

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA

MATHEUS FERREIRA FERNANDES

**Reterritorialização do Sistema Único de Assistência Social:**  
integração de dados e ações com a Estratégia de Saúde da Família

**Reterritorialization of Social Assistant Unic System:**  
data and action integration with Family Health Strategy

SÃO PAULO  
2022

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA

MATHEUS FERREIRA FERNANDES

**Reterritorialização do Sistema Único de Assistência Social:**

integração de dados e ações com a Estratégia de Saúde da Família

Trabalho de Graduação Integrado (TGI)  
apresentado ao Departamento de Geografia da  
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências  
Humanas, da Universidade de São Paulo, como  
parte dos requisitos para obtenção do título de  
Bacharel em Geografia.

Área de Concentração: Geografia Humana

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lúcia Vizeu Barrozo

SÃO PAULO  
2022

FERNANDES, Matheus Ferreira. Reterritorialização do Sistema Único de Assistência Social: integração de dados e ações com a Estratégia de Saúde da Família . 2022. 51f. Trabalho de Graduação Individual (TGI) apresentado ao Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Geografia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof.: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof.: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Dedico esse trabalho aos amigos e amigas que estiveram  
ao meu lado ao longo dessa jornada, em especial nos que  
participaram da Semana de Geografia e do GT Área



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha mãe Verônica, meu pai Gabriel e minha irmã Gabrielle que sempre me apoiaram e me deram às bases e às vivências para me tornar quem sou hoje.

Agradeço ao meu companheiro Cawan, que me acompanhou ao longo desses anos, sempre me dando suporte e apoio nos projetos que participamos.

Agradeço aos amigos Késsia, Glória, Thainã, Regina, Felps, Gastão, Dawson, Marcus, Geovanny, Pedro, AnaLu, Árizla, Milena, Henrique, Ana Flávia, Breno, Beatriz, Jupirã, Virginia, Igor, Rafaela, Aline, João, Bruno, Bruna, Scar, Bianca, Yone, Dayane, Wini, Kerollen, Luana, Filipe e Deborah. Fico muito feliz por poder dividir a graduação e a vida com vocês.

Agradeço aos colegas que ajudaram a construir a Semana de Geografia, sem esse projeto eu não teria ingressado em Geografia na Universidade de São Paulo.

Agradeço aos colegas que construíram o GT Área comigo, por permitir que a gente e muitos outros estudantes pudessem se encontrar e fazer juntos geografia.

Agradeço aos colegas da EREG-SE, por todos os momentos de construção de encontros e de viagens e os momentos compartilhando geografias.

Agradeço aos professores Eduardo Giroto e Glória Alves, que além de ensinarem a pensar e fazer geografia, se tornaram verdadeiros amigos.

Agradeço também a Wal e a todos os colegas do LEMADI, por serem um espaço de estudo, convivência e apoio ao longo desse trabalho.

Por fim, agradeço a Professora Lígia, que me orientou com maestria ao longo desse trabalho.

Bem sei que o reino do céu  
Aos pobres tá reservado  
O reino da terra aos privilegiados  
Eu quero ter reforma agrária nesse chão  
Chegar ao céu com a eterna proteção  
Betinho foi a luz, Don Mauro trouxe a direção  
Neste meu país a fome de direitos é a expressão  
Contra as desigualdades sociais eu peço  
Que se cumpra a constituição

(Samba-Enredo 2005 - Josué De Castro: Ecoa Um  
Grito Contra a Fome, Pela Cidadania e Pela Paz  
Na Terra, G.R.E.S Independente da Praça da  
Bandeira)

## **RESUMO**

FERNANDES, Matheus Ferreira. Reterritorialização do Sistema Único de Assistência Social: integração de dados e ações com a Estratégia de Saúde da Família . 2022. 51f. Trabalho de Graduação Individual (TGI) apresentado ao Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Geografia.

O presente trabalho busca refletir sobre a falta de integração territorial entre a saúde e a assistência social. Essas áreas possuem forte correlação nas áreas de atuação, sobretudo quando pensamos a saúde a partir das Equipes de Saúde da Família e os Centros de Referência de Assistência Social. Diante disso, o trabalho parte da problemática da discrepância de atuação entre esses órgãos públicos, devido a diferentes abordagens territoriais. Com isso, propõe-se uma compatibilização da regionalização do Sistema Único de Saúde com o Sistema Único de Assistência Social, conformando em um território comum que permita a integração de análise de políticas públicas, sistemas e ações, com o objetivo de garantir a efetiva cidadania às populações mais pobres.

Palavras-chave: território, assistência social, saúde da família, integração

## **LISTA DE GRÁFICOS E MAPAS**

**Gráfico 1:** Número de equipamentos de saúde, segundo o nível de responsabilidade. Adaptado de SCATENA e TANAKA, 1998.

**Gráfico 2:** Número de Unidades de Atendimento de Saúde e Assistência Social no Brasil. Autoria própria. Fontes: BRASIL, 2016; BRASIL, 2017

**Mapa 1:** Isócrono de tempo de caminhada necessário para chegar a um CRAS no município de São Paulo.

**Mapa 2:** Isócrono de tempo de caminhada necessário para chegar a uma UBS no município de São Paulo.

**Mapa 3:** Áreas de cobertura da Estratégia de Saúde (ESF) e dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

**Mapa 4:** Diferença de organização territorial entre a saúde e a assistência social

**Mapa 5:** Unidades de Desenvolvimento Humano do Município de São Paulo

**Mapa 6:** Localização dos Territórios de Saúde da Família no Município de São Paulo

**Mapa 7:** Possíveis rupturas do município de São Paulo: Massas d'água, rodovias e áreas de preservação

**Mapa 8:** Mosaico de imagem de satélite do município de São Paulo

**Mapa 9:** Zoneamento segundo a Lei de Uso e Ocupação de Solo do Município de São Paulo de 2016

**Mapa 10:** Linhas de ônibus municipais no município de São Paulo

**Mapa 11:** Proposta de novos territórios de Supervisão Técnica de Saúde (STS) e de Assistência Social (SAS)

**Mapa 12:** Comparação entre a nova regionalização (esquerda) e as anteriores (direita) na área de abrangência do CRAS/STS Butantã - Jaguaré

**Mapa 13:** Comparação entre a nova regionalização (esquerda) e as anteriores (direita) em na área de abrangência do CRAS/STS Ermelino Matarazzo

**Mapa 14:** Indicadores de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal na área de abrangência CRAS/STS Freguesia do Ó

**Mapa 15:** Indicadores de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal na área de abrangência CRAS/STS Guaianases

## **LISTA DE SIGLAS**

CGI/MDS - Coordenadoria Geral de Informática do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome

CNSS - Conselho Nacional de Serviço Social

CRAS/STS - Área de abrangência das Supervisões Técnicas de Saúde e das Supervisões de Assistência Social

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centros de Referência Especializados de Assistência Social

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LBA - Legião Brasileira de Assistência

MDS - Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

PNAB - Plano Nacional de Atenção Básica

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

Rede SUAS - Sistema de Informação do Sistema Único de Assistência Social

SAS - Supervisão de Assistência Social

SIS - Sistemas de Informação de Saúde

STS - Supervisão Técnicas de Saúde

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

## **SUMÁRIO**

APRESENTAÇÃO	<b>13</b>
ANTECEDENTES DO SUS E DO SUAS	<b>14</b>
EMBASAMENTO TEÓRICO: RELAÇÕES ENTRE DIREITO E TERRITÓRIO	<b>17</b>
FALTA DE INTEGRAÇÃO DOS DADOS TERRITORIAIS NO BRASIL	<b>24</b>
PROCEDIMENTOS E CRITÉRIOS	<b>33</b>
ANÁLISE DOS RESULTADOS	<b>40</b>
CONSIDERAÇÕES FINAIS	<b>46</b>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<b>48</b>
APÊNDICE	<b>52</b>



## **APRESENTAÇÃO**

O presente trabalho foi dividido em seis capítulos que buscam explicar e propor uma compatibilização de territórios entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

O primeiro capítulo conta um pouco sobre os antecedentes dos dois sistemas, explicando um pouco como a saúde e a assistência social funcionavam no Brasil durante o século XX até a promulgação da Constituição Federal, em 1988, que colocou essas duas áreas como direitos do cidadão.

O segundo capítulo traz um pouco das bases teóricas utilizadas na construção da proposta, trazendo intelectuais das mais diversas áreas para compreender melhor sobre as bases teóricas da cidadania, do direito, do SUS e do SUAS e do território.

O terceiro capítulo vai tratar da problemática do trabalho: a falta de integração de dados, com ênfase nos dados territoriais. Nele alguns outros autores falam sobre a pulverização de sistemas e ações, com a criação de diversas burocracias que impedem a integração de serviços públicos.

O quarto capítulo especifica os procedimentos e critérios adotados na produção da proposta de territorialização comum à saúde e a à assistência social, elencando as camadas de análise utilizadas no momento de desenhar esses novos limites.

O quinto capítulo nos traz o resultado e algumas análises sobre como esses novos limites divergem dos anteriores, além de elencar suas vantagens com algumas análises de dados integrados, permitindo a comparação entre dados de saúde e de assistência social.

Por fim, o sexto capítulo traz algumas considerações finais e reflexões sobre a necessidade de ampliar essas propostas de unificação territorial para outras áreas, para poder, efetivamente, garantir direitos aos cidadãos.

## **ANTECEDENTES DO SUS E DO SUAS**

A Constituição de 1988 incubiu ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a resolução de problemas que perduravam até aquele momento no Brasil. Até então, a saúde e a assistência social eram áreas que possuíam forte relação, sobretudo pelo fato de que nem a saúde, nem a assistência social eram considerados direitos no Brasil.

Para se ter uma ideia, a primeira legislação que trata de assistência social data de 1938, com a criação do Conselho Nacional de Serviço Social – CNSS. O CNSS instaurou no Brasil uma prática assistencialista laica, uma vez que o serviço social, tido como caridade naquele momento, era um papel reservado, até então, à Igreja (BOSCARI e SILVA, 2015).

Em 1942, Getúlio Vargas cria a Legião Brasileira de Assistência - LBA. Inicialmente visando cuidar das famílias de pracinhas, é translocada, após a Segunda Guerra Mundial, para *“prestar assistência à maternidade e à infância, caracterizada por ações paternalistas e de prestação de auxílios emergenciais e paliativos à miséria”* (BOSCARI e SILVA, 2015, p. 110).

A LBA foi comandada inicialmente pela primeira-dama Darcy Vargas, inaugurando a tradição da assistência social como uma responsabilidade majoritariamente feminina, tendo sempre como chefe as primeiras-damas. Entre muitas funções a LBA também prestava assistência médica a populações desassistidas, estando vinculada inicialmente ao Ministério da Educação (BOSCARI e SILVA, 2015).

Já no âmbito da Saúde, o Ministério da Saúde (MS) só foi criado em 1953, com o objetivo de combater epidemias no país, sendo responsável por poucas unidades hospitalares voltadas a serviços psiquiátricos e de tratamento de tuberculose (BRASIL, 2002, p. 10).

Quem cuidava realmente do acesso à saúde a parte da população não era o MS, mas sim o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a partir do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Isso revela a forte relação entre trabalho e acesso à saúde, isto é, apenas quem contribuía com a Previdência Social tinha esse direito (BRASIL, 2002, p. 11).

Os que não possuíam um emprego formal, dependiam de organizações de caráter filantrópico ou das Santas Casas de Misericórdia. Essas populações não tinham atendimento garantido, uma vez que dependiam da disponibilidade do serviço de caridade.

Com a demanda dos trabalhadores e seus dependentes pelo acesso à saúde, foi realizada uma grande reforma administrativa em 1966, e o INPS se desmembrou. Dela sai o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que começou a construir e gerir grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2002, p. 12). Nessa mesma reforma, a LBA também começa a integrar o MPAS, tomando medidas paliativas para tratar aqueles que estavam na miséria (BOSCARI e SILVA, 2015).

Entretanto, por não ter a universalidade do atendimento entre seus preceitos, o INAMPS revela uma forte desigualdade de qualidade de atendimento e infraestrutura, uma vez que distribuía os recursos entre suas Superintendências Regionais baseado no quanto cada região arrecadava (BRASIL, 2002, p. 12). Em termos práticos, as regiões com maior número de empregos formais (Sul e Sudeste) recebiam mais recursos e investimentos.

Na década de 1970, o Brasil começa a passar por uma crise em seu modelo previdenciário, obrigando o INAMPS a racionalizar seus recursos e começar a realizar convênios e parcerias com instituições públicas nos municípios.

A partir desse momento, começamos a ver algumas ações que começam a aproximar o serviço do INAMPS de um atendimento universal. Ainda na década de 70, o serviço para os trabalhadores rurais é melhorado e

equipara-se com o dos trabalhadores urbanos; e no final da mesma década, o Instituto desobriga a exigência de Carteira Assinada para o atendimento. Essa última, levou a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (BRASIL, 2002, p. 13).

É importante pontuar que esses tensionamentos não se deram unicamente por conta do próprio Instituto, mas também por muita pressão popular dos trabalhadores da saúde e de alguns civis, que ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária (BRASIL, 2002, p.13).

Foi esse Movimento que lutou para que a saúde passasse a ser um direito no Brasil, participando de discussões na Assembleia Constituinte. Em 1988, então, é aprovada uma nova Constituição, colocando a saúde e a assistência social como direitos do cidadão e deveres do Estado.

No caso do SUS, ele foi regulamentado em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a) e da Lei 8.142 (BRASIL, 1990b), que regularizaram o SUS e instituíram a gestão democrática e descentralizada, sendo gerido e financiado pelos governos federal, distrital, estaduais e municipais.

Já a assistência social, foi regulamentada em 1993, com a promulgação da Lei Orgânica de Assistência Social (BRASIL, 1993). Porém, apenas em 2011, com a Lei 12.435 (BRASIL, 2011), que, inspirado no SUS, foi criado o Sistema Único de Assistência Social, buscando organizar o que estava previsto na Lei Orgânica de Assistência Social.

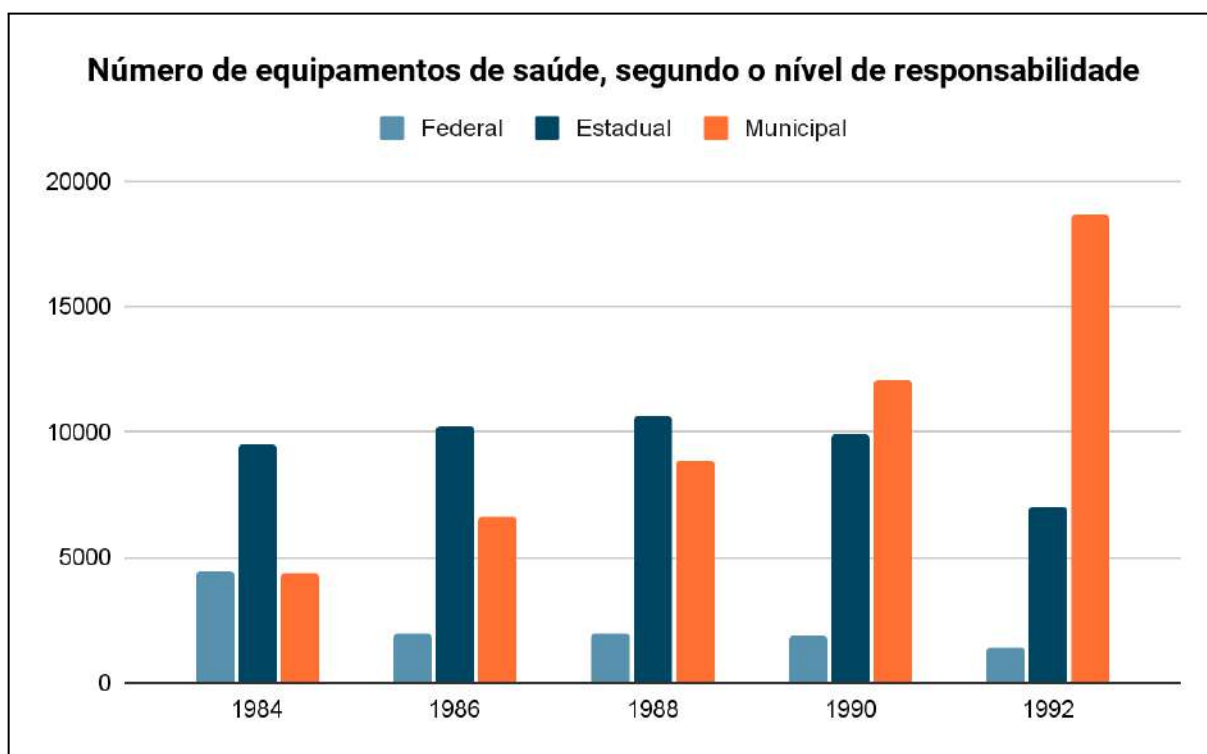
## **EMBASAMENTO TEÓRICO: RELAÇÕES ENTRE DIREITO E TERRITÓRIO**

Para compreender como se deu a criação desses sistemas públicos, precisamos entender que a Constituição instaurou um sistema político federalista, dividindo o poder Executivo entre os entes federativos (União, unidades federativas e municípios) (BRASIL, 2002).

Com isso, toda essa nova estrutura reflete também nas políticas públicas. Sobretudo pensando no:

[...] grande peso dos municípios, considerados como entes federativos com muitas responsabilidades na implementação de políticas públicas. A diversidade dos municípios brasileiros – em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de Estado –, por sua vez, implica diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, face à complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados. (BRASIL, 2002) (Ver **Gráfico 1**)

Esse aumento de responsabilização dos municípios exigia novos instrumentos para garantir a universalidade do atendimento, sobretudo em virtude de muitas unidades da federação e municípios possuírem uma menor quantidade de recursos para construir novos equipamentos de saúde.



**Gráfico 1: Número de equipamentos de saúde, segundo o nível de responsabilidade.**  
Adaptado de SCATENA e TANAKA, 1998.

Diante desse cenário, o Governo Federal deve assumir um papel central no combate a essas desigualdades regionais e na garantia de direitos básicos a toda população, conforme está escrito em sua Constituição (FARIA, 2013).

Para isso é de suma importância compreender os processos que produziram essas desigualdades e as implicações que elas trazem para a população. Segundo SCALON (2011), as desigualdades sociais levam a uma consequente desigualdade de cidadania, entendida pelo autor como “ausência de participação social”.

a democracia brasileira não se fará plena se não houver uma atenção específica à questão das desigualdades sociais, uma vez que a igualdade pode ser considerada um dos atributos básicos da cidadania, considerada em seu sentido mais amplo como acesso a direitos. (SCALON, 2011, p. 51)

É diante desse cenário que é necessário formular e implementar políticas públicas que combatam essas desigualdades, sobretudo pensando em suas raízes históricas. Em outras palavras, é necessário compreender que a desigualdade que enfrentamos hoje, remetem aos tempos da colonização (CEPAL, 2021).

Essas políticas necessitam considerar a dívida histórica para com as populações indígena e afrodescendente, historicamente desassistidas, a partir de uma política de racismo institucional (CEPAL, 2021; ALMEIDA, 2019). Sem esses pressupostos, qualquer política pública corre o risco de não conseguir sanar efetivamente as desigualdades do país.

Estabelecida a relação entre desigualdade e cidadania, fica muito mais facilitada a compreensão de como deve ser realizada uma política pública. Essa relação também pode ser encontrada em PEDONE (1986), que escreveu o livro “Formulação, implementação e avaliação de políticas públicas” para um curso da Fundação Centro de Formação do Servidor Público.

Tornar democrática a política é colocar o cidadão face-a-face com o governo dinamicamente. Isso tem a ver com o direito à satisfação de necessidades básicas com o emprego, educação, moradia, saúde, terra, etc. Também se relaciona com a ampla discussão das políticas públicas substantivas que lidam com os direitos básicos da sociedade. Qual é a dinâmica que mantém esse processo aberto para aprimorar a natureza democrática do Estado? Uma sociedade é tão democrática quando luta por mudanças estruturadas, endossada por seus governos. É preciso que se firme em instituições e mecanismos dinâmicos que conduzam as demandas por mudanças nas políticas públicas substantivas. (1986, p. 9)

FARIA (2013, p. 132) avança na discussão buscando estabelecer relação entre direito e território, alegando que *“não é possível que a saúde<sup>1</sup> seja acessível a todos, indistintamente, se as pessoas não têm acesso ao sistema. E o acesso depende, obviamente, da existência dos serviços nos territórios”*. Isto é, garantir universalidade no atendimento, tanto à saúde quanto à assistência social, pressupõe um planejamento territorial.

O SUS e o SUAS também, entre seus princípios, exigem equidade de atenção (BRASIL, 1988). FARIA (2013, p. 132) define equidade como efetivação da justiça social e enfatiza que não existe universalidade sem equidade territorial, isto é, todos terem direito à mesma qualidade de atenção independente da localidade em que estão.

Por fim, o terceiro princípio do SUS e do SUAS é a integralidade (BRASIL, 1988), que além de integrar serviços, propõe a tratar a saúde como uma totalidade, isto é, não apenas como ausência de doença (FARIA, 2013, p. 132).

Garantir esses três princípios é o grande desafio do SUS e do SUAS, e como já foi dito por FARIA (2013, p. 132), era necessário planejamento territorial.

