the discussions about the possibilities for regionalization of a given territory, including the title role in a region constructed from the historical, economical, cultural, physical and natural constraints, or from human activity that alters landscapes and approaches people around common goals. When is proposed to establish a medical school in a community college, and inserted concerned with regional development, the question that arises is that the existence of that course material can / should contribute to the development of population health in its territory coverage. From the genesis of this first

¹Doutoranda em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC/RS); Mestre em Educação (UFSC/SC); Professora Assistente do Departamento de Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC/RS). Contato: giana@unisc.br.

question comes other, among which, in this article, we highlight: Which are the “given” regions (defined in terms of physical / geographical point of view and governance) and regions constructed by social actors in the process of territorialization of a medical school? Reflecting about it, it is analyzed the secondary data (collected in an Educational Project School of Medicine of the central region of Rio Grande do Sul, as well as in several documents of the same record) and is organized on sub-themes: (1) the concept of development and its implication in understanding what is a region, (2) the concept of region, (3) the regionalization given by State: coordinating regional health, (4) the regionalization to solve health issues: organization among municipalities, (5) the area built by the scale of operation of medical school.

Keywords: Region; Regionalization; Health; Medicine course.

INTRODUÇÃO

No contexto atual, muitos estudos têm se ocupado da discussão sobre a regionalização e o papel da região na apropriação/construção de um território partilhado e com um traço identitário capaz de diferenciá-lo e empoderá-lo, quando confrontado com políticas homogeneizadoras, no contexto da globalização.

Nesse sentido é que o texto proposto pretende contribuir com as reflexões empreendidas até então, compreendendo o papel protagonista de uma região construída a partir dos condicionantes históricos, econômicos, culturais, físcico-naturais, ou seja, a partir da ação humana que modifica paisagens e aproxima pessoas, em torno de objetivos comuns.

Quando da proposição de criação de um Curso de Medicina, numa universidade comunitária, inserida e preocupada com o desenvolvimento regional, emerge a questão do quanto a existência material desse curso poderá/deverá contribuir para o desenvolvimento da saúde da população, em seu território de abrangência. Da gênese dessa primeira questão surgem outras: que modelo(s) de desenvolvimento pauta as ações dos sujeitos envolvidos? Qual a(s) possibilidade(s) de regionalização a partir do conceito agregador “saúde regional”? Qual a região que pode constituir-se objeto de análise do desenvolvimento na área da saúde? *Quais as regiões “dadas” (delimitadas do ponto de vista físcico/geográfico e de governança) e a região construída pelos atores sociais, no processo de territorialização de um Curso de Medicina?* Para fins desse artigo, a última questão será abordada, uma vez que as demais questões fazem parte de uma reflexão maior, integrante da nossa tese de doutorado.

Convém esclarecer que os dados apresentados foram coletados no Projeto Pedagógico de um Curso de Medicina da região central do Estado do Rio Grande do Sul, bem como em vários documentos de registros do mesmo: cadastro de pacientes e municípios de origem; convênios estabelecidos com prefeituras, hospitalares e outros prestadores de serviços em saúde.

Regionalizar refere-se a algo que está em processo e que pode moldar-se aos interesses de um objeto de estudo, por exemplo. Dito de outra forma é possível regionalizar o foco de análise de determinada investigação. Leoncini (2001, p. 190), remetendo aos estudos de

Alfred Hettner, diz que “[...] os limites regionais são provenientes de um exercício intelectual, uma construção intelectual do pesquisador”.

Ainda que não exaustivamente, o presente texto pretende apontar reflexões sobre o conceito de desenvolvimento e sua implicação com a definição de região, além de conceituar “região” e as múltiplas “regiões” advindas das também múltiplas finalidades implicadas no processo de regionalização de um território. E, no estudo em questão, o fará procurando focar a regionalização e as regiões no território de atuação de um curso de medicina do centro do Estado do Rio Grande do Sul, como já mencionado.

O CONCEITO DE DESENVOLVIMENTO E SUA IMPLICAÇÃO NA COMPREENSÃO DO QUE É UMA REGIÃO

Ao longo do século XX, observamos a predominância da relação causal entre desenvolvimento e crescimento econômico, embora reconhecendo a polissemia que encerra o conceito de desenvolvimento. No pensamento econômico hegemônico, há a associação direta e fundamental entre o desenvolvimento e o crescimento da produção.

Com o crescimento econômico, capitaneado pela industrialização, o desenvolvimento (aumento de riquezas) chegaria a todos; em algum tempo, toda a população teria acesso à riqueza decorrente desse processo de industrialização. Portanto, o desenvolvimento era considerado como “natural”, como uma evolução histórica, um “de vir capitalista”, que não necessitava de intervenções para a sua promoção. “Nos anos que se seguiram à Revolução Industrial, tornou-se cada vez mais evidente que a multiplicação da capacidade da produção da riqueza proporcionada pela indústria impulsionava a acumulação privada” (OLIVEIRA; GENNARI, 2009, p. 04).

O crescimento/desenvolvimento econômico enfrentou algumas crises, ao longo do primeiro terço do século passado, porém, essas crises eram consideradas flutuações cíclicas, inerentes ao movimento autônomo do regime capitalista. “A confiança em mecanismos automáticos reequilibradores das crises dispensavam qualquer intervencionismo corretor. Não se considerava necessário estabelecer programas, públicos ou privados, destinados a promover um desenvolvimento que deveria chegar ‘naturalmente’” (GÓMEZ, 1997, p. 2).

Já o contexto pós 2^a Guerra Mundial gera a necessidade da revisão de algumas certezas e modifica a compreensão da necessidade de uma intervenção planificada no contexto econômico, a fim de elevar o nível de desenvolvimento dos países. Foi dada a largada para uma “corrida desenvolvimentista”, tendo os Estados Unidos da América como “líder e promotor do desenvolvimento industrial em outros países”. Havia a preocupação com a reconstrução de países (já industrializados) devastados pela guerra e com a pobreza gritante de territórios coloniais que iam conquistando independência.

A força inercial do capitalismo já não mais dava conta da promessa de equidade no desenvolvimento e no alcance às riquezas advindas do crescimento econômico. Além disso,

as proposições keynesianas² apontavam para a possibilidade de uma intervenção planificada na economia, acelerando a industrialização e os resultados econômicos, quantitativamente.

A expansão capitalista no período pós-guerra veio alicerçada numa ampliação dos fluxos do comércio mundial e investimentos internacionais na reconstrução dos países devastados. Cabe lembrar, entretanto, que a expansão não aconteceu de forma homogênea em todos os países. Conforme Harvey (2009), alguns países não conseguiram aportar pesados investimentos na produção em massa e, da mesma forma, não possibilitaram o consumo em massa. Cada vez mais, o capital concentrou-se numa série de regiões de grande produção, em termos da economia mundial. “A busca desenfreada pela industrialização e pelo desenvolvimento econômico levou a maioria dos países do mundo a concentrar seus esforços na promoção do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), deixando a qualidade de vida em segundo plano. O crescimento econômico era visto como meio e fim do desenvolvimento” (OLIVEIRA, 2002, p. 37).

A partir desse momento, o modelo de “Estado desenvolvimentista” impõe-se no contexto internacional, possibilitando estudos e ações de aperfeiçoamento do seu marco teórico e operativo, além da institucionalização dos seus pressupostos pelos governos e pelas empresas. No entanto, para governar é preciso avaliar, medir e comparar.

Tendo como paradigma o Liberalismo e a crença na “mão invisível do mercado” para resolver os conflitos advindos das contradições quanto à distribuição das riquezas e acesso aos bens, o regime de acumulação Taylorita/Fordista predominou por um longo período na história do mundo ocidental capitalista. Ao propor a racionalização da produção, considerando Os Princípios da Administração Científica, de Taylor, Ford fez muito mais do que instituir uma nova cultura de produção em massa.

O que havia de especial em Ford (e que, em última análise, distingue o fordismo do taylorismo) era a sua visão, seu reconhecimento explícito de que produção de massa significava consumo de massa, um novo sistema de reprodução da força de trabalho, uma nova política de controle e gerência do trabalho, uma nova estética e uma nova psicologia, em suma, um novo tipo de sociedade democrática, racionalizada, modernista e populista (HARVEY, 2009, p. 121).

Entretanto, como já apontamos, a lógica capitalista liberal é desafiada em, pelo menos, duas grandes crises, ao longo do século XX. A primeira delas pode ser situada no ano de 1929, mas que manteve o quase colapso do capitalismo pela década de 1930. Essa crise manifestou-se pela falta de demanda pelos produtos advindos da disseminação da produção em massa; na lógica capitalista, os consumidores não eram “produzidos” na mesma velocidade das mercadorias. Nesse sentido, o contexto era propício para a emergência das ideias de Keynes, como a necessidade de participação do Estado na organização do mercado.

O problema, tal como via um economista como Keynes, era chegar a um conjunto de estratégias administrativas científicas e poderes estatais que estabilizassem o capitalismo, ao mesmo tempo em que evitassem as evidentes repressões e irracionalidades, toda a beligerância e todo o nacionalismo estreito que as soluções nacional-socialistas implicavam (HARVEY, 2009, p. 124).

² As ideias de John M. Keynes consistiam num “[...] conjunto de estratégias administrativas científicas e poderes estatais, que estabilizassem o capitalismo” (HARVEY, 2009, p.124).

Viveu-se um grande período de exaltação do modo de produção fordista, acreditando-se na sua lógica inabalável de que o crescimento da produção/industrialização elevaria todas as nações, cada uma a seu tempo, ao tão sonhado grupo dos países desenvolvidos.

O keynesianismo levou o fordismo a sua maturidade e expansão até uma grande crise energética (do Petróleo) em 1973. Essa crise foi o ápice das contradições que vinham emergindo, com uma instabilidade dos mercados financeiros mundiais e forte deflação, expondo a falência técnica do Estado, que estava com suas finanças necessitando de recursos aquém do que dispunha.

Novamente há uma reação no mundo capitalista. O Estado deve retirar-se e permitir que o mercado assuma a sua soberania. A economia assume formas diferentes e novas de organização industrial e processos produtivos surgem, com uma característica de adaptabilidade e fluidez bastante distinta da rigidez produtiva do fordismo.

A acumulação flexível [...] é marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional (HARVEY, 2009, p. 140).

Desfaz-se a ideia de um mundo bipolar, caracterizado pela Guerra Fria (Leste x Oeste) e emerge a concepção de um mundo multipolar (ETGES, 2005), onde os mercados sempre estão à procura de configurações territoriais que possam servir aos seus propósitos de produção e exploração de mão de obra.

A acumulação flexível envolve rápidas mudanças nos padrões do desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego no chamado “setor de serviços”, bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas (HARVEY, 2009, p.140).

As configurações territoriais passam a ser marcadas pela fragmentação, pela diversidade, pela fluidez e pela mobilidade (ETGES, 2005). Tudo isso possível graças aos avanços nas tecnologias da informação e comunicação, que fazem emergir novas combinações de espaço-tempo, tornando o mundo, em realidade e em experiência, mais interconectado. Nesse sentido, uma grande empresa pode ter parte de sua produção em um país asiático e parte na Europa, tomando decisões sincrônica, que serão adotadas imediatamente por todos os que dela fazem parte.

Com a acumulação flexível, o empreendedor individual do fordismo foi transformado nos conglomerados empresariais da economia internacionalizada. O cidadão individual (produtor e consumidor) foi enredado pelas maquinarias burocráticas e administrativas do estado moderno.

A busca pelos melhores territórios para a exploração, no contexto mundial, desencadeia o processo de globalização neoliberal técnica e ideológica, onde há a tentativa de imprimir uma única racionalidade a todos os povos e nações, a partir dos territórios subjugados.

Os sistemas técnicos atuais são dotados de uma enorme capacidade de invasão, mas essa invasão é limitada exatamente porque esses objetos estão a serviço de atores e forças que somente se aplicam se têm a garantia do retorno aos seus investimentos, seja esse investimento econômico, político ou cultural. Esses objetos técnicos são a correia de transmissão dos objetivos dos atores hegemônicos, da cultura, da política, da economia, e não podem ser utilizados pelos atores não hegemônicos, senão de forma passiva. A forma ativa é cada vez mais reservada a alguns e a forma passiva é deixada a todos os demais atores, que por isso ganham um papel subalterno dentro da sociedade (SANTOS, 1996, p. 114).

A globalização está relacionada àqueles processos que atuam em uma escala global, que atravessam as fronteiras nacionais, criando “identidades hegemônicas partilhadas” (consumidores para as mesmas mercadorias, clientes para os mesmos serviços e receptores para as mesmas imagens e mensagens) entre pessoas que, fisicamente, estão muito distantes umas das outras.

Entretanto, em seu núcleo de contradições, a globalização também desvela a desigualdade no mundo: entre nações, entre regiões e entre diferentes estratos da população numa mesma região. Embora, por muito tempo, se tenha acreditado no caminho para o progresso e desenvolvimento pela expansão e distribuição do capital, a globalização tem mostrado que as relações desiguais de distribuição das riquezas e de acesso ao desenvolvimento da ciência permanecem e se intensificam.

A despeito de sua face perversa, a globalização se apresenta como uma oportunidade de reação dos atores regionais, à medida que se apropriam de conhecimentos que lhes permitam uma reação, uma superação da passividade. Para Milton Santos, citado por Etges (2005), a única forma de frear o caráter perverso da globalização é fortalecer as regiões.