Portanto a expressão “a saúde é direito de todos”<sup>2</sup> carrega consigo os três princípios doutrinários SUS - universalidade, equidade e integralidade - e encaminha para a necessidade do arranjo territorial (integrado, sistêmico, equitativo) dos serviços e das ações.

---

<sup>1</sup> Por mais que ele tenha escrito apenas sobre saúde, suas ideias se aplicam a diversos direitos. Não é possível ter direito a assistência social, educação, trabalho, etc, sem ter acesso a esses serviços.

<sup>2</sup> Idem.



A primeira estratégia do SUS para efetivar esse planejamento foi dividir os serviços de saúde em níveis de complexidade: atenção básica ou primário, a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Equipes de Saúde da Família (ESF); secundário, a partir das Unidades de Pronto Atendimento (UPA); terciário, a partir de Hospitais e Hospitais Especializados (BRASIL, 2002).

Por uma questão estratégica, o SUS decidiu focar sua maior atenção à atenção primária, por entender que ele seria responsável por melhorar de sobremaneira a saúde da população, além de diminuir a lotação dos Hospitais e UPAs (BRASIL, 2012).

Partiremos desse mesmo pressuposto para realizar nossa análise. A atenção primária é a que tem maior capacidade de garantir os princípios do SUS, principalmente por ser o que está mais próximo da população, possibilitando uma atenção mais próxima e mais humana.

Uma das principais formas encontradas para efetivar a presença de equipamentos de saúde nos territórios foi a criação do Projeto Saúde da Família. Embora tenha sido criado em 1993, só teve orientações melhor definidas em 2012, quando teve seu nome alterado para Estratégia de Saúde da Família, constando no Plano Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2012).

É no PNAB que o território ganha destaque e as UBS's começam a ter papel central, devendo *“participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades”* (BRASIL, 2012, p. 43).

Para entender esse processo de territorialização, é necessário compreender que existem diversos níveis de territorialização: desde regiões de saúde que abrangem vários municípios, sendo planejados pelos governos federal e estaduais; até Supervisões Técnicas de Saúde (STs) e áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, realizados pelos municípios. (GONDIM, 2008)

FARIA (2013, p. 135) nos traz como se dá o processo de territorialização das ESFs, a partir de alguns estudos de caso em Monte Alegre (MG) e Curitiba (PR). Primeiro monta-se uma ESF para determinada UBS, essa equipe fica responsável por visitar o território próximo a unidade. Nessas visitas as famílias são contadas e cadastradas, ação conhecida como adscrição de clientela. Somente após esse primeiro contato é que a Equipe define o território de sua atuação.

Importante pontuar também que o território da ESF não é fixo, é um território vivo, dinâmico, e que pode ter seus limites alterados à medida que se modifica o cotidiano, as relações, a paisagem e o lugar (MONKEN E GONDIM, 2016).

Segundo GONDIM e MONKEN (p. 398), a territorialização:

Como método e expressão geográfica de intencionalidades humanas, permite a gestores, instituições, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica espacial dos lugares e de populações; os múltiplos fluxos que animam os territórios e as diversas paisagens que emolduram o espaço da vida cotidiana. Sobretudo, pode revelar como os sujeitos (individual e coletivo) produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência, o trabalho, a moradia, a alimentação, o lazer, as relações sociais, a saúde e a qualidade de vida, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde

GONDIM et al. (2008) nos traz também o poder, como outro conceito-chave para entender o território. Os autores trazem a ideia de poder como *“possibilidade de exercer mando, jugo ou imposição de vontade ou projeto particular a outras pessoas, grupos ou instituições”*.

Ou seja, o território está sempre em disputa pelos mais diversos agentes: corporações, pessoas, movimentos, o Estado, etc. A disputa dessas diversas

influências e projetos se materializam no espaço, indicando identidades e rupturas, em suma, uma territorialidade.

## **FALTA DE INTEGRAÇÃO DOS DADOS TERRITORIAIS NO BRASIL**

Diante do cenário aqui apresentado, podemos resumir que cabe às ESFs caminhar pela área de abrangência de sua UBS de referência, identificando territorialidades e delimitando um território de atuação para a equipe.

É aqui que encontramos o principal empecilho na superação das desigualdades supracitadas. As ESFs e o SUAS possuem objetivos diferentes, mas apresentam um foco importante no acolhimento às pessoas em situação de vulnerabilidade social.

Além disso, ambas partem dos mesmos pressupostos que sustentam seu funcionamento: integralidade, gratuidade, universalidade e equidade. Entretanto, quando olhamos para como cada entidade funciona, vemos estruturas bem diferentes.

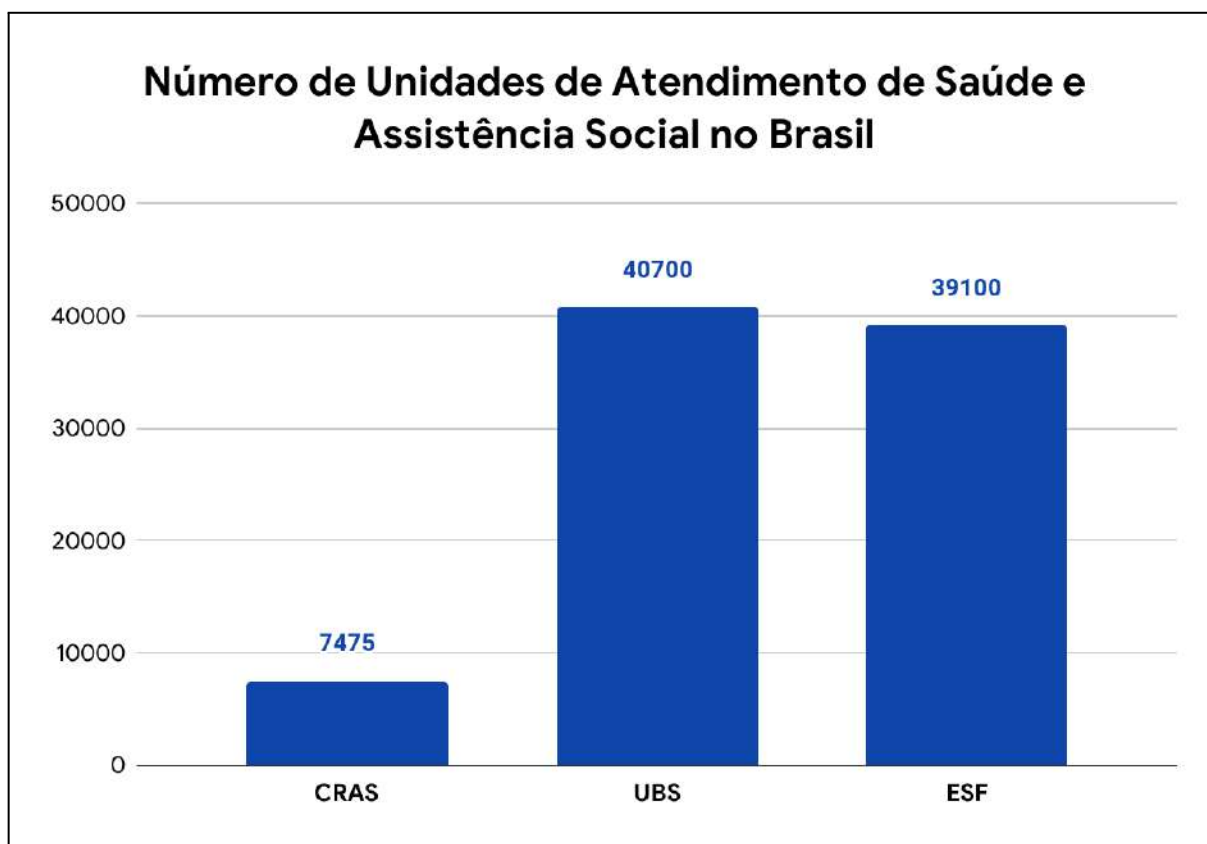
No caso do SUAS, seu principal objetivo é “garantir a proteção social aos cidadãos, ou seja, apoio a indivíduos, famílias e à comunidade no enfrentamento de suas dificuldades, por meio de serviços, benefícios, programas e projetos” (BRASIL, 2019).

Seu modelo de gestão se dá sobretudo a partir dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e, em alguns casos, Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS). É a partir deles que a população em vulnerabilidade poderá se cadastrar e pleitear Bolsas e Auxílios sociais.

Assim como o SUS, existe uma territorialização dos CRAS e dos CREAS, entretanto a atuação é diferente. Os CRAS exigem que o cidadão se dirija até uma unidade para se cadastrar, tendo que arranjar por conta própria condições financeiras e logísticas para chegar até o local.

Isso pode não ser um empecilho para municípios pequenos, mas pode ser uma barreira para cidades grandes, como é o caso de São Paulo. Isso

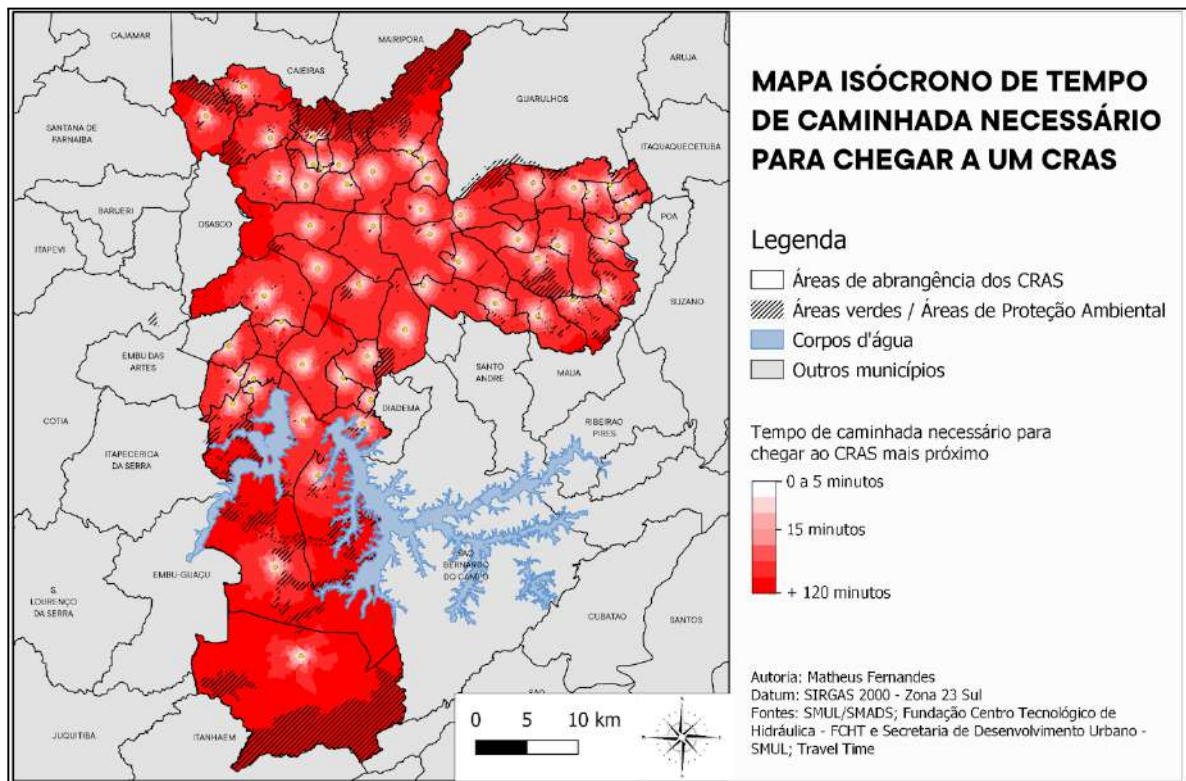
sobretudo, quando pensamos na desigualdade de atendimento que existe entre a saúde e assistência social, conforme podemos ver no **Gráfico 02**.



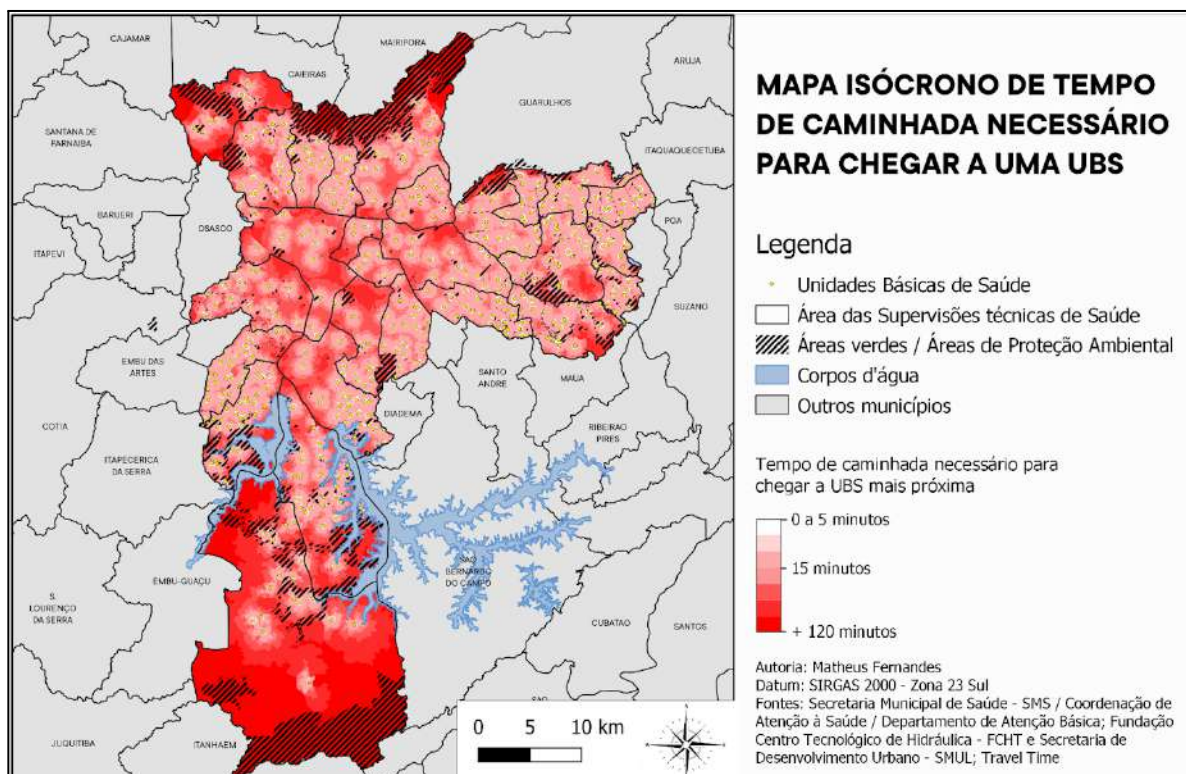
**Gráfico 2: Número de Unidades de Atendimento de Saúde e Assistência Social no Brasil.**  
Autoria própria. Fontes: BRASIL, 2016; BRASIL, 2017.

O **Gráfico 2** revela essa desigualdade numérica entre saúde e assistência social. O SUS está presente em todos os municípios do Brasil (BRASIL, 2016), inclusive com ações especiais para populações indígenas e ribeirinhas. Já os CRAS, apesar de possuírem a mesma preocupação não estão igualmente distribuídos por todo o território nacional.

No recorte da cidade de São Paulo vemos que os CRAS, são muito distantes da maior parte da população socialmente vulnerável (**Mapa 1**). Isso inclusive se mostra contraditório, pois o público-alvo é justamente a população que tem menos condições de chegar a uma unidade de atendimento.



**Mapa 1: Isócrono de tempo de caminhada necessário para chegar a um CRAS no município de São Paulo.**



**Mapa 2: Isócrono de tempo de caminhada necessário para chegar a uma UBS no município de São Paulo**

Já o SUS, sobretudo a partir da Estratégia de Saúde da Família, está muito mais capilarizado e próximo da população. É muito mais fácil chegar a pé em uma UBS, do que em um CRAS, o que ajuda a garantir o atendimento (**Mapa 2**).

E além dessa proximidade com os usuários, o SUS ainda atua no território a partir das ESFs que percorrem lugares considerados socialmente vulneráveis, cadastrando e atendendo famílias.

A partir dessa simples comparação pode-se chegar a uma solução bem simples: por que não integrar os serviços de saúde e assistência social? Um possui dificuldades de proximidade com os usuários, afetando seu caráter de equidade e universalidade; e outro constrói já a alguns anos essa relação de proximidade.

É justamente nesse ponto que mora o problema, a qual esse trabalho busca propor uma solução. Os atendimentos na saúde e na assistência social, possuem sistemas de informação e atendimento diferentes em todos os sentidos (arquitetura, estrutura e forma de atuação) e alimentam diferentes bases de dados.

Pensemos primeiro no Sistema Único de Saúde (SUS) e o funcionamento dos chamados Sistemas de Informação de Saúde (SIS) de base nacional.

Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são instrumentos que, por meio do processamento de dados coletados em serviços de saúde e outros locais, dão suporte à produção de informações para a melhor compreensão dos problemas e tomada de decisão no âmbito das políticas e do cuidado em saúde. No Brasil, quando esses sistemas têm abrangência nacional são chamados de fontes de dados nacionais sob a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), SIS de abrangência nacional ou de base nacional, ficando a custódia dos dados e a manutenção de software geralmente sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. (CHIORO e NETO, 2021, p. 2)

Especificamente na área da Saúde, CHIORO e NETO (2021), identificaram, após muita pesquisa, 54 diferentes SIS em funcionamento no Ministério da Saúde (MS) entre 2010 e 2018. Muitos deles com dados repetidos e escritos nas mais diversas linguagens de programação.

CHIORO e NETO (2021) verificaram que esse número elevado de SIS em funcionamento tem sua raiz na década de 90, poucos anos após a implementação do SUS. Faltava ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) investimento e capacidade técnica para atender as demandas tecnológicas de diferentes departamentos internos do MS.

Com isso, começou-se a fazer parcerias e convênios, pulverizando setores de Tecnologia da Informação dentro do MS. Por um lado, isso trouxe maior velocidade de resposta e autonomia no atendimento de demandas específicas dos departamentos, mas por outro lado, isso gerou uma infinidade de sistemas e soluções que não conversavam nem com o DATASUS, nem com outros departamentos. (CHIORO e NETO, 2021).

Isso é fundamental para compreender a justificativa da realização dessa pesquisa, sobretudo quando pensamos na outra área que iremos analisar: a assistência social. Pensaremos nela a partir da implementação da Rede SUAS, sistema de informação do Sistema Único de Assistência Social.

Diferentemente do SUS, a revisão da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em 2004, por parte do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) reformulou completamente os sistemas de informação de assistência social, unificando e integrando ambientes a partir da criação da Rede SUAS.

Isso é mais detalhado no Relato de Experiência de BRASIL (2007, p.3), onde é relatado a situação da gestão de dados no MDS antes de 2004:



As principais conclusões da avaliação, em relação ao contexto tecnológico dos sistemas em uso até 2002 e parte de 2003, foram:

- Fragmentação de dados dos programas sociais em bases de dados heterogêneas e sem rotinas automatizadas;
- Restrição de acessos aos sistemas dos órgãos gestores municipais e restrição a consultas à base de dados, somente com a permissão do nível central da gestão;
- Deficiências no processo de ingestão e migração da base de dados, com a produção de erros como registros duplicados e inconsistência, gerando, inclusive, registros de entidades sem identificação, perdidos na base de dados;
- Modelagem de dados com diversas falhas conceituais como a não-padronização dos tipos de dados;
- Morosidade na alimentação e no processamento dos dados;
- Sistemas desenvolvidos sem a análise de negócios estabelecida com o padrão nacional, com flagrantes divergências conceituais, visto que o funcionamento do aplicativo não refletia as regras de negócio, tal como ocorria na realidade;
- Tratamento incorreto dos dados migrados e modelagem de dados com diversas falhas conceituais como a não-padronização dos tipos de dados

Aqui é importante ressaltar que muitos dos problemas citados são muito parecidos com os apontados por CHIORO e NETO (2021) e CABRAL (2021), quando falavam dos problemas do SIS.

A grande diferença é que o MDS sistematizou esses problemas e refletiu sobre suas consequências, para então pensar em soluções. E foi para mitigar esses problemas, que criou-se o Rede SUAS: uma rede integrada e interoperacional, permitindo que os diversos sistemas relacionados à assistência social se conversem e alimentem uma única base de dados (BRASIL, 2007, p. 6).

O realizado no MDS serve de exemplo para outros setores da administração pública, sobretudo na centralização da operação do sistema à Coordenadoria Geral de Informática do MDS (CGI/MDS), dispensando a

necessidade de celebração de contratos e convênios como é feito no MS (BRASIL, 2007, p. 6-7).

Isso revela apenas uma face do problema, pois a multiplicidade de ambientes e sistemas dificulta a integração de banco de dados que, por sua vez, é um empecilho para a realização de ações conjuntas entre diferentes setores.

No caso dessa pesquisa, não sabemos ainda se é possível integrar os dados do SIS e da REDE Suas, uma vez que não existe transparência sobre a quantidade de SIS sob a égide do MS (CHIORO e NETO, 2021, p. 12). Esse problema é um empecilho para integração dos dados entre a saúde e a assistência social, principalmente quando se descobre que o MS usa uma tecnologia da década de 90 (CHIORO e NETO, 2021, p. 12).