O fortalecimento das regiões pressupõe o fortalecimento de iniciativas territorializadas em contraposição com as forças globais. Os atores sociais de determinada região possuem algo em comum – o seu território, além de partilharem uma identidade coletiva, um sentimento de pertencimento que faz com que busquem o aperfeiçoamento desse território e, consequentemente, da sociedade.

A escala regional é, sem dúvida, a escala adequada para promover o desenvolvimento sustentável e solidário, enquanto alternativa ao desenvolvimento homogeneizador e destrutivo do imposto pelas forças produtivas hegemônicas globais. Enquanto a escala local (entendida, em muitos casos, na esfera dos municípios) pode encontrar-se frágil demais para esboçar uma reação organizada à massificação transnacional, especialmente quando necessitaria dispor de investimentos, a escala regional encontra os pontos horizontais de convergência, apoia-se nos objetivos construídos pelos atores sociais daquele território e busca os recursos para materializar o desenvolvimento e a qualidade de vida. Quando pensamos na questão da saúde, por exemplo, um município sozinho pode ter dificuldades em proporcionar infraestrutura necessária ao atendimento em termos de atenção hospitalar. Porém, ao estabelecer uma rede com outros municípios, pode potencializar o que já possui em termos de atenção em saúde e complementá-la com a estrutura hospitalar partilhada.

Na região construída, os atores regionais podem enfrentar o embate com as forças globais, apropriando-se de conhecimentos e de estruturas que lhes permitam reagir, superar a passividade e encontrar alternativas viáveis ao desenvolvimento partilhado e melhoria das

condições de vida daquela população. O desenvolvimento regional, por sua vez, também leva à melhoria das condições de saúde.

Quando se fala em saúde, no contexto globalizador, recai-se na ênfase dada à ciência e à tecnologia, enquanto fontes de respostas para os problemas enfrentados pela humanidade. Entretanto, em não raras situações, as soluções para os problemas de saúde vivenciados pelas comunidades são oriundos das reflexões empreendidas pelas organizações de saúde regionais, quando envolvidas no debate sobre o desenvolvimento sustentável e de valorização da vida. “Está surgindo um novo debate sobre saúde e desenvolvimento, baseado, sobretudo, na indagação a respeito dos conflitos políticos gerados ao separar a política econômica, voltada para o complexo industrial da saúde, e a política social, voltada para a proteção social em saúde” (IOZZI; ALBUQUERQUE, 2009, p. 65).

Sem dúvida alguma, a saúde é tema fundamental na discussão sobre o desenvolvimento, como um projeto nacional alicerçado nas potencialidades e diferenças das regiões que constituem o seu território vivido.

A CONCEITUAÇÃO DE REGIÃO

O estudo da região, segundo Benko (1999) envolve o estudo da intervenção humana no território e pressupõe uma síntese: “[...] é a partir de dados analíticos fornecidos por diferentes especialistas³ que se torna possível discernir, de entre o acervo de casos particulares proporcionados pela região, certas leis fundamentais da lógica da distribuição das atividades” (BENKO, 1999, p.2).

A região sempre será um produto social, pois é fruto da ação humana nos espaços da vida, nos territórios. Por isso, também ela é viva e espelha uma identidade resultante de características econômicas, políticas e culturais. “O que faz a região [...] é [...] a coerência funcional, que a distingue das outras entidades, vizinhas ou não” (SANTOS, 1996b, p. 197).

A região corresponde a uma área geográfica que constitui uma entidade que permite, simultaneamente, a descrição de fenômenos naturais e humanos, a análise de dados socioeconômicos e a aplicação de uma política. Funda-se em duas características principais: homogeneidade e integração funcional, e resulta, ao mesmo tempo, num sentimento de solidariedade vivida e relações de interdependência com os restantes conjuntos regionais e com o espaço nacional e internacional (BENKO, 1999, p.18).

A construção de uma região envolve a sua trajetória histórica, as peculiaridades culturais, econômicas e sociais, a identificação e o sentimento de pertencimento dos atores cotidianamente envolvidos nessa construção.

Ainda sobre a região, Corrêa (1997) diz que estudá-la é tornar inteligível a ação humana no tempo e no espaço. Ao produzirem em um determinado território e produzirem-se enquanto sujeitos de relações e interações, os homens, através dos modos de produção,

³ Economistas, geógrafos, sociólogos, cientistas políticos, antropólogos e outros.

escrevem a História no tempo e, na medida em que compartilham essas formações sociais, escrevem a História no espaço (SANTOS, 1996b).

Na busca pelo desenvolvimento, reforçar a planificação da dimensão regional, com sua identidade cultural, parece ser o caminho para a sustentabilidade desses territórios vividos.

Como refazer a planificação regional? Entre o que somos e o que desejamos ser, entre os impasses atuais e as possibilidades e esperanças, jamais o homem e as regiões tanto necessitaram do conhecimento. Tudo começa com o conhecimento do mundo e se amplia com o conhecimento do lugar⁴, tarefa conjunta que é hoje tanto mais possível porque cada lugar é o mundo. É daí que advém uma possibilidade de ação. Conhecendo os mecanismos do mundo, percebemos por que as intencionalidades estranhas vêm instalar-se em um dado lugar, e nos armamos para sugerir o que fazer no interesse social (SANTOS, 1996a, p. 116-117).

Entretanto, cabe destacar que, no âmbito do território, podemos identificar várias “regiões”, que são frutos de “regionalizações” diferentes, ou seja, de regionalizações que visam atender a determinados fins: são regiões delimitadas de maneira diferente e que possuem objetivos distintos. Assim, temos “regiões dadas” e “regiões em construção”. Um desses objetivos, ao delimitar-se uma região é, com certeza, a gestão do território, como exploraremos em seguida.

A REGIONALIZAÇÃO DADA PELO ESTADO: COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE

Como vimos, existem muitas razões para se regionalizar territórios; uma delas é para fins de gestão desses territórios pelos governos. A governança territorial se caracteriza por ser um processo dinâmico, atuante na formulação e resolução de problemas de uma determinada região, com o amparo da existência de um compromisso institucional (governo), bem como envolvendo os atores da comunidade.

O modelo de desenvolvimento globalizado e enraizado na economia de mercado gerou enormes discrepâncias entre as condições de saúde, de acesso à saúde, de usufruir da saúde e de tratamento de doenças, entre as populações do planeta. “No atual quadro brasileiro de saúde verifica-se a enorme desigualdade social que afeta as regiões [...] tendo como alvo principal determinados grupos populacionais. Estas desigualdades resultam, na maioria das vezes, do atual modelo de desenvolvimento globalizado” (SILVA; SANTOS, 2002, p. 28).