É diante desses problemas que propomos uma reterritorialização das áreas de abrangência dos CRAS, como uma etapa necessária à integração de ações de políticas públicas da saúde (ESF) e da assistência social (CRAS e CREAS), levando a interoperação dos Sistemas de Informação em Saúde e da Rede SUAS.

Essa proposta se dá, sobretudo, pela proximidade dessas ações, mas que trabalham em âmbitos separados e com sistemas separados, levando a redundância e retrabalho em cima das informações (CHIORO e NETO, 2021).

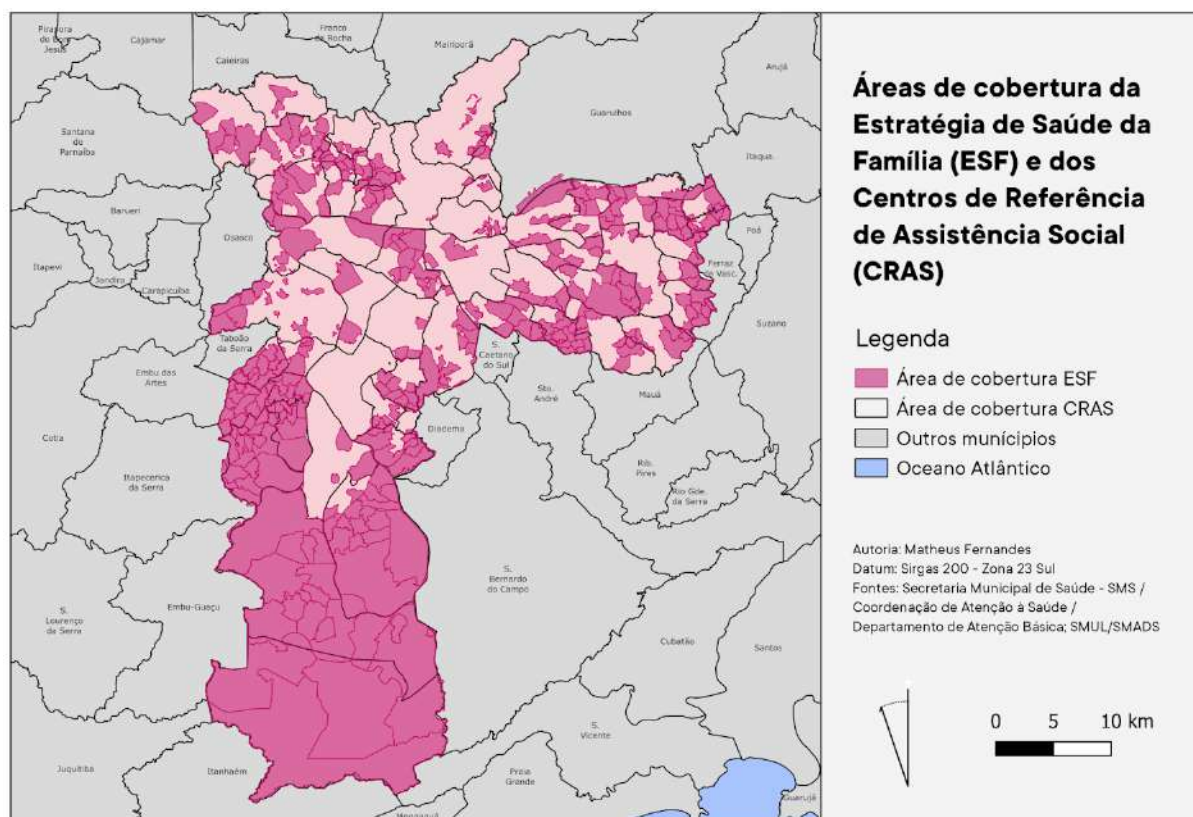
Boa parte das ações da ESF se dão no território, com a aplicação de questionários para acompanhar a situação das famílias. Durante as visitas domiciliares, os agentes comunitários coletam dados para além da saúde, como informações pessoais, condições de moradia, renda, entre outros. Isso ajuda os médicos a compreenderem melhor a relação entre condição social e saúde.

E é aqui que entram os dados. Boa parte dos dados coletados pela ESF, já existem nas bases dos CRAS e CREAS. Porém, pelos problemas já citados

anteriormente, não existe uma integração desses dados, seja por falta de diálogo ou por falta de compatibilidade dos sistemas. E diante dessa não integração, temos como principais prejudicadas as populações mais vulneráveis e os cofres públicos.

Outro fator que mostra os pontos negativos desse distanciamento entre a saúde e a assistência social é também os territórios de atuação de cada uma. A ESF tem como seu principal centro sua UBS de referência, com territórios que não abrangem toda a cidade, apenas onde considera haver maior vulnerabilidade social. Ou seja, nem toda UBS tem um território da ESF atrelado a sua atuação.

Já no CRAS, toda unidade tem uma área de atuação atrelada a si e que pode envolver vários ou nenhum território de vulnerabilidade socioeconômica. Essa discrepância de atuação pode ser observada no **Mapa 3**.



**Mapa 3: Áreas de cobertura da Estratégia de Saúde (ESF) e dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).**

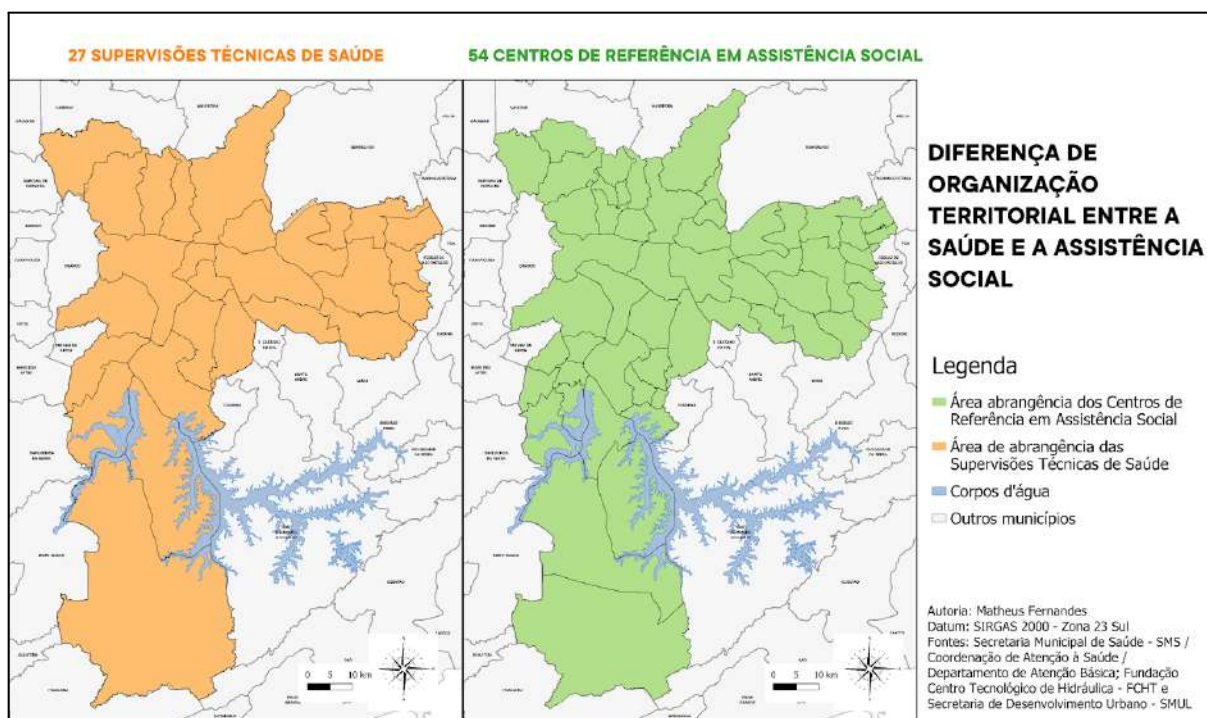
O mapa reforça a falta de diálogo e estratégias conjuntas de diferentes setores. Vemos que claramente não existe uma correlação direta entre as áreas de vulnerabilidade da ESF e as áreas de atuação do CRAS. Os limites dessa última lembram os distritos do município de São Paulo.

Os CRAS, inclusive, têm regiões, como a de Santo Amaro, que não tem nenhuma área da ESF em seu interior, isto é, a saúde considerou que não possui nenhum território de vulnerabilidade nessa região.

## PROCEDIMENTOS E CRITÉRIOS

É diante dos problemas aqui apontados, que propomos uma compatibilização de territórios entre os CRAS e os territórios de saúde, buscando gerar um território comum que permita ações conjuntas e integradas. Para tal mapeamento utilizamos algumas camadas de análise, a qual elencaremos a seguir.

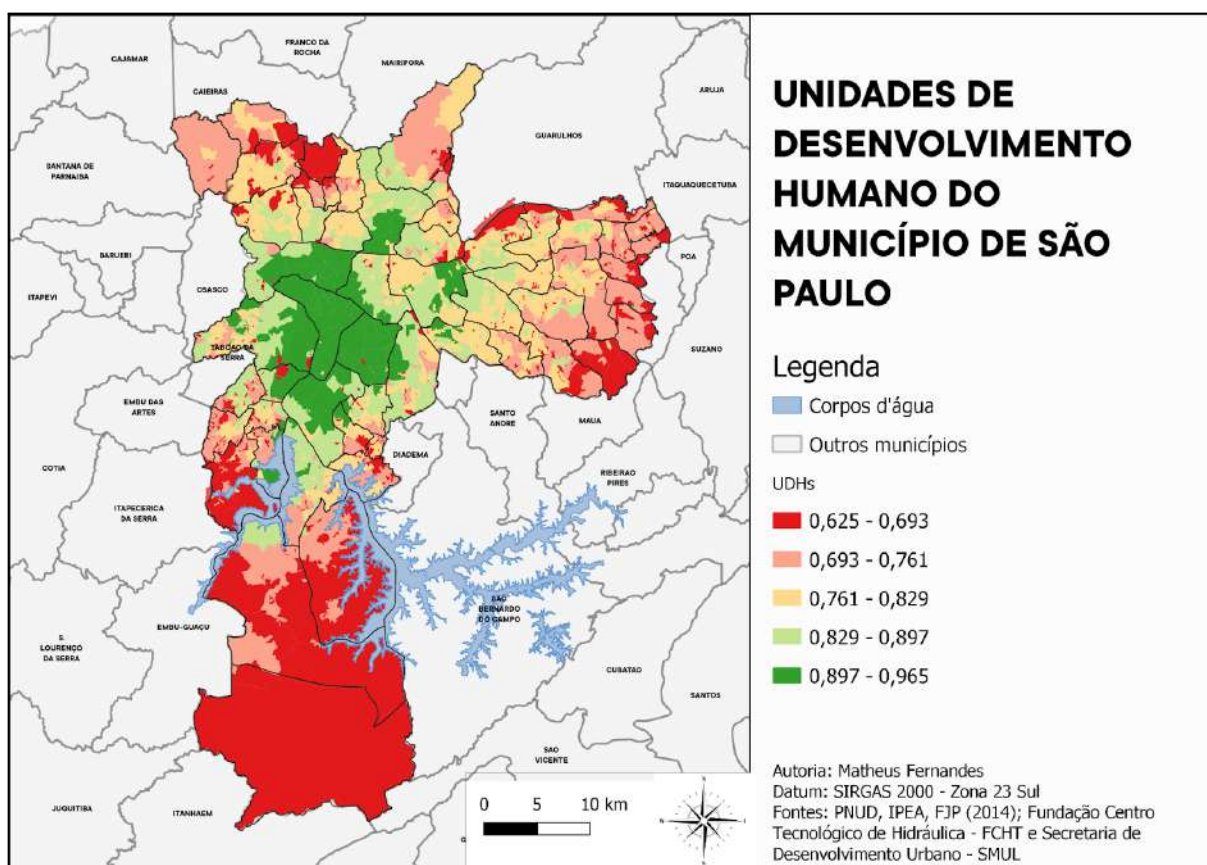
Primeiramente consideramos os territórios atualmente definidos, pois entendemos que eles também foram realizados sobre critérios técnico-administrativos, devendo ser levados em consideração. Entretanto, optamos principalmente por nos basear nos territórios do CRAS, pois eles são mais numerosos e mostram uma maior preocupação para áreas mais populosas da periferia, lembrando o princípio da equidade (**Mapa 4**).



**Mapa 4: Diferença de organização territorial entre a saúde e a assistência social**

Nossa segunda camada de análise foi um trabalho desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD): as Unidades

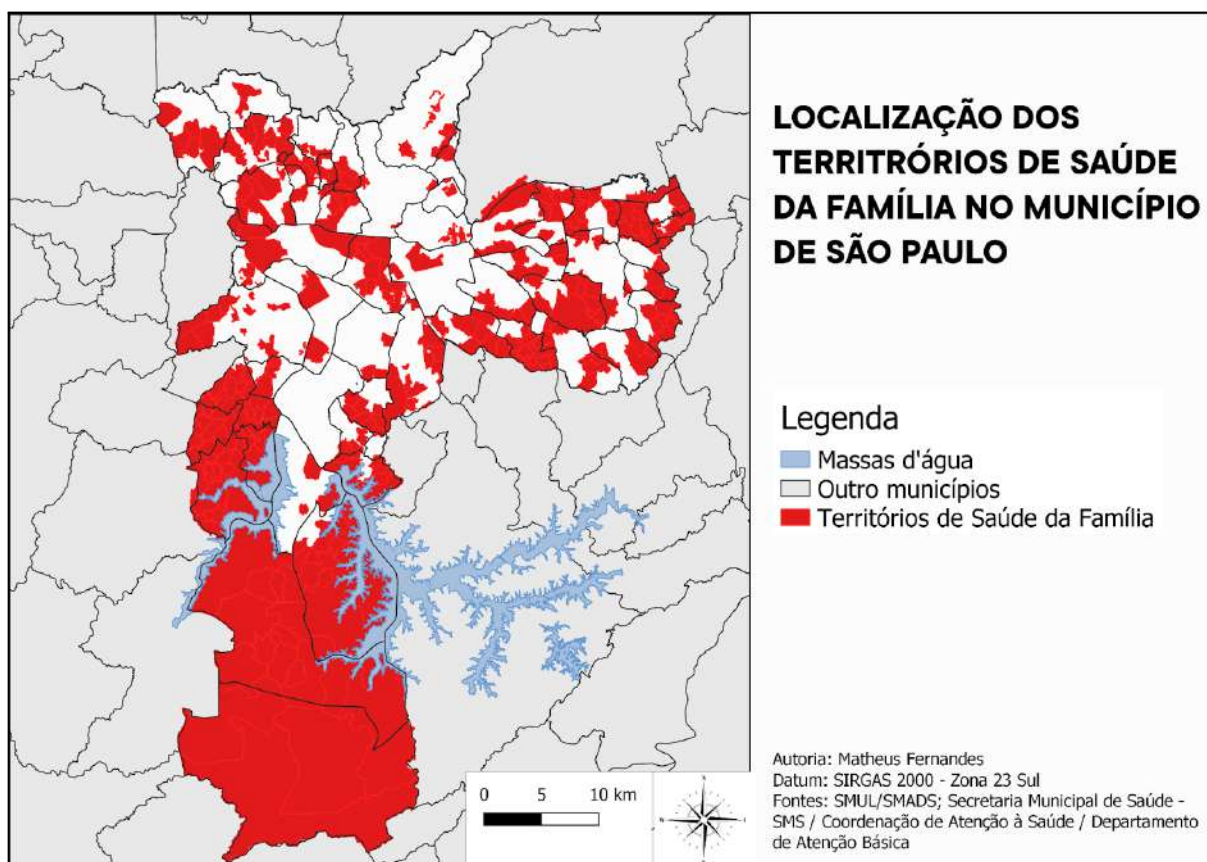
de Desenvolvimento Humano, que calcula o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para determinados agrupamentos de setores censitários. Com isso, pudemos ter uma noção mais clara sobre como está dividida a cidade (**Mapa 5**). Além do dado de IDH, utilizamos também os dados de renda, educação, expectativa de vida e população para conformar a nova territorialização.



**Mapa 5: Unidades de Desenvolvimento Humano do Município de São Paulo**

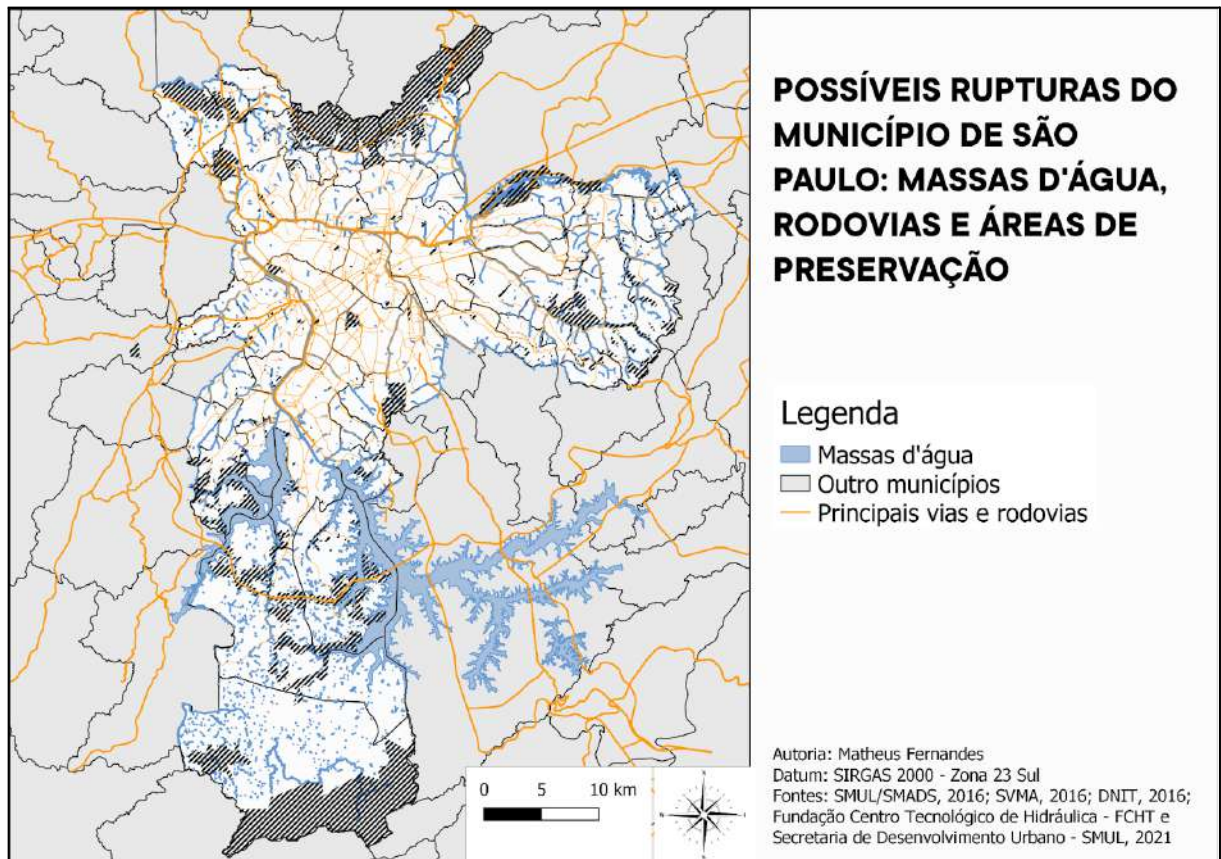
A terceira camada de análise foram os locais que possuem uma ESF, uma vez que são áreas que foram consideradas pela Saúde como vulneráveis. É necessário que todas as regiões possuíssem pelo menos uma área de vulnerabilidade em seu interior, para dar sentido às ações integradas e a supervisão mais atenta desses pontos.