Fortalecer as regiões para reduzir as desigualdades sociais significa empoderar os atores sociais na busca de soluções para o enfrentamento dos problemas advindos da sua existência, que sofre as consequências de um mundo globalizado. Reduzir as desigualdades sociais, sim; reduzir as diferenças regionais, não. No contexto de apresentação de muitas

⁴ Nas colocações de Milton Santos, “lugar” e “região” podem ser lidos como sinônimos.

políticas públicas há um equívoco conceitual, quando abordam a necessidade de acabar com as diferenças regionais e resolver os problemas advindos de determinado local.

Na perspectiva defendida até então, o território é constituído de diferenças históricas que acabam por configurar a identidade das regiões e, pensar o enfrentamento das desigualdades sociais, significa reconhecer e potencializar essas diferenças na construção de novos arranjos que, de fato, possam contribuir para a construção de uma sociedade igualitária, no sentido de acesso às condições de subsistência e de realização humana.

Na estrutura administrativa da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul consta a existência do Departamento de Coordenação das Regionais (DCR), “[...] responsável por coordenador o SUS no âmbito regional e fornecer suporte técnico e gerencial aos municípios, através de ações desenvolvidas pelo conjunto das Coordenadorias Regionais de Saúde”⁵.

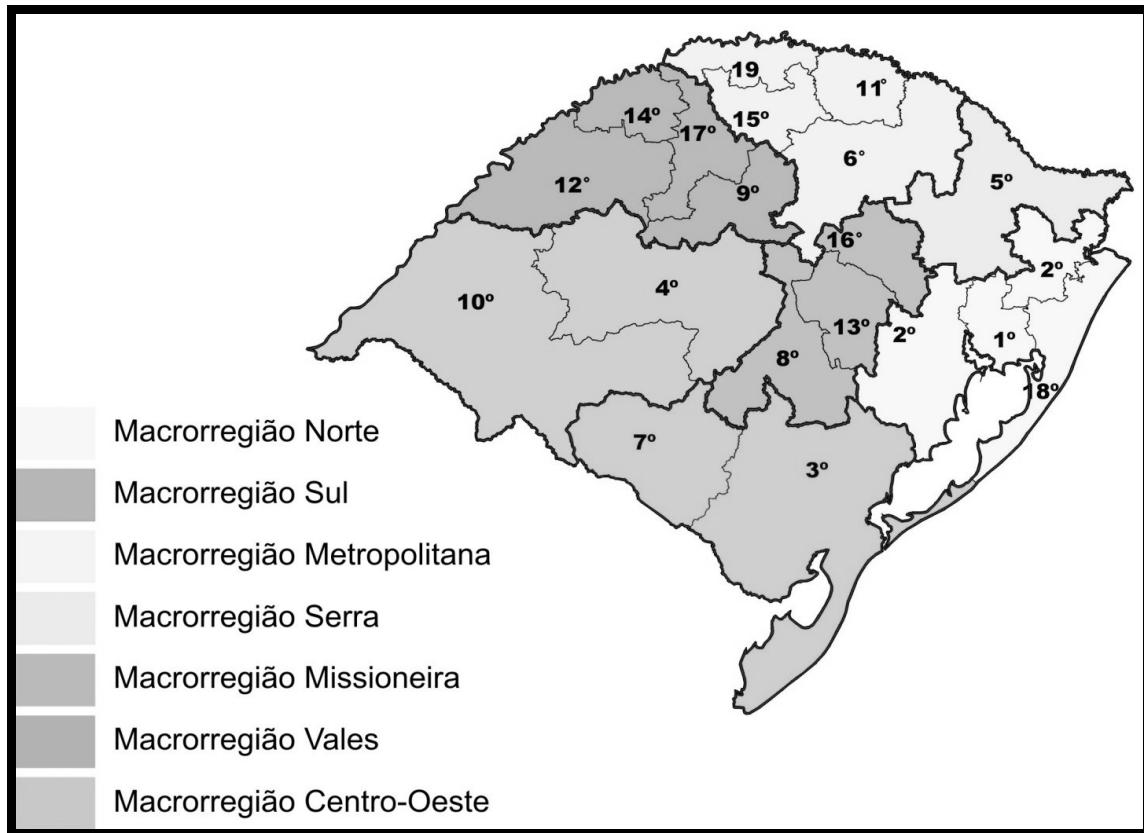
De acordo com o Decreto Nº 36.502, de 11 de março de 1996, que aprova o Regimento Interno da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, compete ao Departamento de Coordenação das Regionais (Art. 50):

- a) coordenar o Sistema de Saúde no âmbito regional através das ações desenvolvidas pela rede de delegacias [coordenadorias] regionais de saúde;
- b) coordenar o provimento de suporte técnico e gerencial aos sistemas municipais de saúde, em consonância com a Política Estadual de Saúde;
- c) participar e assessorar as instâncias colegiadas gestoras do Sistema de Saúde no âmbito regional;
- d) coordenar a manutenção e implementação dos Sistemas de Informações do Sistema de Saúde no âmbito regional;
- e) promover o desenvolvimento de recursos humanos, em função das necessidades loco - regionais, em conjunto com o Departamento Administrativo e Escola de Saúde Pública;
- f) participar na formulação de programas, projetos e atividades de saúde no âmbito regional e na programação orçamentária anual da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente;
- g) executar outras atividades correlatas ou que lhe venham a ser atribuídas (RIO GRANDE DO SUL, 1996).

Com base na constituição de uma estrutura descentralizada, a Secretaria Estadual de Saúde procura implementar suas políticas prioritárias a partir das dezenove Coordenadorias Regionais de Saúde, abrangendo cinco macrorregiões, conforme a figura que segue.

⁵Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/293/?Departamento_de_Coordena%C3%A7%C3%A3o_das_Regionais_%28DCR%29>. Acesso em: 04 jun. 2012.

Figura 1 – Coordenadorias Regionais de Saúde - Rio Grande do Sul



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/269/?Coordenadorias_Regionais. Acesso em 04 jun. 2012.

Segundo Ferla et al.⁶ (2002), a criação das sete macrorregiões de atenção integral à saúde no Rio Grande do Sul (Figura 2), aprovada em 1999, teve como objetivo:

Garantir aos gaúchos usuários do SUS uma nova organização para as ações de promoção e proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar. Em cada uma dessas macrorregiões foram identificados, instituídos, credenciados e/ou planejados serviços de referência macrorregional, capazes de atender aos casos mais complexos e com menor demanda, serviços de referência regional e hospitais de referência microrregional, e construídos fluxos assistenciais entre eles, com a participação dos gestores regionais e municipais.

Na divisão territorial, cada Coordenadoria, com um município-sede, fica responsável pela gestão de um conjunto de outros municípios, delimitados pelo Decreto 40.991, de 17 de agosto de 2001⁷.

⁶ Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Destaque807.doc>>. Acesso em 04 jun. 2012.

⁷ Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/269/?Coordenadorias_Regionais>. Acesso em: 04 jun. 2012.