**Mapa 6: Localização dos Territórios de Saúde da Família no Município de São Paulo**

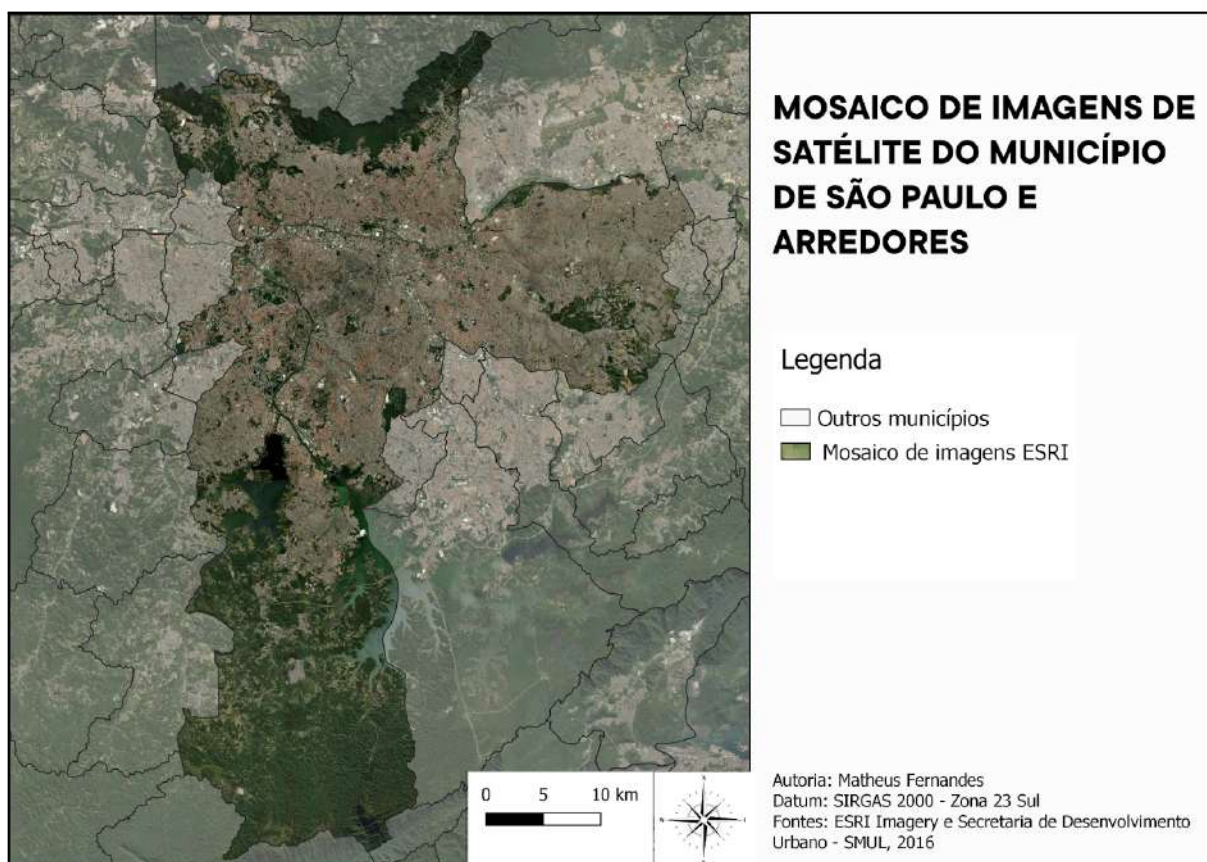
A quarta camada possui relação direta com a anterior: analisamos as continuidades e rupturas na cidade de São Paulo (LUQUEZ, 2020). Essas rupturas que, em geral, podem ser rios, rodovias ou áreas de preservação nos ajudaram a limitar as regiões e as relações que ocorrem internamente.



**Mapa 7: Possíveis rupturas do município de São Paulo: Massas d'água, rodovias e áreas de preservação**

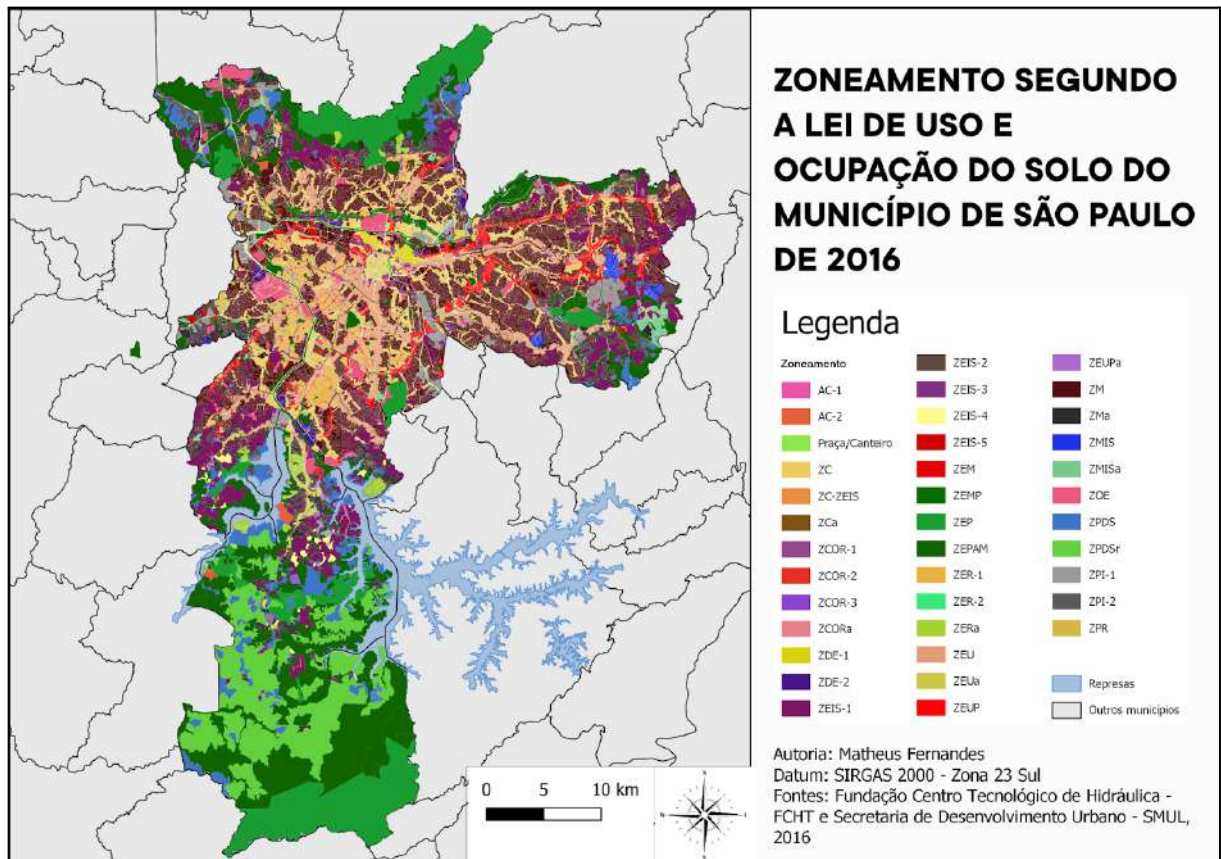
Essa análise foi complementada pela quinta camada, onde utilizamos imagens de satélite fornecidas gratuitamente pela ESRI para identificar possíveis usos e ocupações do solo, buscando encontrar e diferenciar essas continuidades e rupturas (**Mapa 8**).



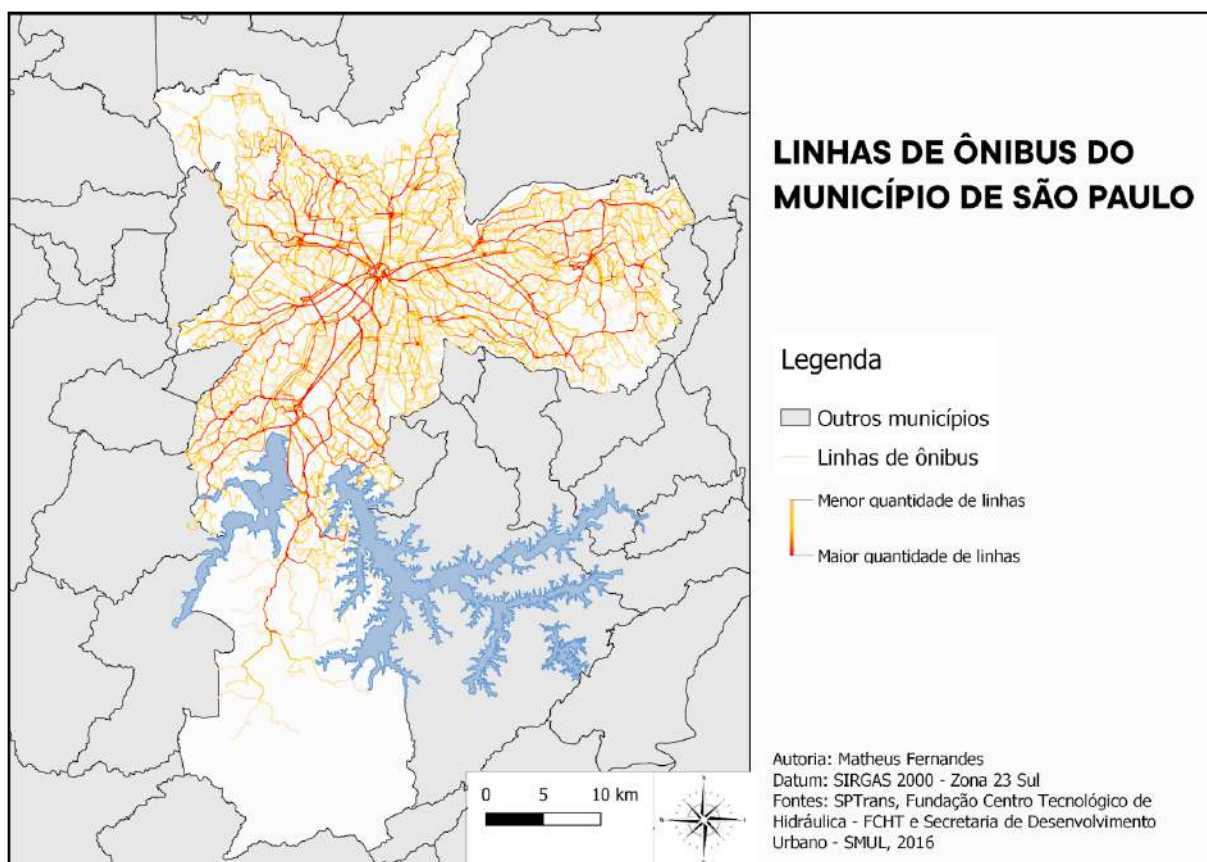


**Mapa 8: Mosaico de imagem de satélite do município de São Paulo**

Importante pontuar que a análise buscando diferenciação na ocupação do solo via sensoriamento remoto sempre tem um certo grau de subjetividade na identificação de padrões de ocupação e por essa razão nos subsidiamos também no Zoneamento de Uso e Ocupação de Solo do Município de São Paulo (**Mapa 9**).



Ainda pensando nessas rupturas e continuidades, trouxemos como sexta camada as linhas de ônibus da cidade de São Paulo. As linhas possuem também sua própria regionalização, estabelecendo conexões de alguns bairros com outros e dificultando o acesso a outras regiões, o que também auxiliou no desenho desse novo território.



**Mapa 10: Linhas de ônibus municipais no município de São Paulo**

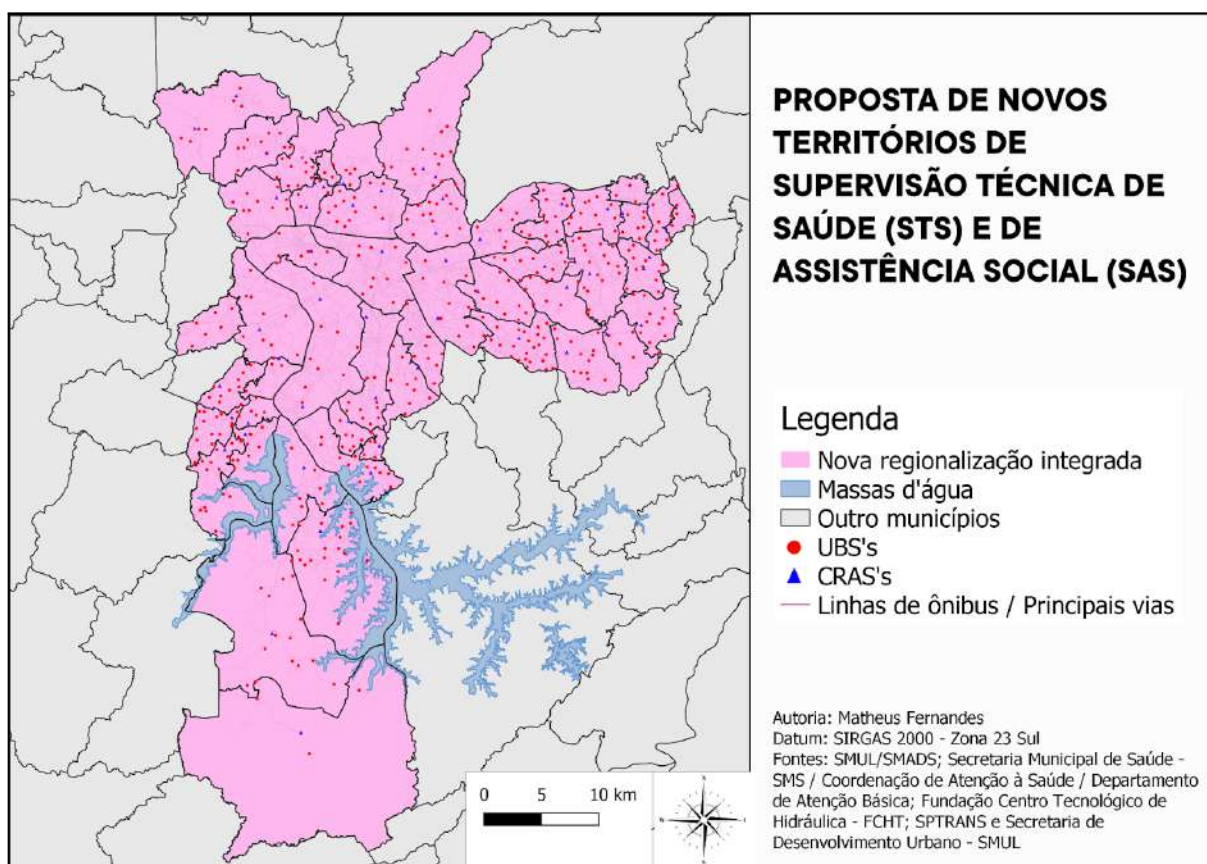
Por fim, é importante estabelecer dois critérios básicos que também utilizamos na produção da proposta: nenhum território poderia extrapolar as áreas de atuação das UBS; e todo território teria que ter pelo menos uma área de ESF.

Optamos por essa decisão pois, algumas vezes o território da UBS ou da ESF extrapola os nossos critérios utilizados. Durante a produção do mapa, colocamos os territórios definidos pelas ESFs como principal guia do processo, uma vez que são profissionais que efetivamente caminham e vivenciam aquele território, mapeando e remapeando a partir das relações que se estabelecem (GONDIM et. al., 2008). Diante disso, não faria sentido, a partir de uma análise de gabinete, dividir esses territórios que são delimitados *in loco*, diariamente.



## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após minuciosa análise do conjunto de camadas anteriormente citados, tivemos como resultado o **Mapa 11**.

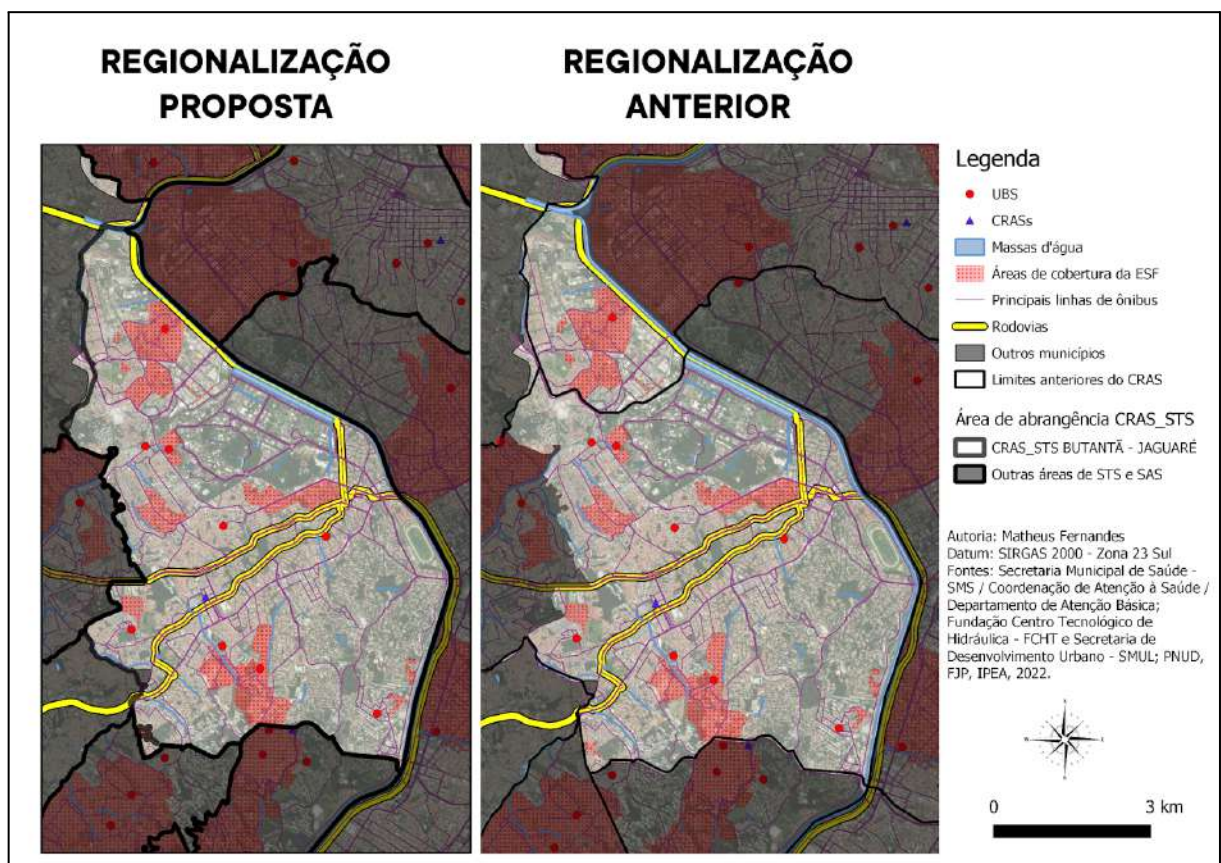


**Mapa 11: Proposta de novos territórios de Supervisão Técnica de Saúde (STS) e de Assistência Social (SAS)**

A ideia não foi apenas de reestruturar as áreas de abrangência da Assistência Social, mas propor uma verdadeira unificação na atuação e supervisão dos serviços. Com isso, as 27 áreas de abrangência das Supervisões Técnicas de Saúde (STS) e as 54 áreas de abrangência das Supervisões de Assistência Social (SAS) se conformam em iguais 48 novas áreas de Supervisão Técnica, da qual chamamos de Área de abrangência CRAS/STS.

Cada qual continuaria separadamente supervisionando sua área, porém o território comum permite o compartilhamento de dados entre as instâncias, além de facilitar a análise das relações entre Saúde e Assistência Social. A título de exemplo poderíamos analisar, por exemplo, se determinado território que possui indicadores ruins de saúde teria seus dados alterados quando implementado uma política de distribuição de renda.

Entretanto, nos atenhmos mais especificamente a algumas regiões específicas, para compreender melhor as alterações propostas.



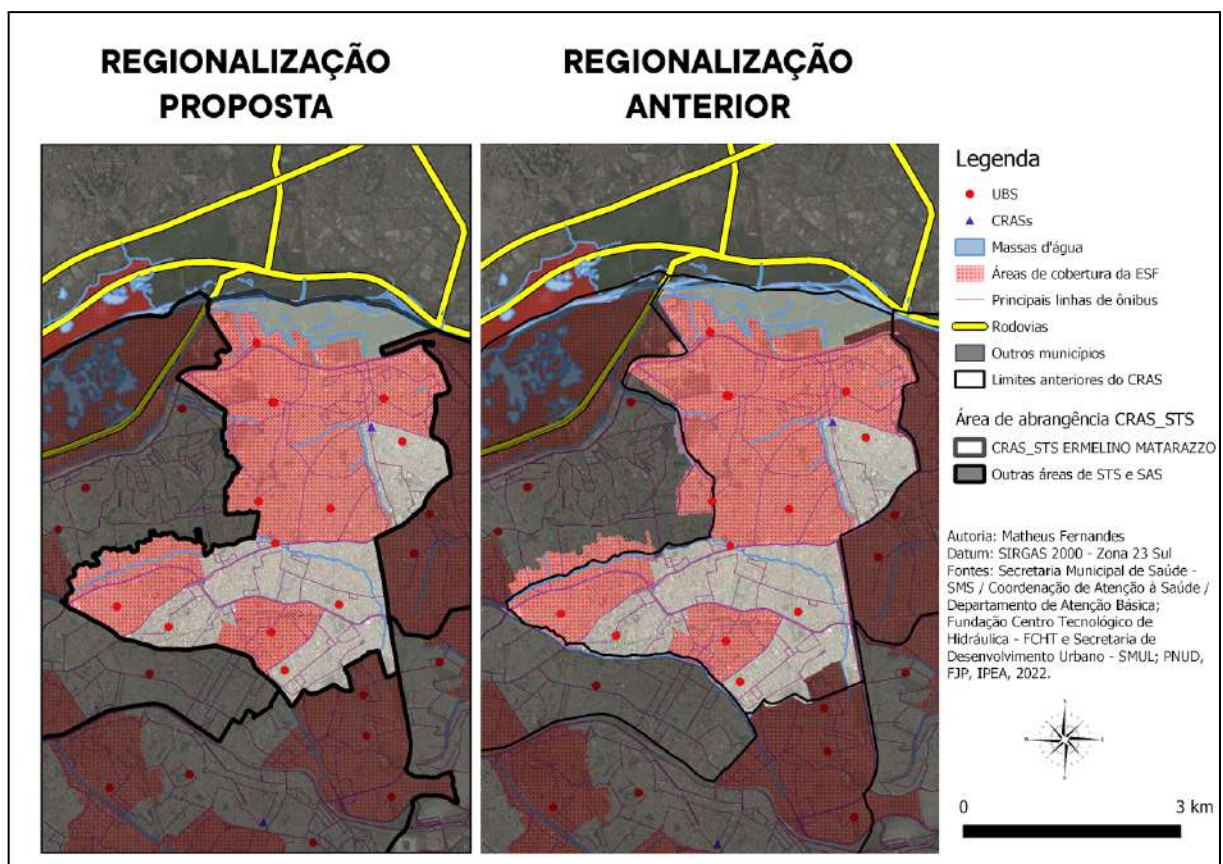
**Mapa 12: Comparação entre a nova regionalização (esquerda) e as anteriores (direita) na área de abrangência do CRAS/STS Butantã - Jaguaré**

No **Mapa 12**, vemos um claro exemplo de uma problemática enfrentada pela regionalização que o CRAS realizava. O seu caráter puramente administrativo, criava algumas barreiras para a população ter o efetivo acesso aos seus direitos.