Quadro 1 - Relação dos Municípios-sede das Coordenadorias Regionais de Saúde - Rio Grande do Sul

Coordenadoria	Município
1 ^a CRS	Porto Alegre
2 ^a CRS	Porto Alegre
3 ^a CRS	Pelotas
4 ^a CRS	Santa Maria
5 ^a CRS	Caxias do Sul
6 ^a CRS	Passo Fundo
7 ^a CRS	Bagé
8 ^a CRS	Cachoeira do Sul
9 ^a CRS	Cruz Alta
10 ^a CRS	Alegrete
11 ^a CRS	Erechim
12 ^a CRS	Santo Ângelo
13 ^a CRS	Santa Cruz do Sul
14 ^a CRS	Santa Rosa
15 ^a CRS	Palmeira das Missões
16 ^a CRS	Lajeado
17 ^a CRS	Ijuí
18 ^a CRS	Osório
19 ^a CRS	Frederico Westphalen

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em:
http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/269/?Coordenadorias_Regionais. Acesso em 04 jun. 2012.

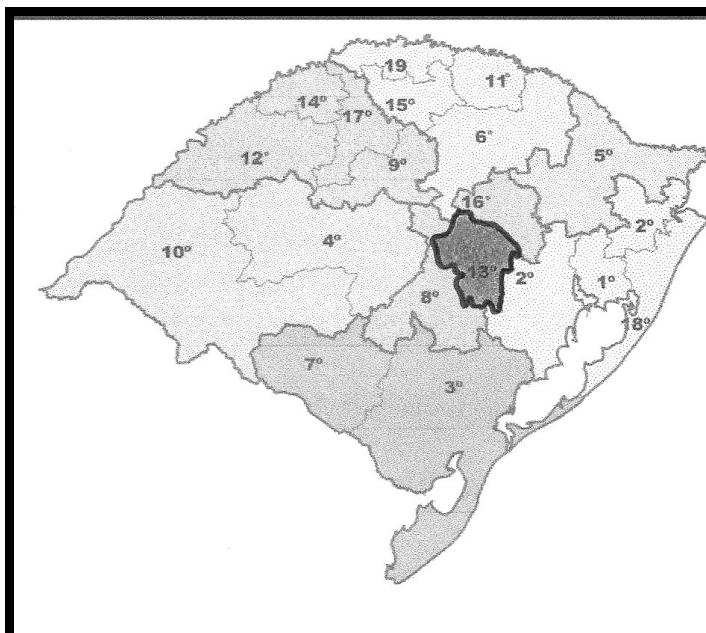
Na sequência, segue o detalhamento dos municípios que fazem parte da 13^a e da 8^a Coordenadoria Regional de Saúde, regiões de maior interação com o Curso de Medicina em estudo.

Quadro 2 - Municípios da 13^a Coordenadoria Regional de Saúde - Rio Grande do Sul

Candelária
Gramado Xavier
Herveiras
Mato Leitão
Pantano Grande
Passo do Sobrado
Rio Pardo
Santa Cruz do Sul
Sinimbu
Vale do Sol
Vale Verde
Venâncio Aires
Vera Cruz

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em:
http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/269/?Coordenadorias_Regionais. Acesso em 04 jun. 2012.

Figura 2 - Municípios da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde - Rio Grande do Sul



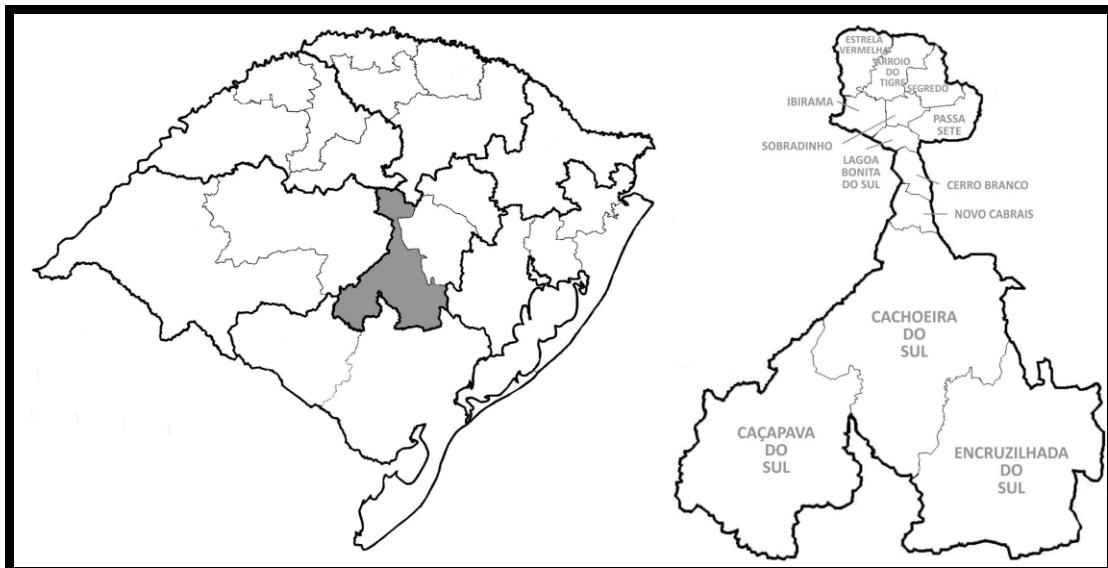
Fonte: Dados da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em:
http://www.saude.rs.gov.br/lista/165/8%C2%AA_CRS_%28Chachoeira_do_Sul%29. Acesso em: 04 jun. 2012.

Quadro 3 - Municípios da 8ª Coordenadoria Regional de Saúde - Rio Grande do Sul

Arroio do Tigre
Caçapava do Sul
Cachoeira do Sul
Cerro Branco
Encruzilhada do Sul
Estrela Velha
Ibarama
Lagoa Bonita do Sul
Novo Cabrais
Passa Sete
Segredo
Sobradinho

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em:
http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/269/?Coordenadorias_Regionalis. Acesso em 04 jun. 2012.

Figura 3 - Municípios da 8ª Coordenadoria Regional de Saúde - Rio Grande do Sul



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/lista/165/8%C2%AA_CRS %28Chachoeira do Sul%29. Acesso em: 04 jun. 2012.

No contexto da gestão da saúde pelo Estado, a regionalização, através do ordenamento territorial dividido em dezenove Coordenadorias Regionais, procura uma configuração mais adequada da atenção em saúde e dos serviços que a ofertam, de forma a garantir que a população tenha as respostas às suas necessidades de saúde.

A REGIONALIZAÇÃO PARA RESOLVER QUESTÕES DA SAÚDE: ORGANIZAÇÃO ENTRE OS MUNICÍPIOS

Em 19 de setembro de 1990, há uma significativa mudança na organização da saúde no Brasil. Nessa data, foi promulgada a Lei 8.080⁸, que instituiu o Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS), destacando o processo de descentralização de recursos e de responsabilidades do nível federal, para os níveis estaduais e municipais. A partir de então, passou a existir no país um sistema público de saúde, com a característica primordial de ser único e universal.