Na ponta norte do mapa, vemos que a regionalização antiga colocava o Jaguaré como parte da área de abrangência da Lapa. Ora, mas em uma análise rápida vemos que a área está cerceada pela Marginal Pinheiros e o rio homônimo a leste e por outra rodovia e pelo Rio Tietê ao norte. Esse cerceamento facilita as comunicações do bairro com a região do Butantã, possuindo mais linhas de ônibus nesse sentido, do que para a Lapa.

Além disso, foi encontrada uma diferença entre o uso e ocupação do solo em ambas as margens do rio, dessa forma, optamos por colocar o Jaguaré na região do Butantã e não da Lapa.

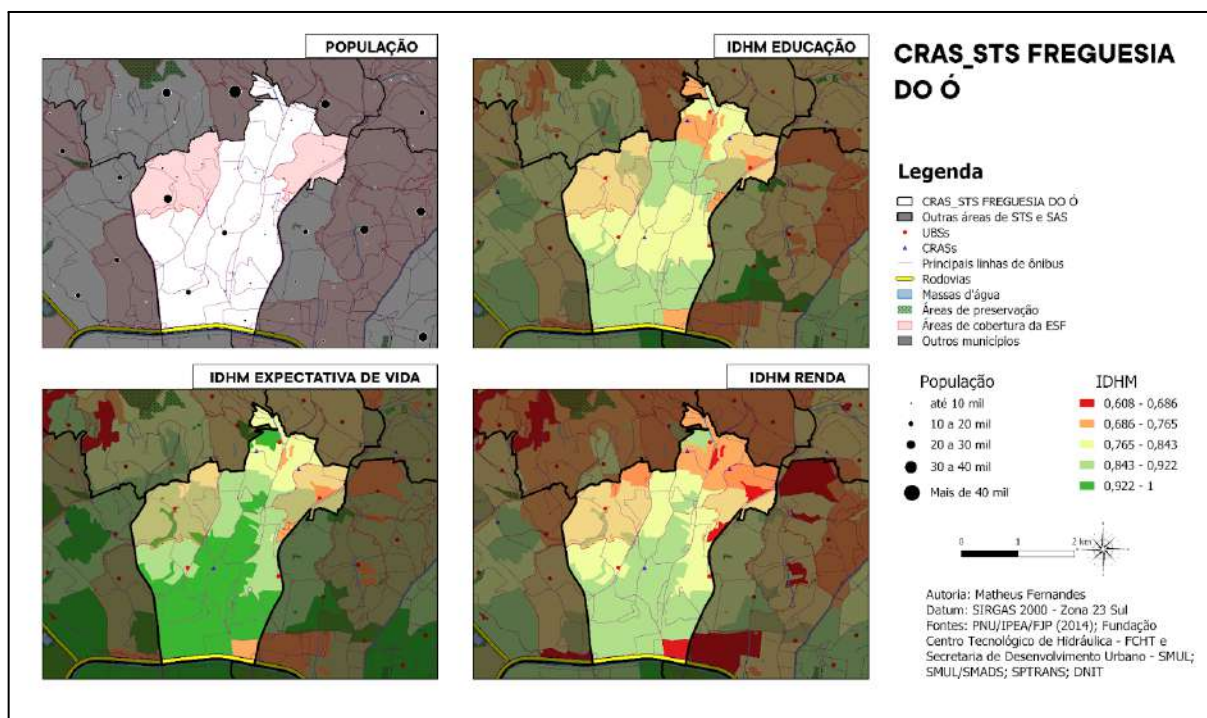


**Mapa 13: Comparação entre a nova regionalização (esquerda) e as anteriores (direita) em na área de abrangência do CRAS/STS Ermelino Matarazzo**

No **Mapa 13**, vemos na CRAS/STS Ermelino Matarazzo mais duas coisas que aconteceram com uma certa frequência. Na parte central da região, vemos

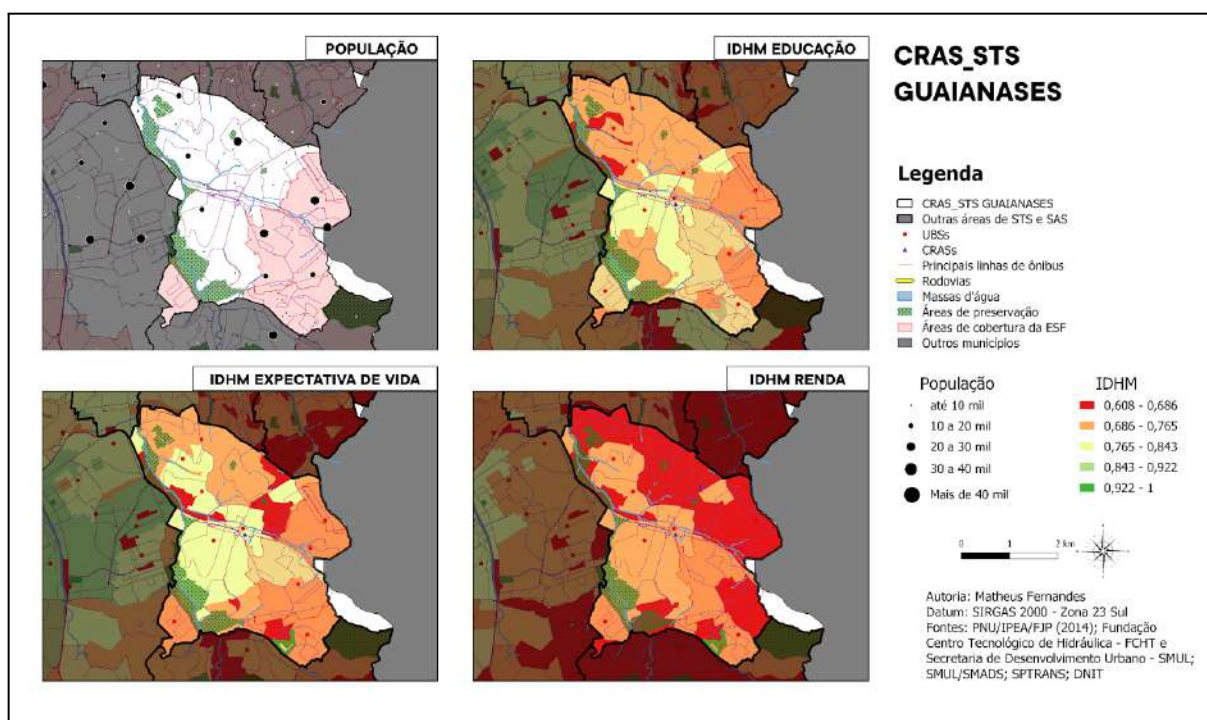
que a antiga regionalização cortava uma área de Estratégia de Saúde da Família em duas partes. Como já explicitado anteriormente, aqui quem rege a proposta é a ESF, pois os profissionais que ali trabalham mapeiam e remapeiam esse território constantemente com base no cotidiano da população (GONDIM, et. al., 2008).

O território da ESF é o principal critério na definição, mesmo que exista conflito com outros critérios, como ocorre na ponta sudoeste. A regionalização anterior utilizava o rio como limite da área, o que faria sentido segundo os nossos critérios, pois aparentemente é uma ruptura no tecido urbano. Mas a ESF atua em ambas às margens do rio, indicando que existe relação entre os dois lados e que o rio não é uma ruptura. Essa atuação cotidiana da ESF, portanto, ganha destaque e força sobre a análise de gabinete.



**Mapa 14: Indicadores de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal na área de abrangência CRAS/STS Freguesia do Ó**

Além desses detalhes, uma região comum entre saúde e a assistência social permite com que possamos fazer análises conjuntas. O **Mapa 14** corrobora com essa ideia ao mostrar claramente que as regiões onde os indicadores de educação, expectativa de vida e renda são menores coincidem com os territórios das ESFs.



**Mapa 15: Indicadores de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal na área de abrangência CRAS/STS Guaianases**

Esses indicadores podem contribuir inclusive para pensar na necessidade de implantação de novas UBSs e ESFs, como no **Mapa 15**, onde temos uma parte norte sem nenhuma ESF, porém com baixos indicadores de educação, renda e expectativa de vida.

A não existência de uma ESF na região se dá devido ao grande contingente populacional, levando ao limite todas as outras ESFs. Com isso é necessário planejamento estatal na construção de novas unidades de saúde.



É possível observar mais atentamente cada região proposta, sua diferença com a regionalização anterior e indicadores no **Anexo** desse trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta aqui apresentada não passa de uma proposta. E sua simples implementação não traria resultados concretos sem um planejamento estratégico integrado por parte dos órgãos de governo.

O direito à cidadania só é possível se subvetermos a lógica que estrutura os órgãos públicos hoje. É necessário não apenas um território comum, mas um sistema de dados que seja interoperacional (CABRAL, 2021), facilitando o compartilhamento de informações e bases de dados entre órgãos públicos, os cidadãos e os governos.

Entretanto, tudo isso passa por uma unificação territorial *a priori*, sem a qual todas as outras tentativas de integração se tornariam inócuas e sem muita efetividade.

O segundo passo a se tomar é pensar na relação entre o serviço público e o cidadão. No **Mapa 1** e no **Mapa 2**, está explícita a diferença de proximidade da UBS e do CRAS com a população. Sendo que os territórios do CRAS são apenas para supervisão, podendo os cidadãos se cadastrar em qualquer unidade. Dito isso, o CRAS precisa com urgência territorializar-se e imergir no território, assim como faz a saúde a partir das UBSs e das ESFs (SCALON, 2011, p. 51).

Para isso existem soluções diversas, como a construção de mais unidades do CRAS, ação necessária ante a nova regionalização proposta. Ou ainda transformar as UBSs também em polos do CRAS, aproximando e muito o cidadão de um local de atendimento.

Um facilitador da relação entre o serviço e o cidadão é a inclusão de um assistente social na própria ESF, uma vez que é possível realizar um questionário conjunto com a saúde e já cadastrar as pessoas em situação de vulnerabilidade para pleitear auxílios, bolsas e afins.

Entretanto, pontuamos aqui que essa série de soluções, integrações e aproximações que propomos para a saúde e a assistência social, não são possíveis sem um esforço estatal na compatibilização de territórios e de sistemas de informação.

É necessário que a burocracia se desburocratize para a população mais pobre, pois somente a partir do entendimento claro e objetivo das funções e atuações do Estado que a cidadania poderá ser, de fato, efetiva (SANTOS, 2007, p. 19)

O presente trabalho é uma tentativa de propor um caminho que facilite a ação pública para garantir a efetiva cidadania para os cidadãos. Esperamos que ele possa inspirar não apenas propostas de integração territorial apenas nas áreas da saúde e da assistência social, mas também na educação, na política de tratamento de água e esgoto, na coleta de lixo e demais serviços públicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Silvio. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019. 264 p. ISBN 978-85-98349-75-6.

BOSCARI, Marilene; SILVA, Fátima Noely. A Trajetória da assistência social até se efetivar como política social pública efetiva. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, Caçador, v.4, n.1, p. 108-127, 2015.

BRASIL. Lei 12.435, de 6 de julho de 2011. **Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social**. Brasília, DF: 2011. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm).

Acesso em 23 nov. 2022.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF: 1990a. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 23 nov. 2022.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília, DF: 1990b. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em 23 nov. 2022.

BRASIL. Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências**. Brasília, DF. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742compilado.htm). Acesso em 23 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **O que é? A Assistência Social é uma política pública; um direito de todo cidadão que dela necessitar**. Gov.br, 2019. Disponível em:

<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/servicos-e-programas-1/o-que-e>. Acesso em 04 de. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O sistema público de saúde brasileiro**. Editora MS: Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4OA==>. Acesso em 04 dez. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Apresentação**. Ministério do Desenvolvimento Social, 2017. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmips/ferramentas/nucleo/Desen/cras.html>. Acesso em 04 dez. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Rede Suas: o sistema nacional de informação da assistência social**. Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), Brasília: Março de 2007.

BRASIL. Programa Mais Médicos. **Números da Atenção Básica**. Mais Médicos, 2016. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/alcance-no-pais#:~:text=No%20Brasil%2C%20existem%2040%2C7,funcionamento%20em%20todos%20os%20estados>. Acesso em 04 dez. 2022.

CABRAL, D. **Problemas e desafios na integração de sistemas e dados entre diferentes esferas governamentais: um estudo de caso do Sistema TrakCare®**. Orientador: Remis Balaniuk. Dissertação de Mestrado: Universidade Católica de Brasília, 2021.

CEPAL - COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **“Afrodescendentes e a matriz da desigualdade social na América Latina: desafios para a inclusão. Síntese”**, Documentos de Projetos (LC/TS.2021/26), Santiago, 2021.

CHIORO, A. NETO, G. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, Ano 37, nº 7. Rio de Janeiro: Julho de 2021.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, [S. l.], v. 9, n. 16, p. 121-130, 2013. DOI: 10.14393/Hygeia919501. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501>. Acesso em: 04 dez. 2022.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. Territorialização em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada>. Acesso em 4. dez. 2022.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, C, et al (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255

LUQUEZ, J. A potencialidade do conceito de reestruturação na análise espacial de São Gonçalo, Rio de Janeiro: pensar a cidade, pensar sua produção. **Boletim Goiano de Geografia**, Goiânia, v. 40, n. 01, p. 1-22, 2020. DOI: 10.5216/bgg.v40i01.58293. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/bgg/article/view/58293>. Acesso em: 19 jan. 2023.

MONKEN, Maurício. GONDIM, Grácia Maria de Miranda. Território: lugar onde a vida acontece. In: BORNSTEIN, Vera Joana et al (Org.). **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. p. 109-112. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39428>. Acesso em: 04 dez. 2022.

PEDONE, Luiz. **Formulação, implementação e avaliação de políticas públicas**. Brasília, Fundação Centro de Formação do Servidor Público — FUNCEP, 1986.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Edusp, 2007, 7. ed.

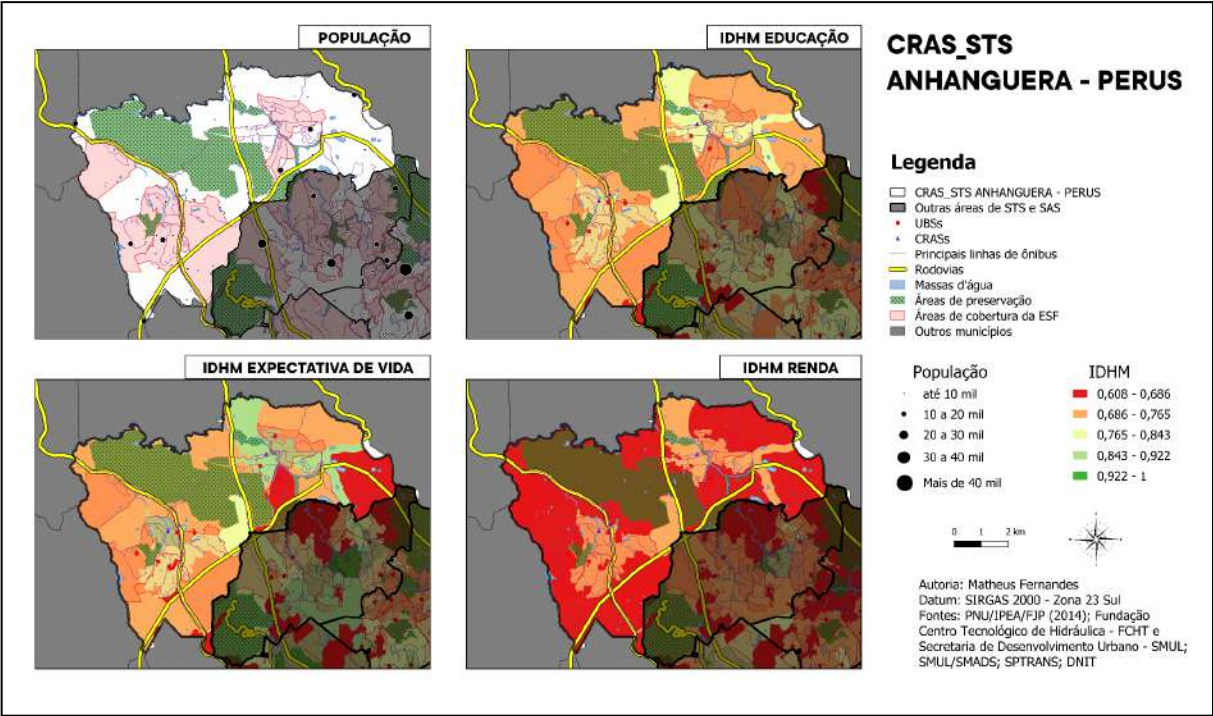
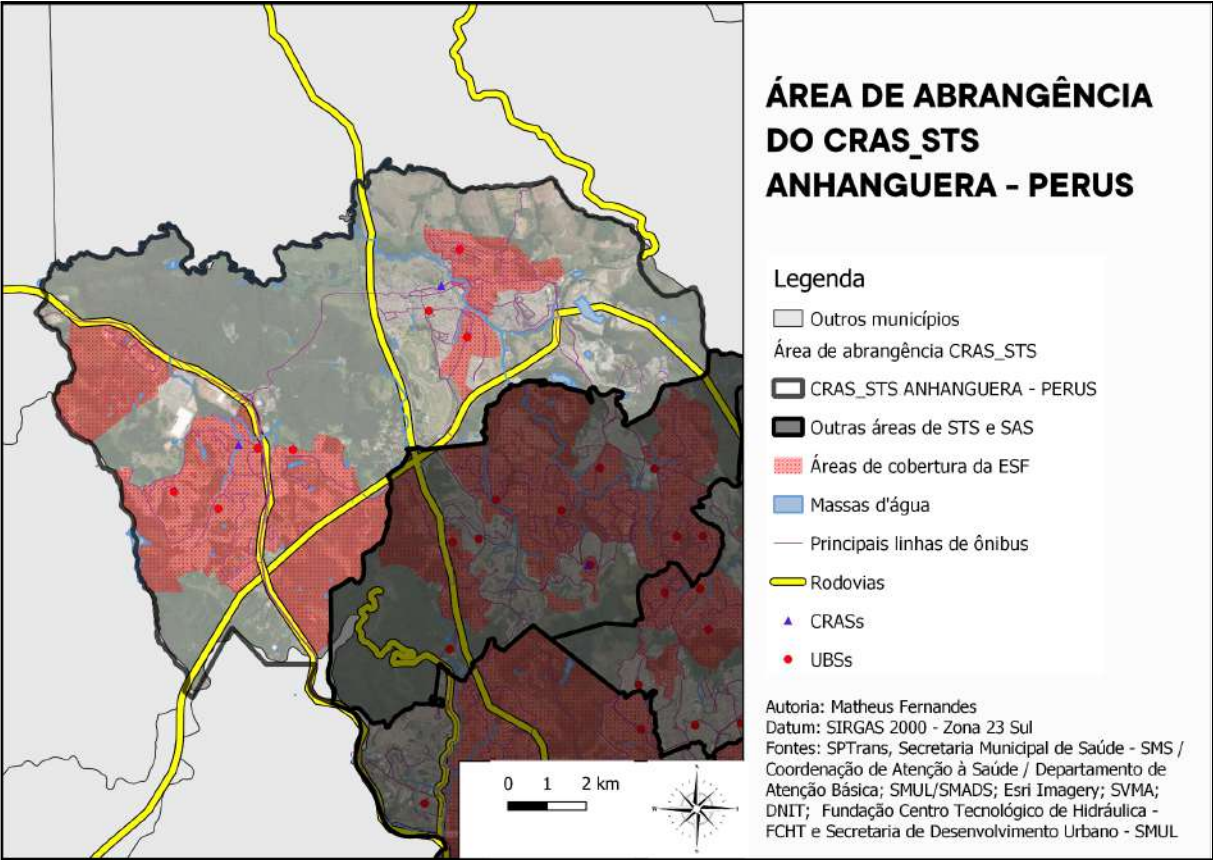
SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

SCALON, Celi. Desigualdade, pobreza e políticas públicas notas para um debate. **Contemporânea**, São Carlos, v. 1, n. 1 (2011), pp. 49-68: Janeiro - Junho de 2011. Disponível em: <https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/20>. Acesso em 04 dez. 2022.

SCATENA, João Henrique Cutler; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Distribuição dos estabelecimentos de saúde no Brasil: para qual modelo caminhamos? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, pp. 7-25: . Julho - Agosto de 1998. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7777>. Acesso em 04 dez. 2022.

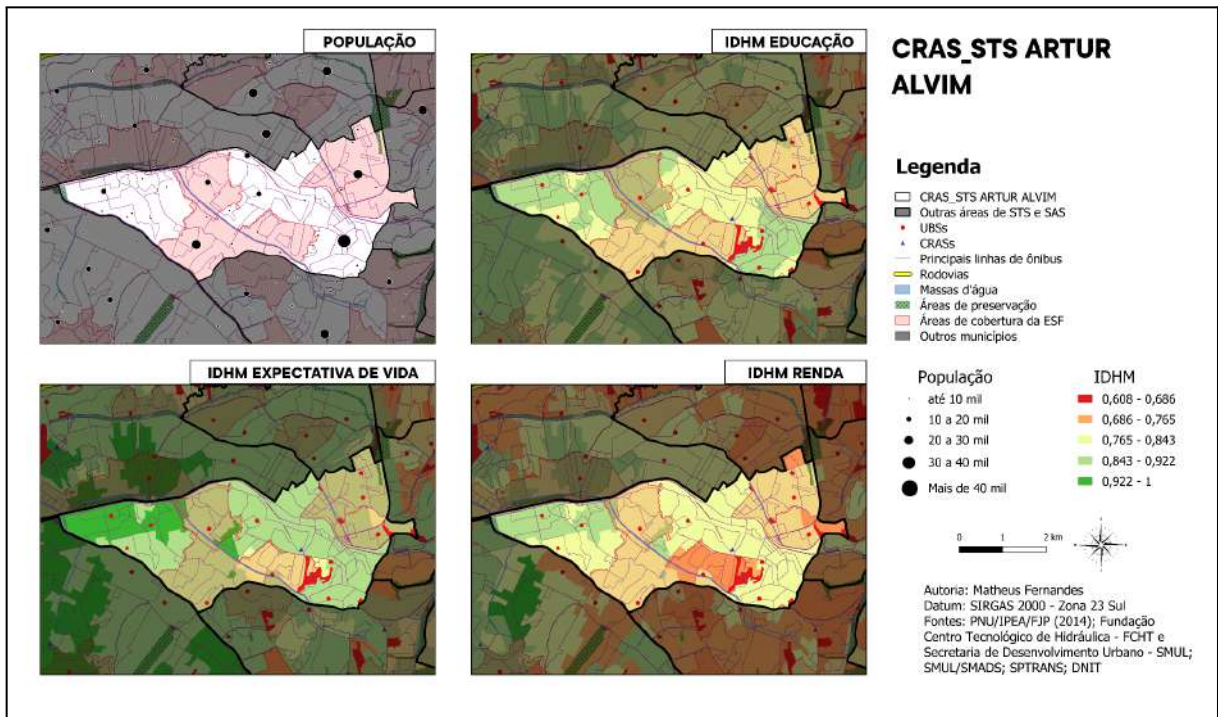
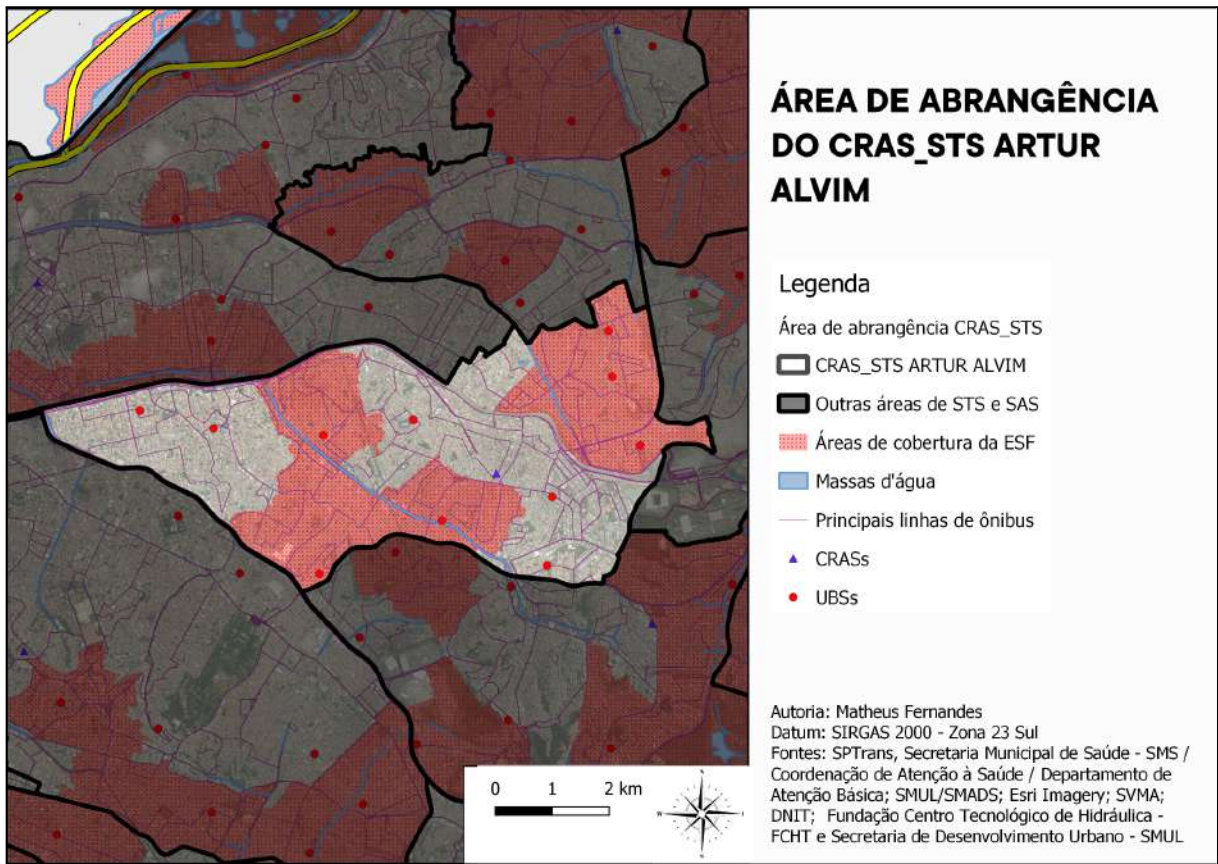
APÊNDICE

CRAS/STS ANHANGUERA PERUS



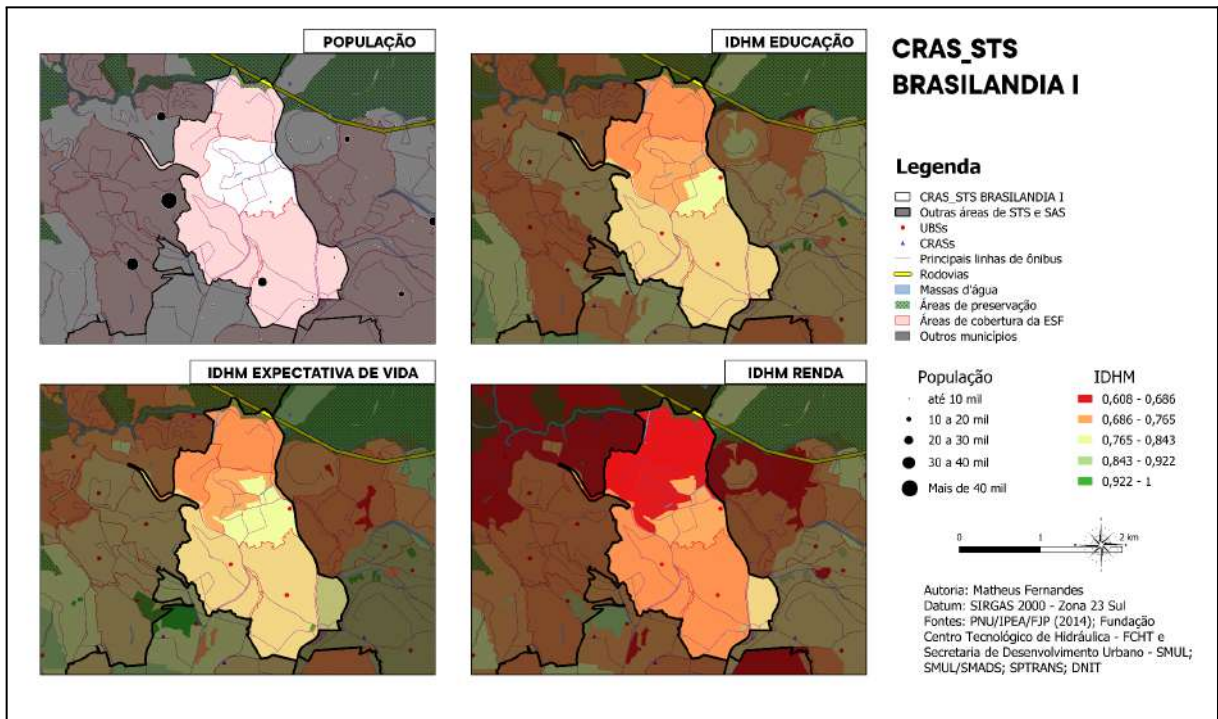
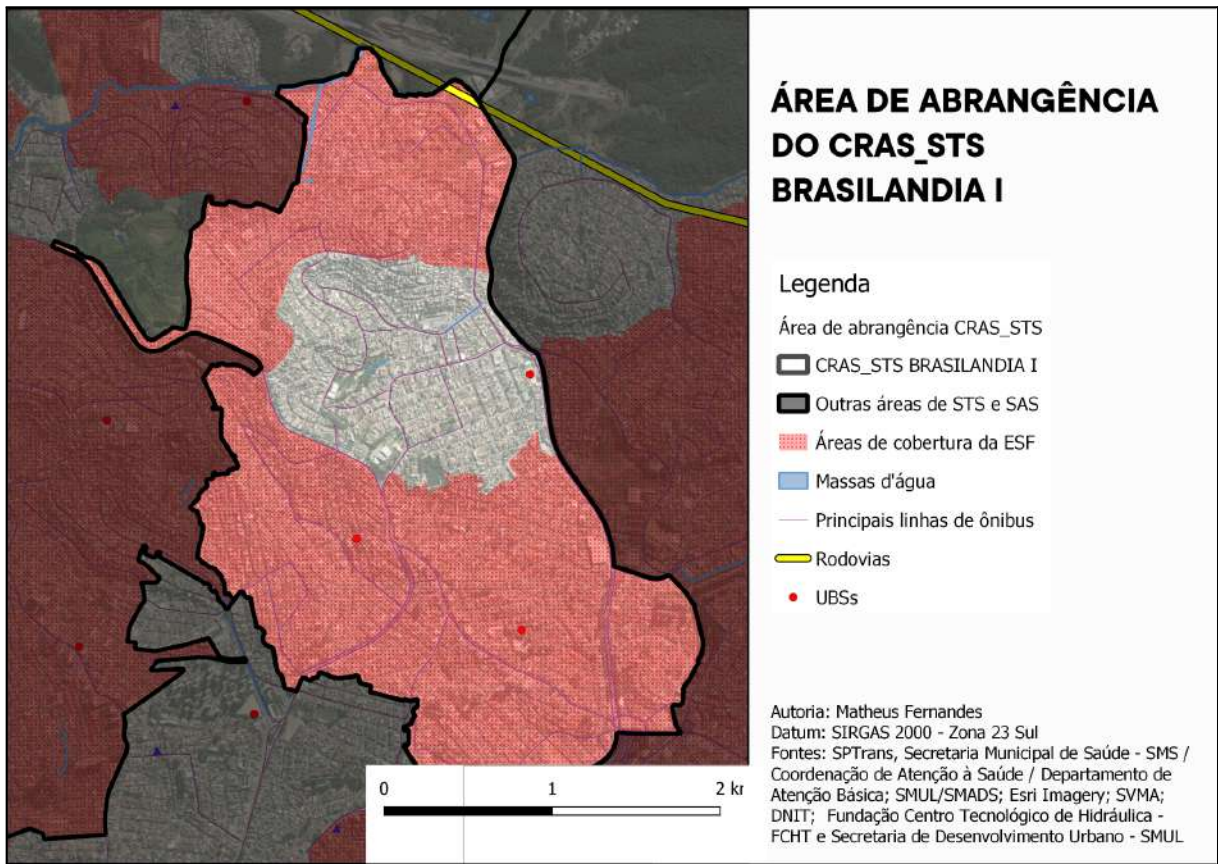


CRAS/STS ARTUR ALVIM



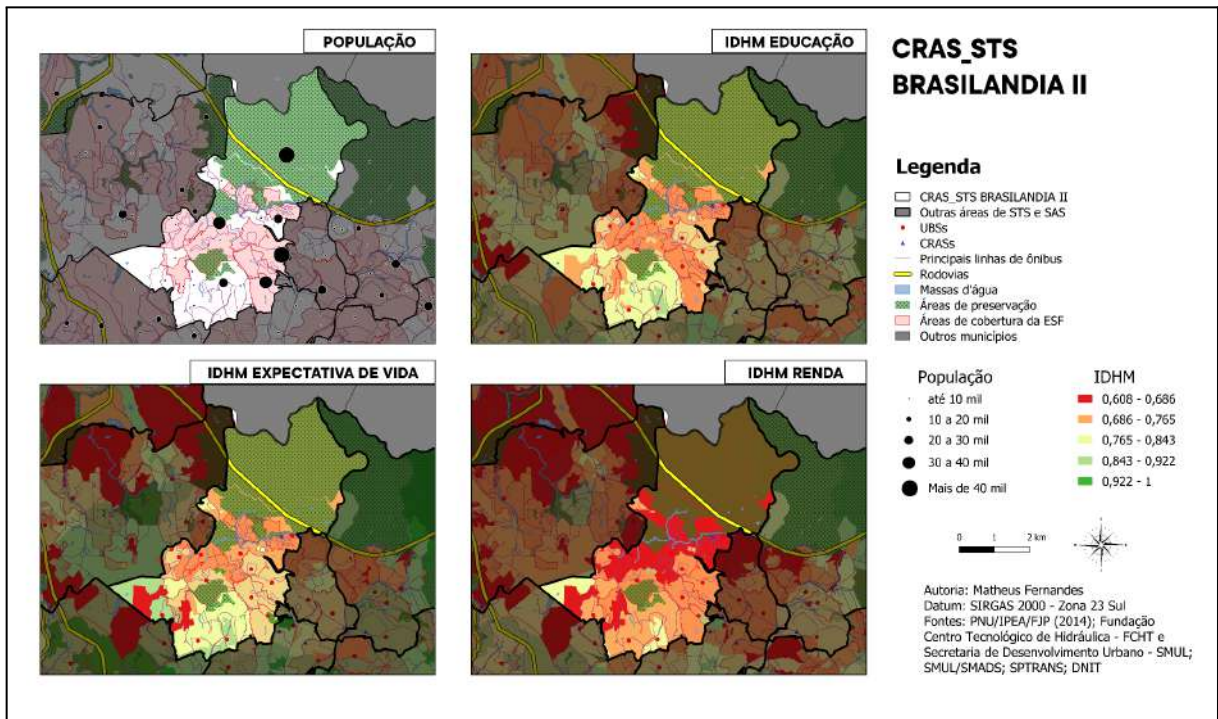
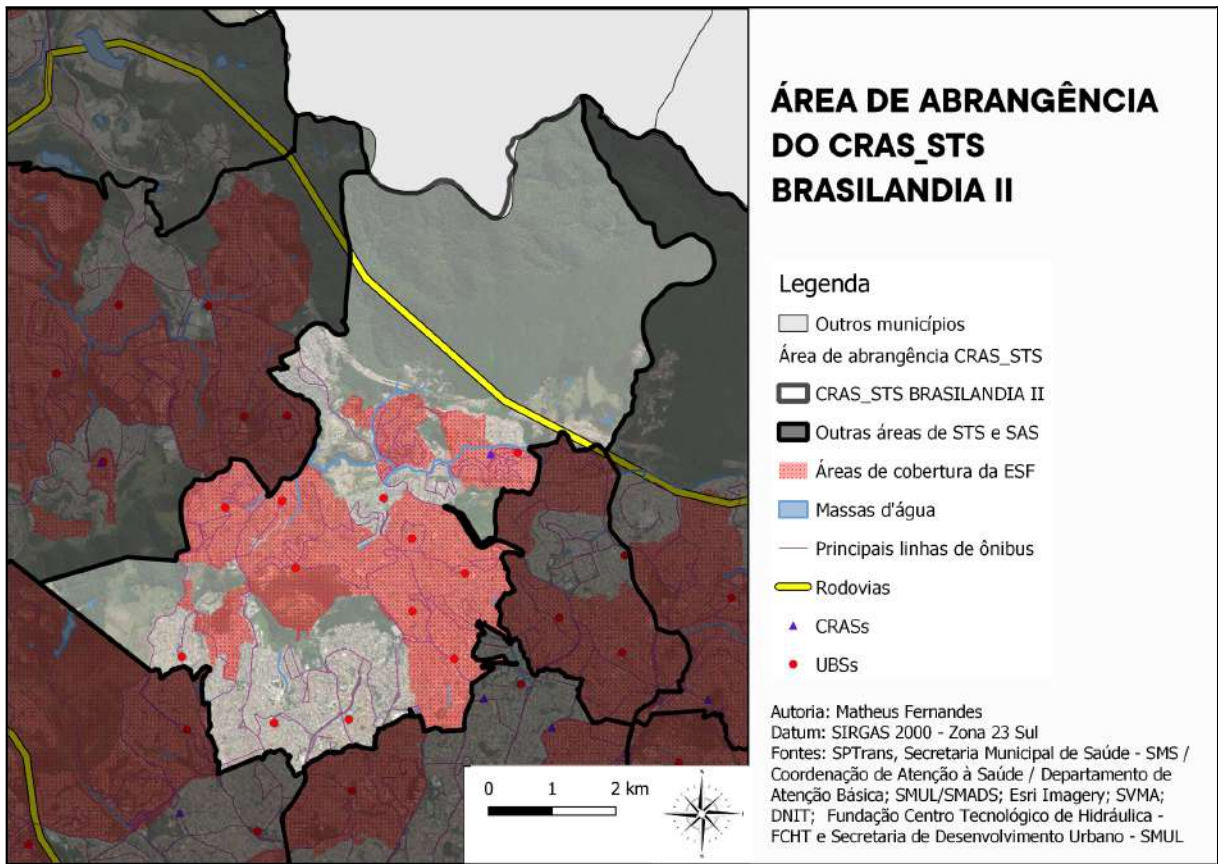


CRAS/STS BRASILÂNDIA I



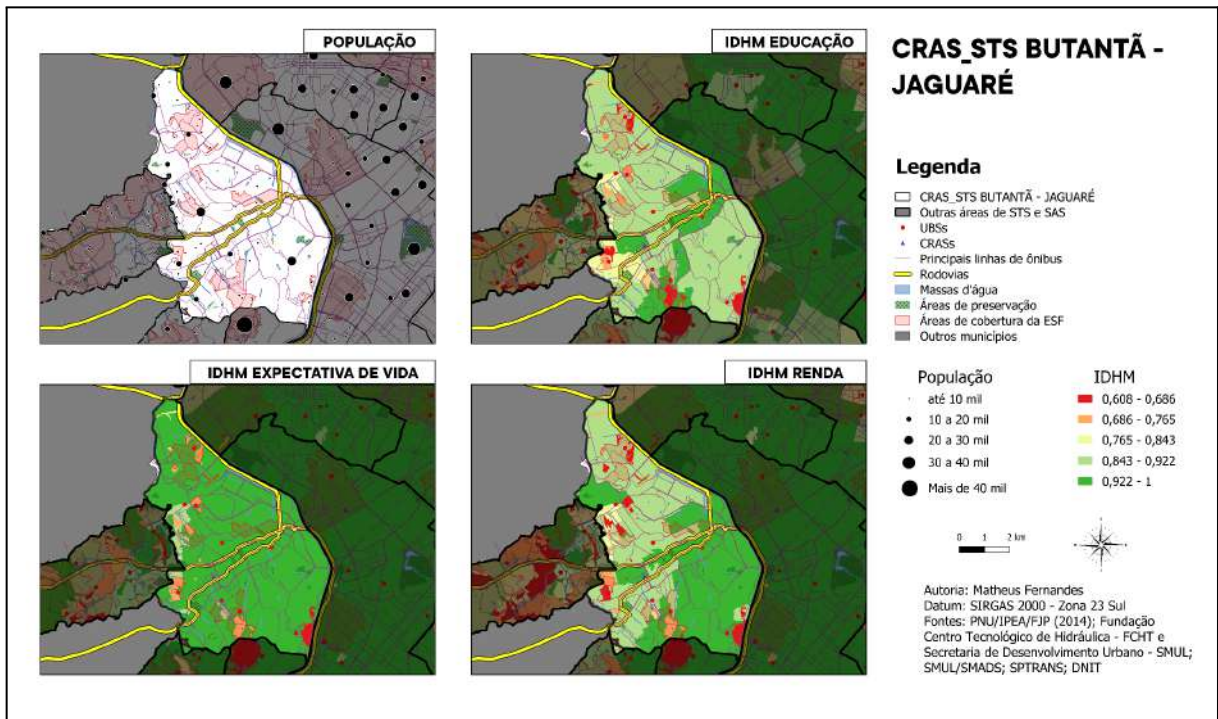
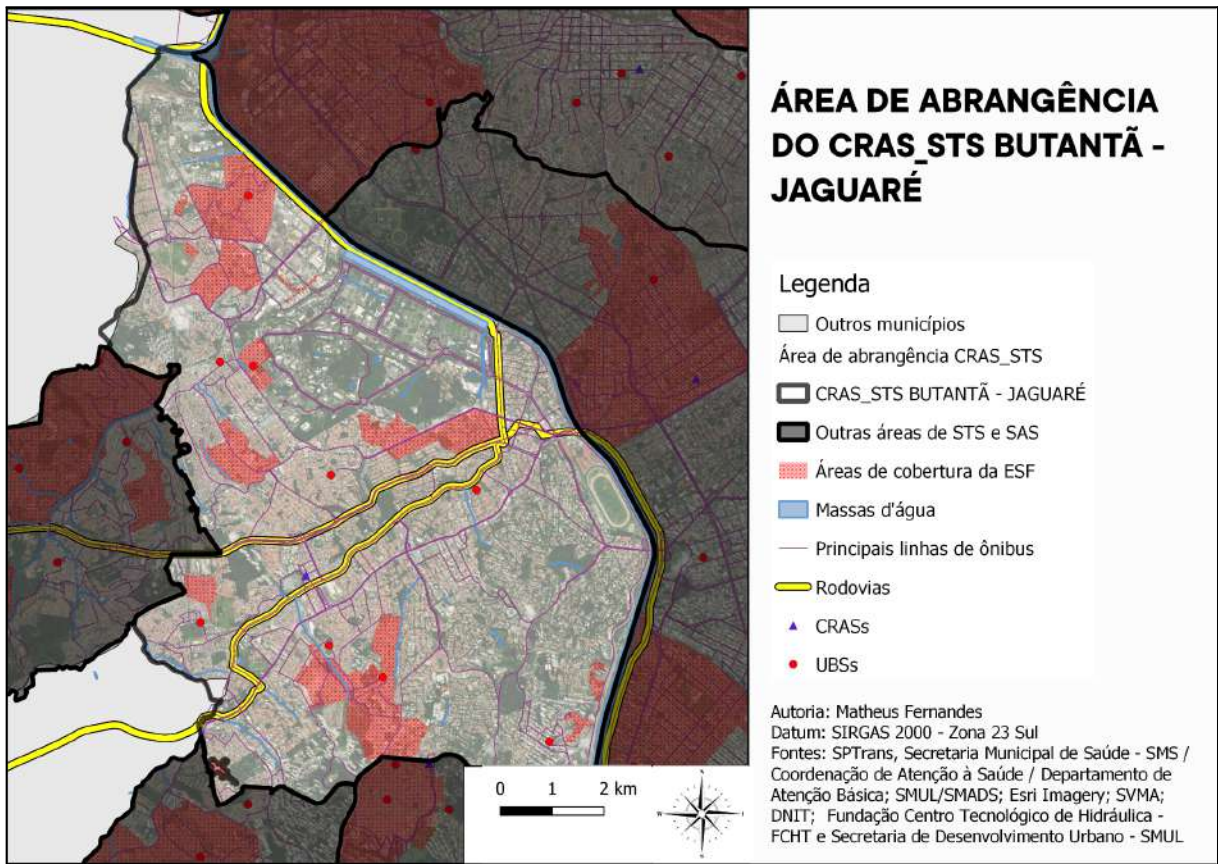