A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios e diretrizes do SUS:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
 II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

⁸ Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2012.

- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde⁹;
- X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins. (BRASIL, 1990).

Dentre as Diretrizes do SUS estão a descentralização e a regionalização, essas duas de extrema importância para as discussões aqui pretendidas. Desde o início de sua implantação, o SUS tem enfrentado dificuldades no que se refere à descentralização e cobertura dos serviços que, em tese, deveriam estar disponíveis à população, em todo território nacional.

Com dimensões continentais, a descentralização no gerenciamento não acompanhou a formação das redes necessárias à prestação dos serviços de saúde em todo o país. Evidenciou-se, em muitos cenários, um sistema com baixa capacidade instalada de dar respostas às necessidades dos usuários: atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

Segundo Milton Santos (1996b), em um mesmo espaço, no caso o Brasil, podem existir várias técnicas e vários tempos compartilhando uma mesma paisagem geográfica. É o que acontece na área da saúde: verifica-se a existência de municípios capazes de oferecer serviços de excelente tecnologia e assistência médico-hospitalar, enquanto outros, com proximidade geográfica, não conseguem dar conta de aspectos fundamentais da atenção básica a sua população, como o saneamento e alimentação.

No contexto nacional, muitos municípios são pequenos em termos de arrecadação e população, bem como dispõem de uma estrutura limitada, com poucas condições de garantir a atenção integral à saúde de seus municípios. Como alternativa a essa situação, esses municípios têm formado consórcios para resolver problemas de saúde comuns, formando uma nova regionalização, que possibilita o acesso a recursos e projetos que, se fossem buscados de forma individualizada, não seriam alcançados.

Os consórcios públicos na saúde são reconhecidos e regulamentados pela Lei 11.107/05 e Decreto 6.017/07, enquanto instrumentos de cooperação federativa, voluntária e

⁹ Grifos da autora.

de execução de ações e serviços e podendo configurar uma estratégia de fortalecimento regional (TERABE, 2011).

Para a formação dos consórcios regionais de saúde, os mesmos necessitam estar adequados à Lei 11.107/05, considerando na sua formação: (a) limites geográficos; (b) a população usuária das ações e dos serviços; (c) rol de ações e serviços que serão ofertados; (d) respectivas responsabilidades; (e) critérios de acessibilidade; (f) escala para conformação dos serviços. Dessa forma, um consórcio será formalizado à medida que compreender a identidade cultural, social, política e econômica, a infraestrutura e os determinantes sociais dos processos de saúde/doença de sua região (TERABE, 2011).

Focaremos nossa atenção na regionalização proposta por dois consórcios intermunicipais de saúde que possuem proximidade geográfica com o curso de medicina objeto de estudo: o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Jacuí e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Pardo.

Quadro 4 - CIS Vale do Jacuí - Rio Grande do Sul - Municípios Integrantes

Arroio do Tigre
Caçapava do Sul
Cachoeira do Sul
Cerro Branco
Encruzilhada do Sul
Estrela Velha
Ibarama
Lagoa Bonita do Sul
Novo Cabrais
Passa Sete
Sobradinho

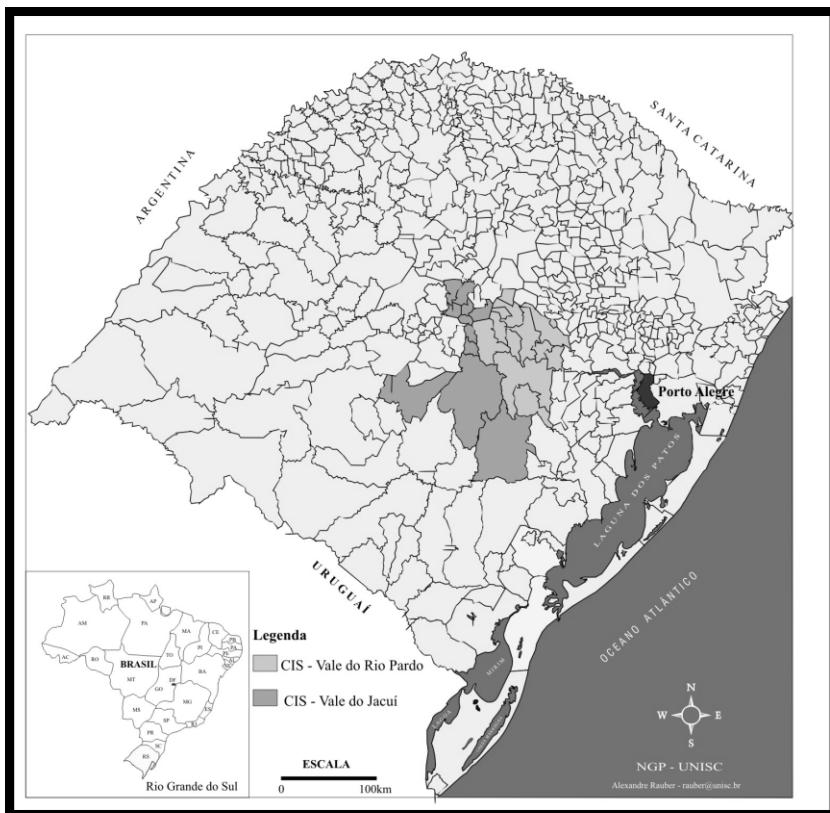
Fonte: Associação Gaúcha de Consórcios Públicos. Disponível em:
<http://www.agconp.org.br/index.php/consorcio/index/12>. Acesso em 05 jun. 2012.

Quadro 5 - CIS Vale do Rio Pardo - Rio Grande do Sul - Municípios Integrantes

Candelária
Gramado Xavier
Herveiras
Mato Leitão
Pantano Grande
Passo do Sobrado
Rio Pardo
Santa Cruz do Sul
Sinimbu
Vale do Sol
Vale Verde
Venâncio Aires
Vera Cruz

Fonte: Associação Gaúcha de Consórcios Públicos. Disponível em:
<http://www.agconp.org.br/index.php/consorcio/index/13>. Acesso em 05 jun. 2012.

Figura 4 - CIS Vale do Rio Pardo e CIS Vale do Jacuí - Rio Grande do Sul



Fonte: NPG – Núcleo de Gestão Pública/UNISC. Acervo do Curso de Medicina/UNISC/2012.

Os consórcios configuram-se a partir das fragilidades de operacionalização da integralidade da assistência em saúde em cada uma das unidades federativas (municípios); a regionalização, a partir da definição de interesses comuns e alinhada à estruturação de redes de atenção, mostra uma alternativa de operacionalização de ações e serviços no SUS.