CRAS/STS BRASILÂNDIA II

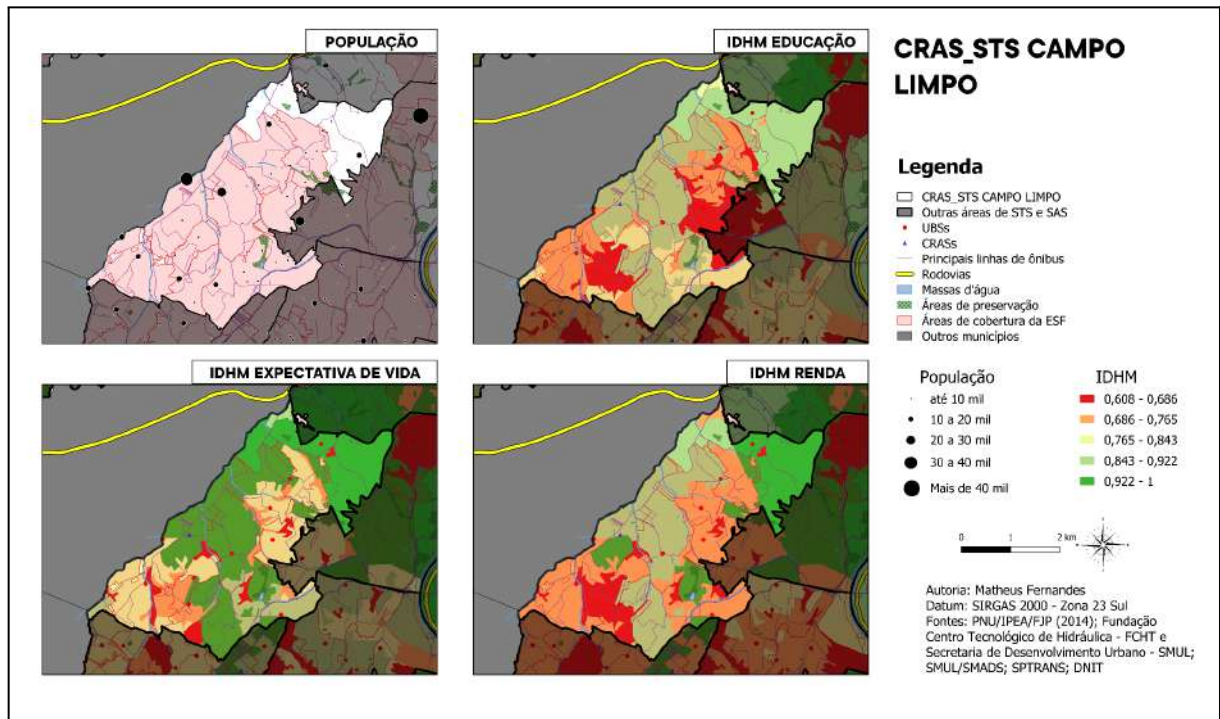
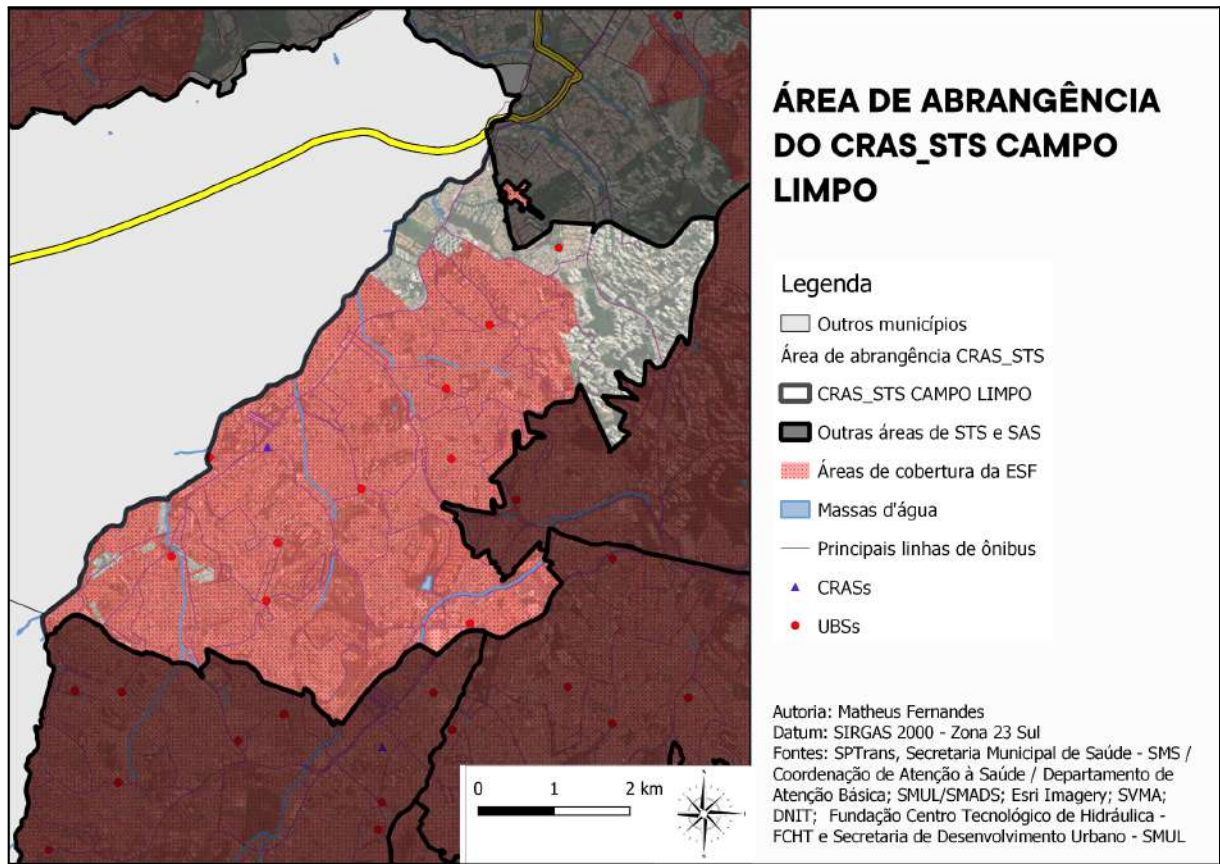




CRAS/STS BUTANTÃ - JAGUARÉ

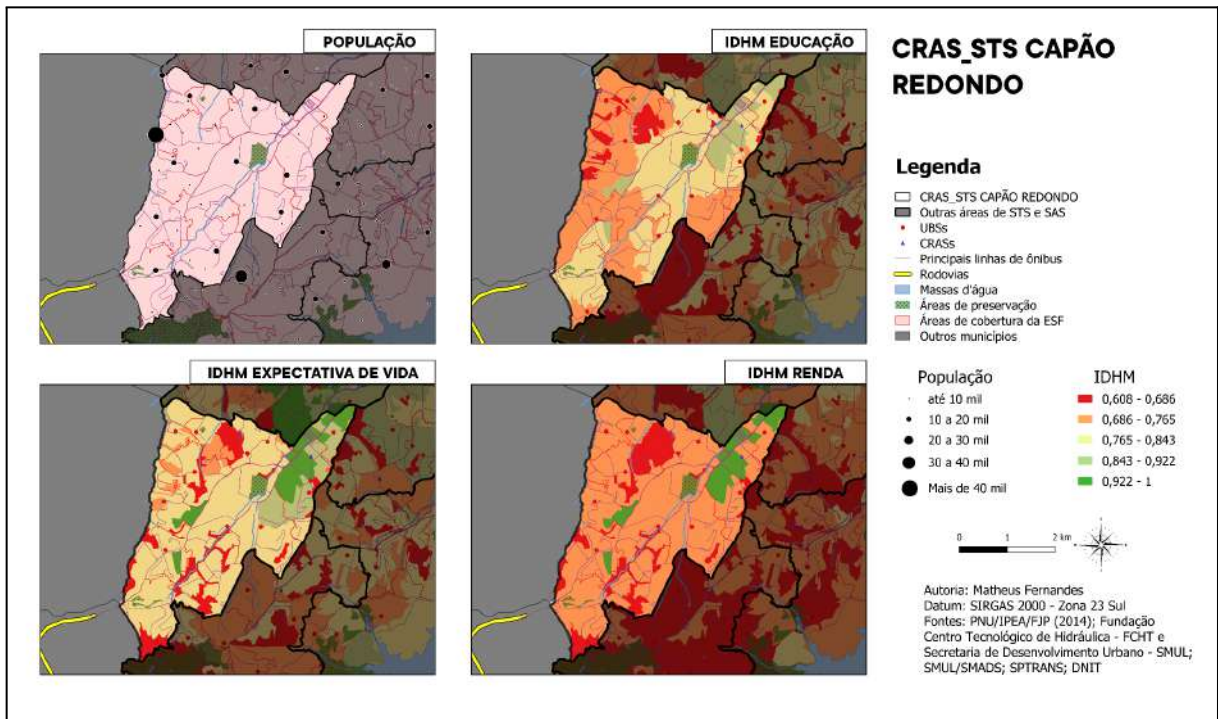
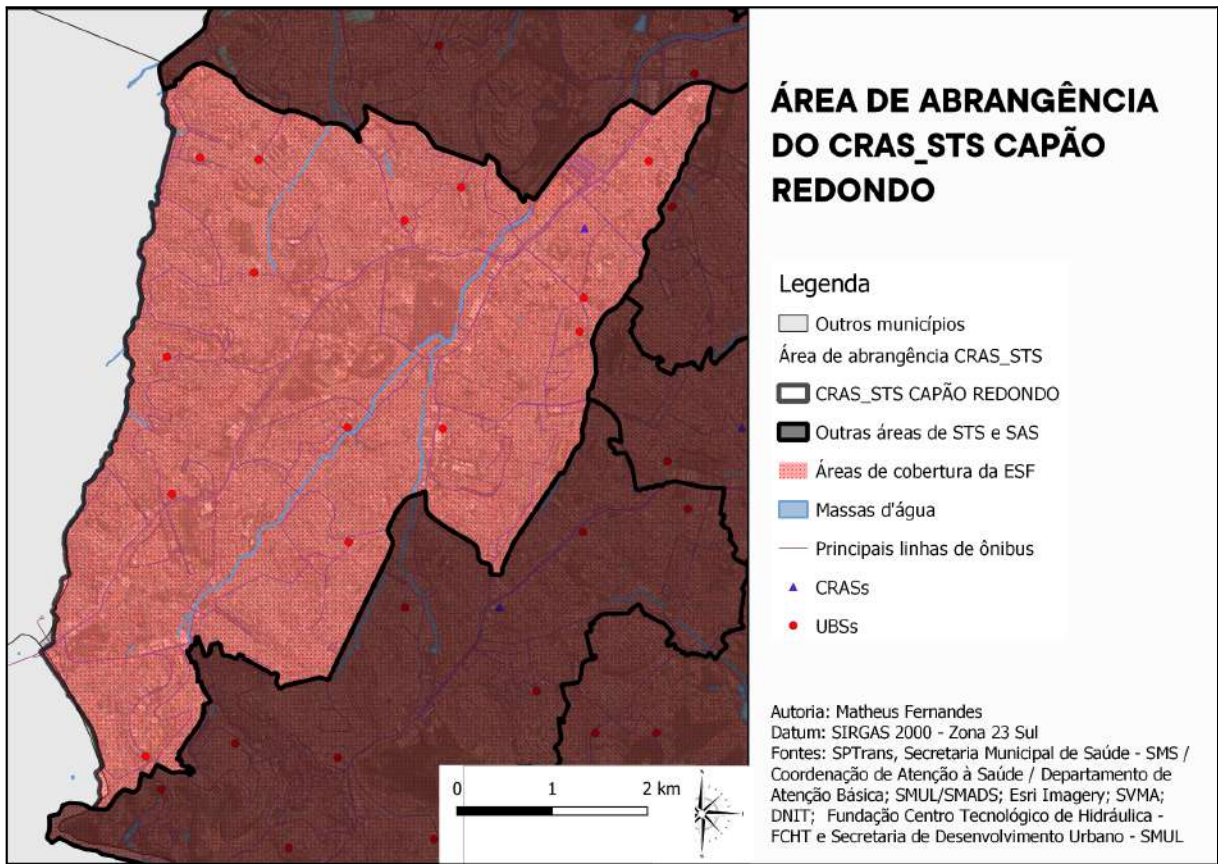


CRAS/STS CAMPO LIMPO



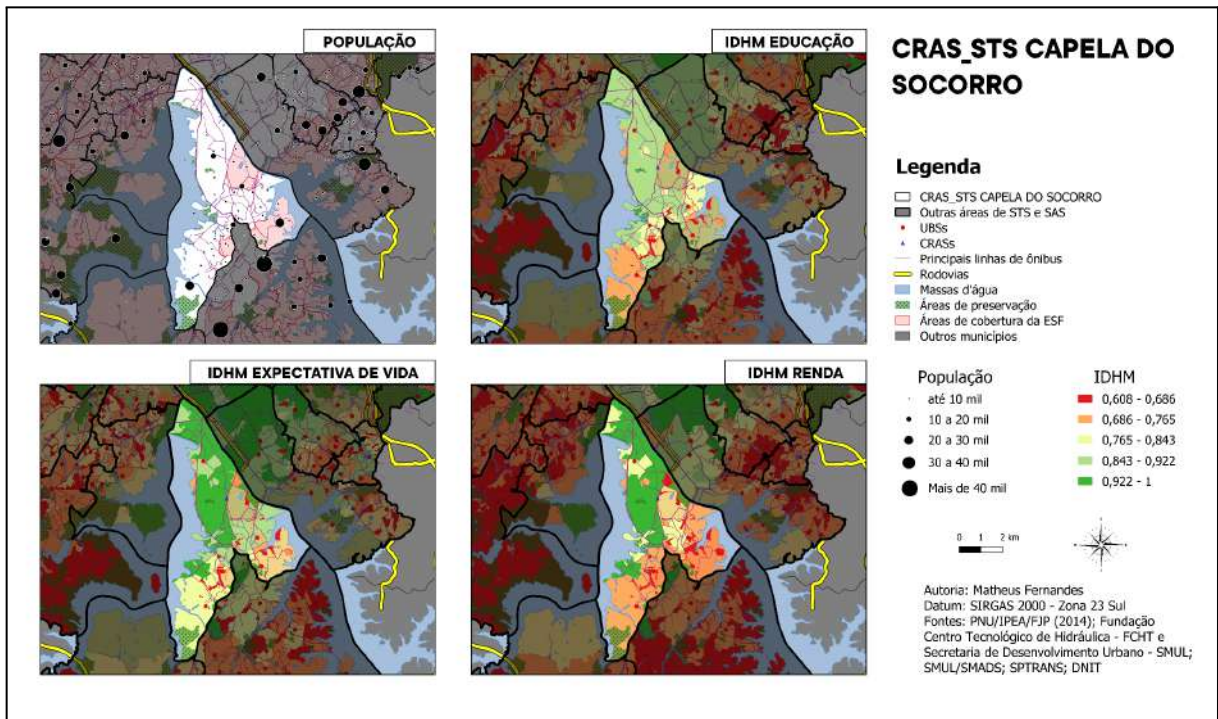
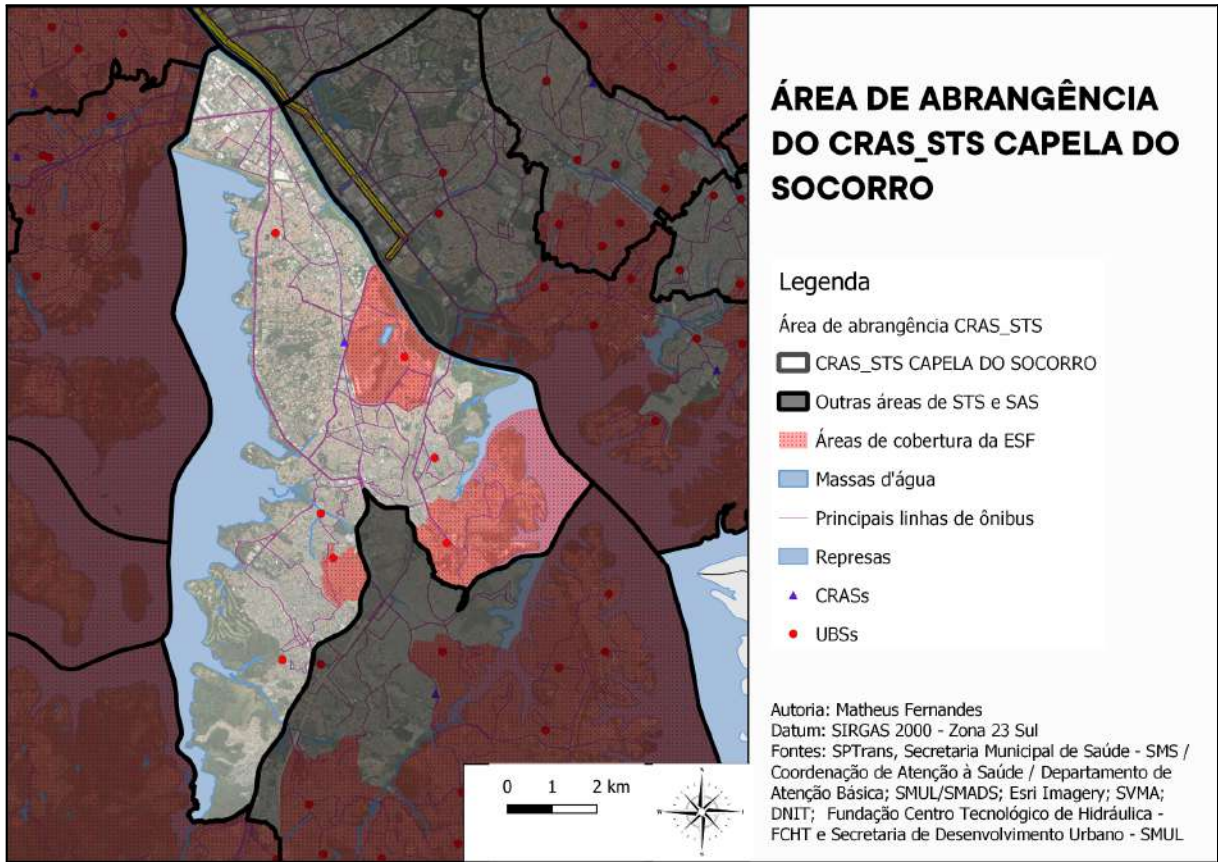