A REGIÃO CONSTRUÍDA PELA ABRANGÊNCIA DE ATUAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA

Entre os anos de 2003 e 2005, quando o projeto pedagógico do Curso de Medicina foi construído, procurou-se situá-lo no contexto regional, utilizando como referência dados da 13^a Coordenadoria Regional de Saúde e Secretaria de Saúde do Município de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul. Nesse período, os Consórcios Intermunicipais de Saúde ainda não estavam estruturados.

Foi descrito o quadro situacional da região de Santa Cruz do Sul, destacando as condições de saneamento básico, dados demográficos e alguns indicadores de saúde: coeficiente de mortalidade infantil da 13^a CRS; informações sobre nascimentos em Santa Cruz do Sul; mortalidade proporcional, por faixa etária, segundo o grupo de causas em Santa Cruz do Sul; distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etária em Santa Cruz do Sul; hospitais e leitos em Santa Cruz do Sul; percentual de assistência

hospitalar por especialidades e média de procedimentos ambulatoriais no Município; unidades do programa de saúde da família em Santa Cruz do Sul; despesas com Saúde no Município.

Esse referencial auxiliou a delinear o perfil profissiográfico e as características curriculares do curso proposto, procurando conciliar, como preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina¹⁰, a formação profissional com a identidade regional.

No artigo 5º, parágrafo único, das DCNs, lê-se: “a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe”. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina (DCNs). Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2012.

Mais adiante, nas DCNs, o artigo 10 enfatiza que o projeto do curso deve preocupar-se com a compreensão, preservação e fomento da cultura regional, bem como contribuir no atendimento às demandas e expectativas de desenvolvimento da saúde na região.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Medicina deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, Rambo e Rückert (2008), citando Méndez (2002) destacam que o desenvolvimento territorial/regional envolve inovação territorial coletiva e, por isso mesmo:

- a) capacidade de gerar e incorporar conhecimentos para dar respostas criativas aos problemas;
- b) criação de um clima social ou uma mobilização em favor do desenvolvimento e da incorporação de novidades capazes de romper com inércias;
- c) constituição de redes locais de cooperação;
- d) presença de instituições locais-regionais, que adotam uma atitude protagonista em apoio à inovação;
- e) esforço quanto à melhoria na formação de recursos humanos.

¹⁰ Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina (DCNs). Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2012.

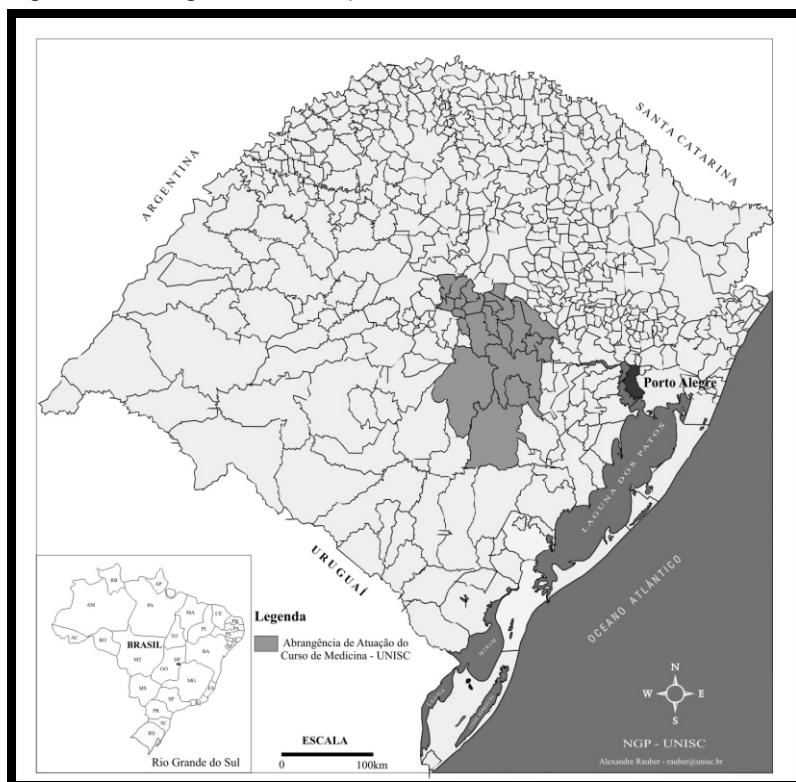
Ao colocar-se, institucionalmente, na posição de protagonista do desenvolvimento das condições de saúde na região, enquanto um projeto diferenciado de formação de recursos humanos, o curso de medicina assumiu a responsabilidade de gerar e fomentar conhecimentos capazes de dar respostas criativas aos problemas enfrentados na sua região de abrangência, procurando romper com forças iniciais contrárias ao desenvolvimento de inovações na área e a constituição de redes de cooperação.

Se, num primeiro momento de proposição do curso, a esfera de atuação ficou restrita à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, com sua implantação novos municípios foram se agregando à configuração original, especialmente a partir de convênios firmados com o Hospital de Ensino na área de atendimento denominada alta-complexidade (no caso, mais específico, alta-complexidade cardiovascular).

Embora esse serviço não esteja diretamente ligado ao curso de medicina, sua existência física se dá nas dependências do curso e, também, nos atendimentos ambulatoriais há o acompanhamento dos estudantes em formação.

Cabe salientar que no mesmo ano do início do projeto do curso de medicina, a instituição mantenedora da universidade adquiriu o maior hospital geral da região que, num processo integrado com o curso, também se desenvolveu e ampliou as possibilidades de atenção à saúde. Além de reformas físicas, novos serviços foram sendo disponibilizados à comunidade regional.

Figura 5 - Abrangência de Atuação do Curso de Medicina - Rio Grande do Sul



Fonte: NPG – Núcleo de Gestão Pública/UNISC. Acervo do Curso de Medicina/UNISC/2012

Estamos, então, diante de uma terceira forma de regionalização, a partir o elemento agregador/categoría “saúde”: a delimitação da região construída pela abrangência de atuação do curso de medicina, que foi alargando suas fronteiras, na medida em que suas ações foram se concretizando e ampliando as possibilidades de estabelecer relações com outros agentes sociais.

Segundo Pecqueur (2009, p. 101), “[...] o desenvolvimento se faz onde se encontram os agentes (!) e não em um espaço abstrato”. Portanto, a região de atuação do curso de medicina é uma região em construção “[...] que combina a coordenação de atores situados e a ancoragem desses atores em um espaço físico determinado”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendendo a região como um espaço vivido, “usado” (SANTOS, 1996b) e, portanto, transformado pela ação humana, identifica-se o seu potencial transformador e inovador no embate com forças globais homogeneizadoras. Pelo reconhecimento de sua identidade cultural e pela apropriação de novos conhecimentos e estruturas, uma região pode reconfigurar-se, encontrando alternativas de desenvolvimento e melhoria da qualidade de vida de sua população.

O desenvolvimento regional, por sua vez, também leva à melhoria das condições de saúde. No debate sobre o desenvolvimento sustentável e a valorização da vida, os atores sociais e as organizações regionais podem e devem assumir o papel de protagonistas na construção de alternativas a esse desenvolvimento. O discurso hegemônico muitas vezes desloca a solução dos problemas na área da saúde para o uso, cada vez mais especializado, da ciência e da tecnologia. Entretanto, nem todos os problemas vivenciados pela comunidade poderão ser solucionados ou minimizados pela indústria tecnológica; em algumas situações, soluções como o saneamento, a mudanças de hábitos alimentares, dentre outras possibilidades, advém das reflexões empreendidas pelos próprios atores sociais e melhoram significativamente a condição de suas vidas.

Por fim, cabe ressaltar que a regionalização, enquanto recorte de um território com identidade própria, pode assumir diferentes configurações, de acordo com os interesses presentes nesse processo. Como vimos, há a regionalização dada a partir da necessidade de governança; há a regionalização constituída pela necessidade de resolver problemas em comum, como no caso da formação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde; e há, ainda, a região que vai sendo construída a partir da abrangência de atuação de um projeto, como no caso do curso de medicina objeto desse estudo.

Retomemos a questão central desse artigo: Quais as regiões “dadas” (delimitadas do ponto de vista físico/geográfico e de governança) e a região construída pelos atores sociais, no processo de territorialização de um Curso de Medicina na região central do Rio Grande do Sul?

Apontamos, nesse artigo, pelo menos três possíveis regionalizações a partir da categoria saúde: a regionalização dada pelo Estado (enquanto ferramenta de governança); a regionalização instituída pelos consórcios de saúde (organizações entre municípios para resolver questões de saúde); a regionalização decorrente da implementação de um curso de medicina no Estado do Rio Grande do Sul, confirmando o que diz Pecquer (2009), quando relacionada à região a atuação de agentes sociais que possuem uma identidade partilhada.

Como destacamos no decorrer do texto, numa perspectiva projetiva, o Curso de Medicina em análise delimitou uma possível região de abrangência, levantando dados e traçando o perfil epidemiológico, bem como as características sanitárias dessa delimitação. Com isso, pode adequar o perfil profissiográfico do projeto formativo a que se propunha. No entanto, como aponta Benko (1999) o conceito de região e as possíveis regionalizações são produto da construção de agentes sociais, em ação e interação.

Dessa forma, a partir dos convênios estabelecidos com municipalidades e do encaminhamento e atendimento de pacientes desses locais, a região de abrangência do curso de medicina modificou-se, ampliando-se na concretização das ações de sua implantação, justamente comprovando a dinamicidade da delimitação regional e exigindo uma constante análise e revisão do projeto original, com a incorporação de novos elementos.

REFERÊNCIAS

AGCONP. Associação Gaúcha de Consórcios Públicos. **Apresenta informações gerais sobre a Associação.** Disponível em:

<<http://www.agconp.org.br/index.php/consorcio/index/13>>. Acesso em: 05 jun. 2012.

BENKO, Georges. **A Ciência Regional.** Portugal: Celta, 1999.

BRASIL. **Lei n. 8080, 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://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2012.

_____. **Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em:

<<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2012.

CORRÊA, Roberto Lobato. Região: a tradição geográfica. In: CORRÊA, Roberto Lobato.

Trajetórias Geográficas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997. Disponível em:

<<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Destaque807.doc>>. Acesso em: 04 jun. 2012.

ETGES, Virgínia Elisabeta. Desenvolvimento Regional Sustentável: o território como paradigma. In: ETGES, Virgínia Elisabeta. Desenvolvimento Regional Sustentável: o território como paradigma. Santa Cruz do Sul: **REDES**, v. 10, 2005.

FERLA, Alcindo Antônio et al. **Descentralização da gestão da saúde no Rio Grande do Sul:** implementando a legislação para garantir saúde de verdade e com qualidade para todos os gaúchos. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Destaque807.doc>>. Acesso em 04 jun. 2012.

GÓMEZ, Jorge Montenegro. **Crítica ao Conceito de Desenvolvimento.** 1997. Disponível em: <<http://www4.fct.unesp.br/ceget/PEGADA31/jorgev3n1out2002.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2012.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna.** 18.ed. São Paulo: Loyola, 2009.

IOZZI, Fabíola Lana e ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. Saúde e Desenvolvimento na Formação Socioespacial Brasileira. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IBANEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon (Orgs.). **Saúde, Desenvolvimento e Território.** São Paulo: Hucitec, 2009.

LEONCINI, Sandra. Região e Geografia. A noção de região no pensamento geográfico. In: CARLOS, Ana Fani A. **Novos Caminhos da Geografia.** São Paulo: Contexto, 2001.

OLIVEIRA, Gilson Batista de. Uma discussão sobre o conceito de desenvolvimento. **Revista da FAE**, Curitiba, v.5, n.2, p.37-48, maio/ago. 2002.

OLIVEIRA, Roberson de e GENNARI, Adilson Marques. **História do pensamento econômico.** São Paulo: Saraiva, 2009.

PECQUEUR, Bernard. A guinada territorial da economia global. **Política e Sociedade:** Revista de Sociologia Política, PPSP UFSC, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/11615/10955>>. Acesso em: 05 jun. 2012.

RAMBO, Anelice Graciele; RÜCKERT, Aldomar Arnaldo; O sistema territorial de Claude Raffestin: para pensar o desenvolvimento territorial; In: XXVIII ENCONTRO ESTADUAL DE GEOGRAFIA, 2008, Bento Gonçalves. **Anais do XXVIII Encontro Estadual de Geografia**, 2008 apud RAFFESTIN, Claude; Por uma geografia do Poder. São Paulo: Ática, 1993.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto n. 36.502, de 11 de março de 1996.** Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente. Porto Alegre, RS, 11 de março de 1996. Disponível em: <<http://www.al.rs.gov.br/legis>>. Acesso em: 04 jun. 2012.

SANTOS, Milton. **Técnica, espaço, tempo:** globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo: Hucitec, 1996a.

_____. **A natureza do espaço:** técnica e tempo. razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996b.

SILVA, Maria Regina Santos; SANTOS, Silvana Sidney Costa. A Saúde no Contexto do Desenvolvimento Sustentável. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow; CORNETTA, Vitória Kedy (Orgs.). **Saúde, Desenvolvimento e Globalização:** um desafio para os gestores do terceiro milênio. São Paulo: Ícone, 2002.

TERABE, Sandro. **Consórcios de Saúde**: estratégias para aprimoramento do SUS e seus desafios. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.agconp.org.br/index.php/download/index/5>>. Acesso em: 05 jun. 2012.

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2006.

Artigo recebido em: 29/08/2012

Artigo aprovado em: 27/10/2012