CRAS/STS CAPÃO REDONDO



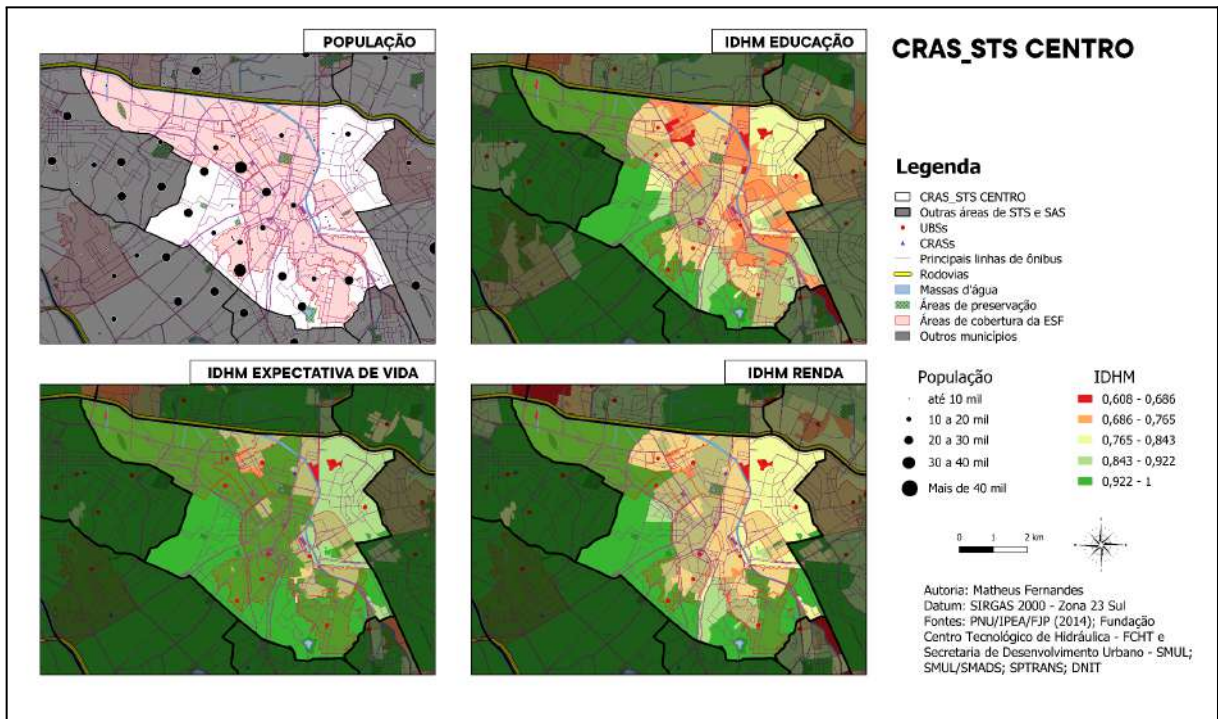
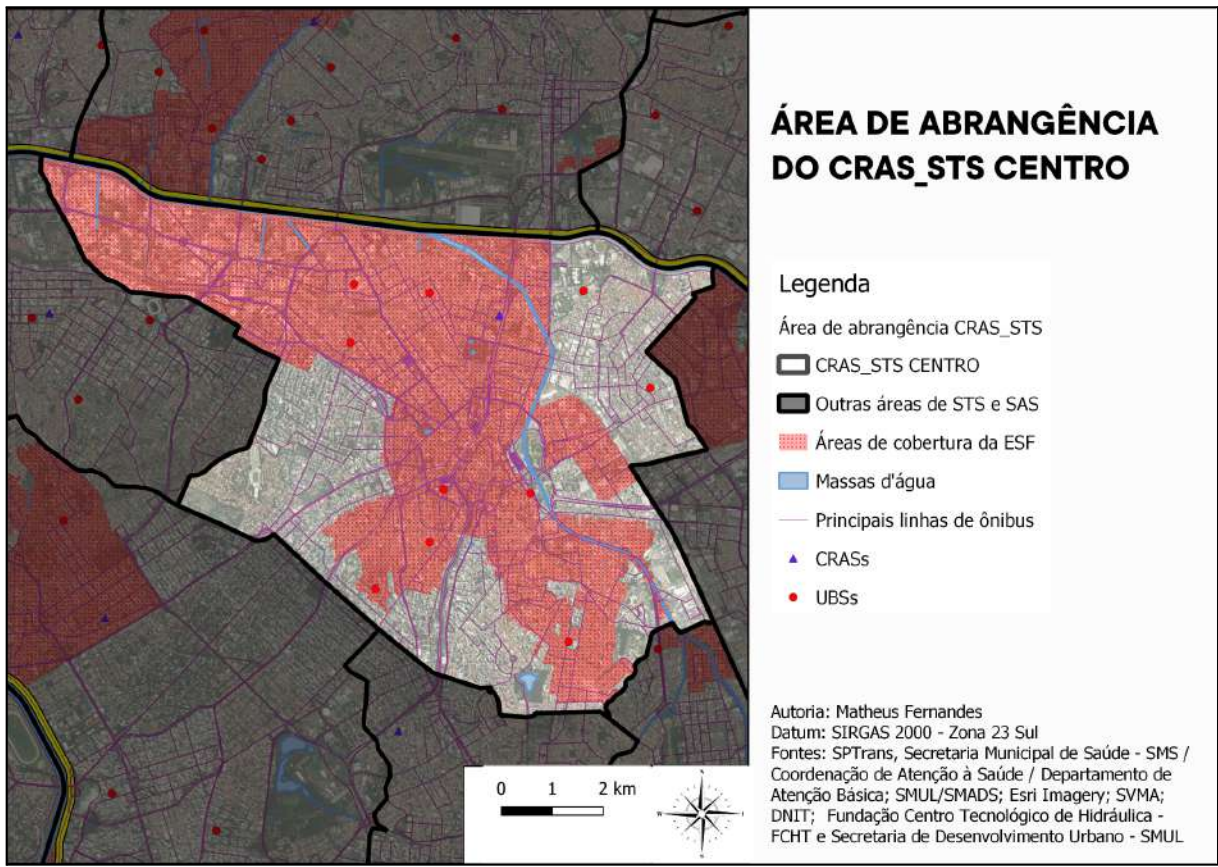


CRAS/STS CAPELA DO SOCORRO



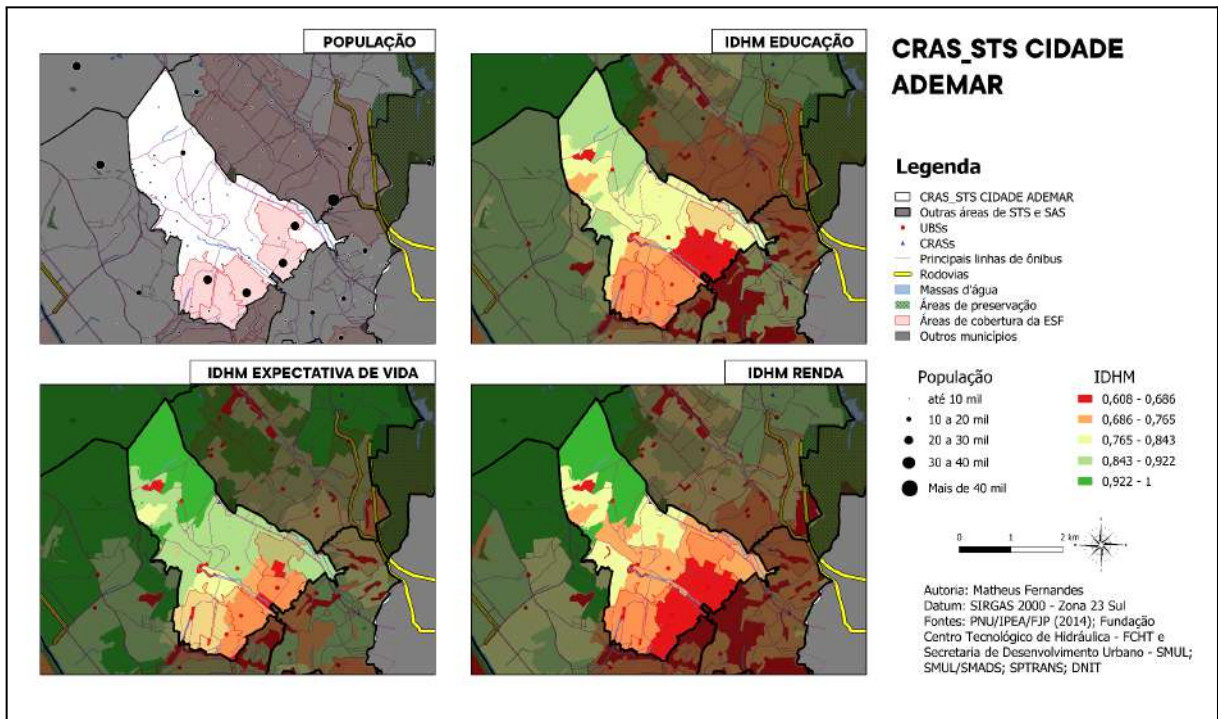
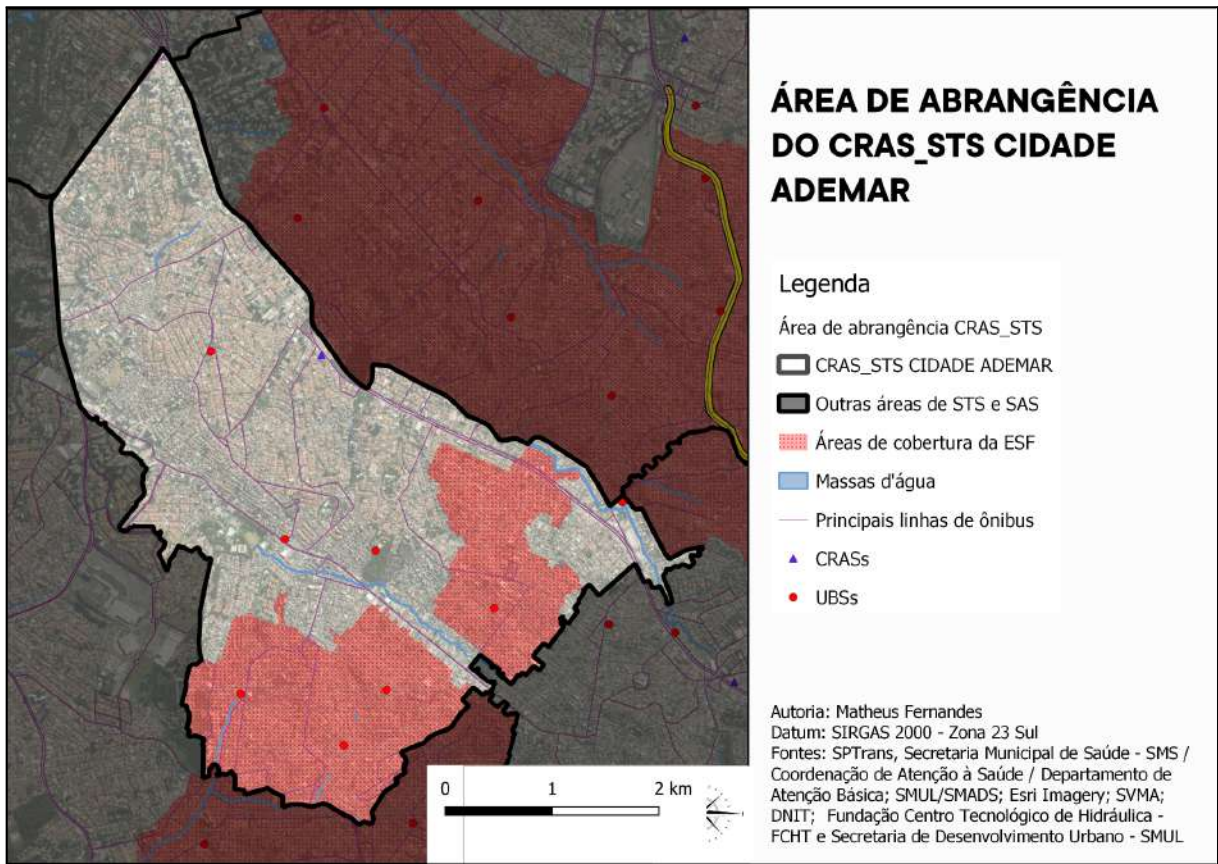


CRAS/STS CENTRO

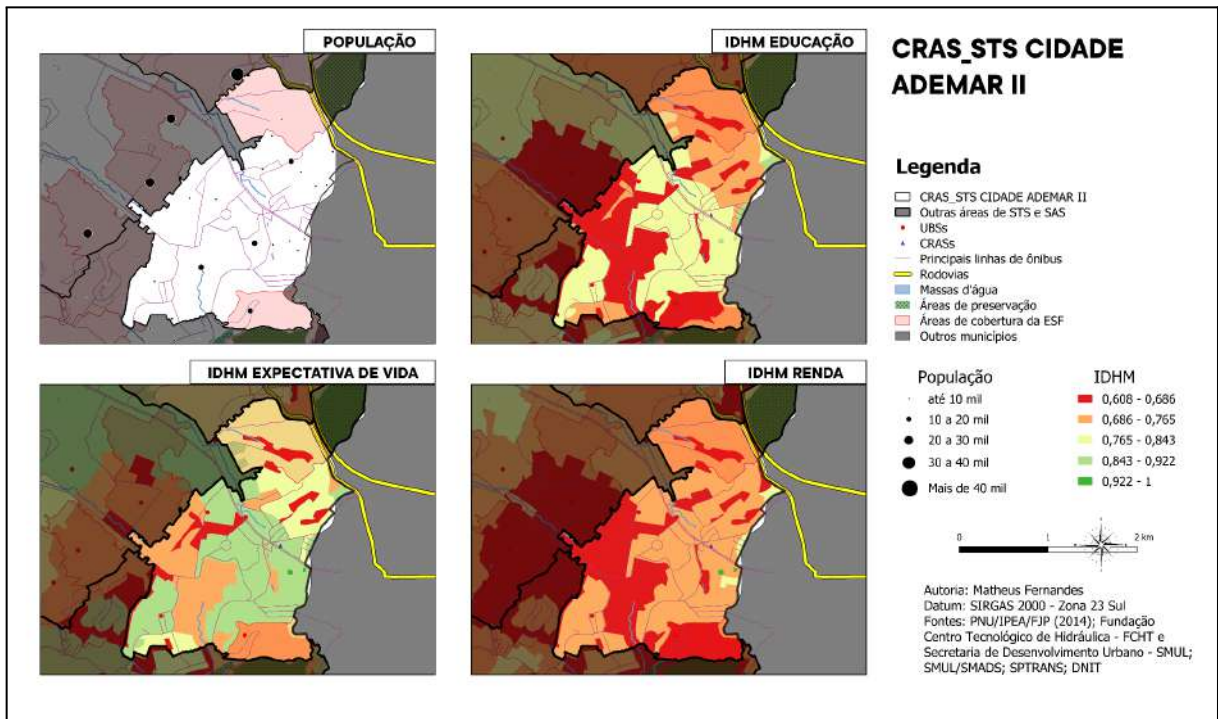
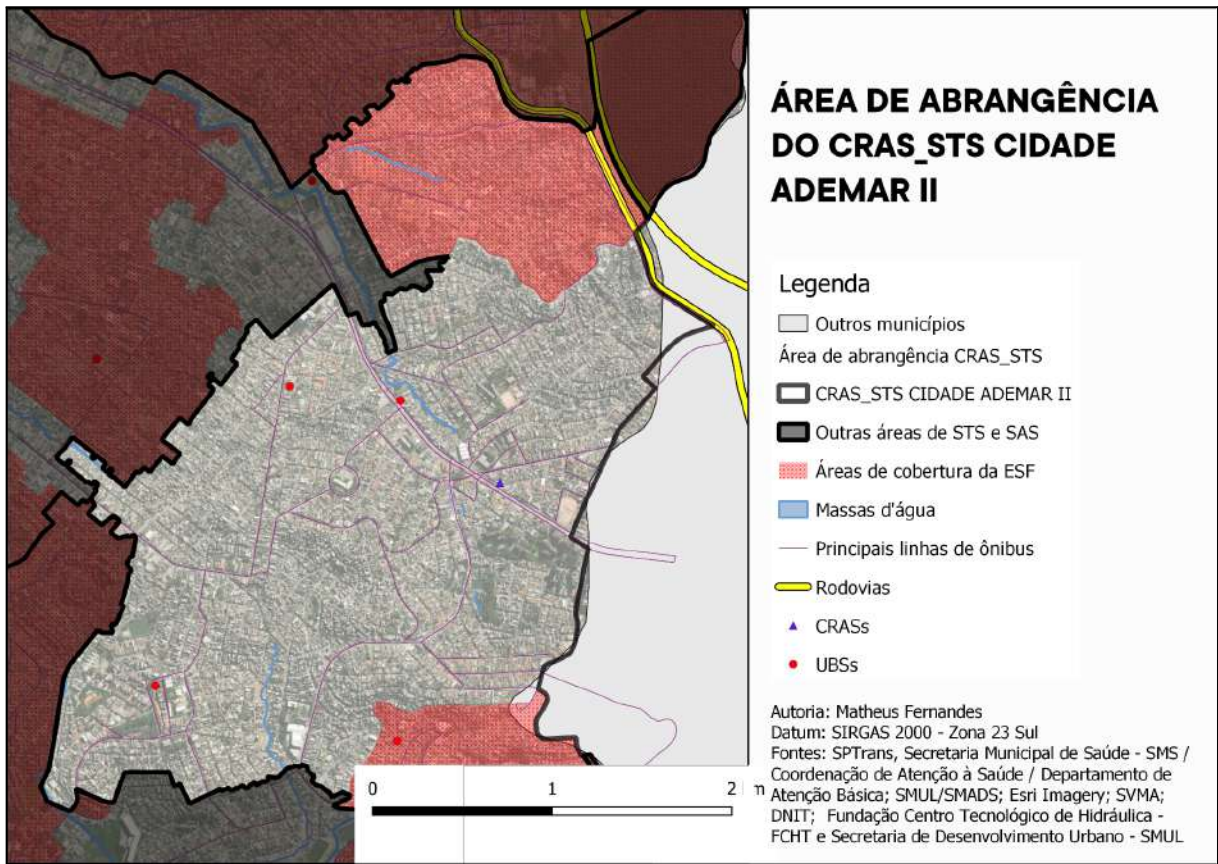




CRAS/STS CIDADE ADEMAR I

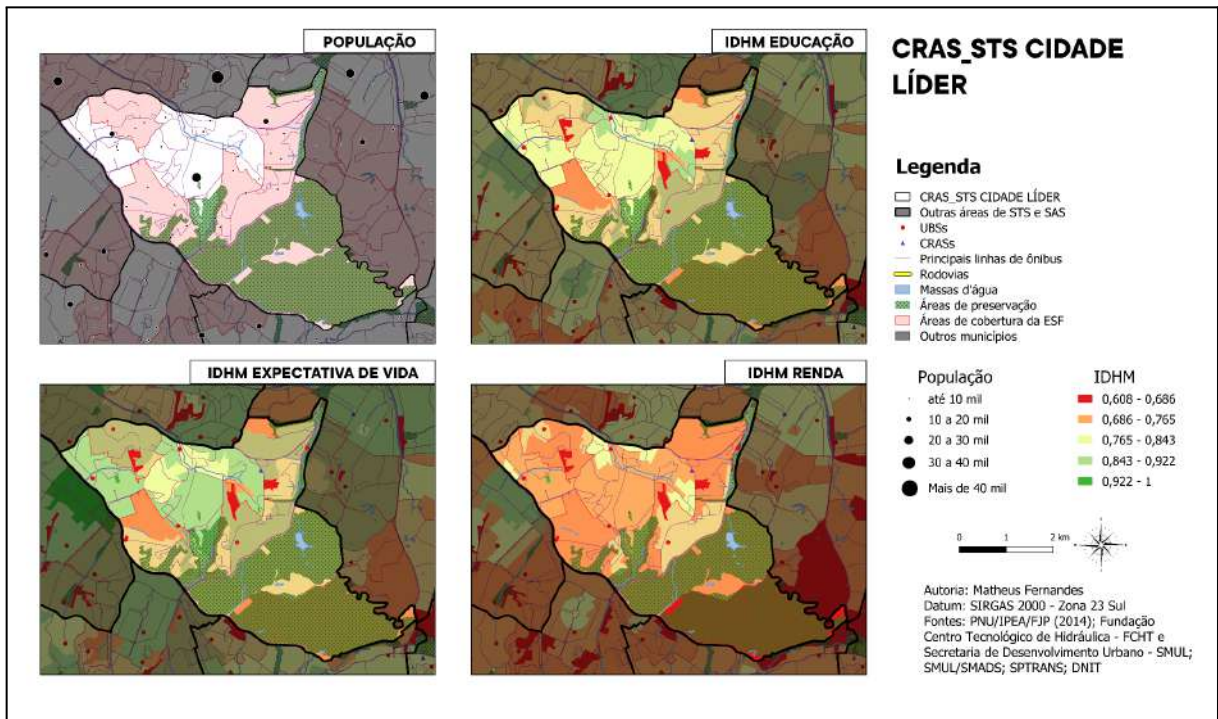
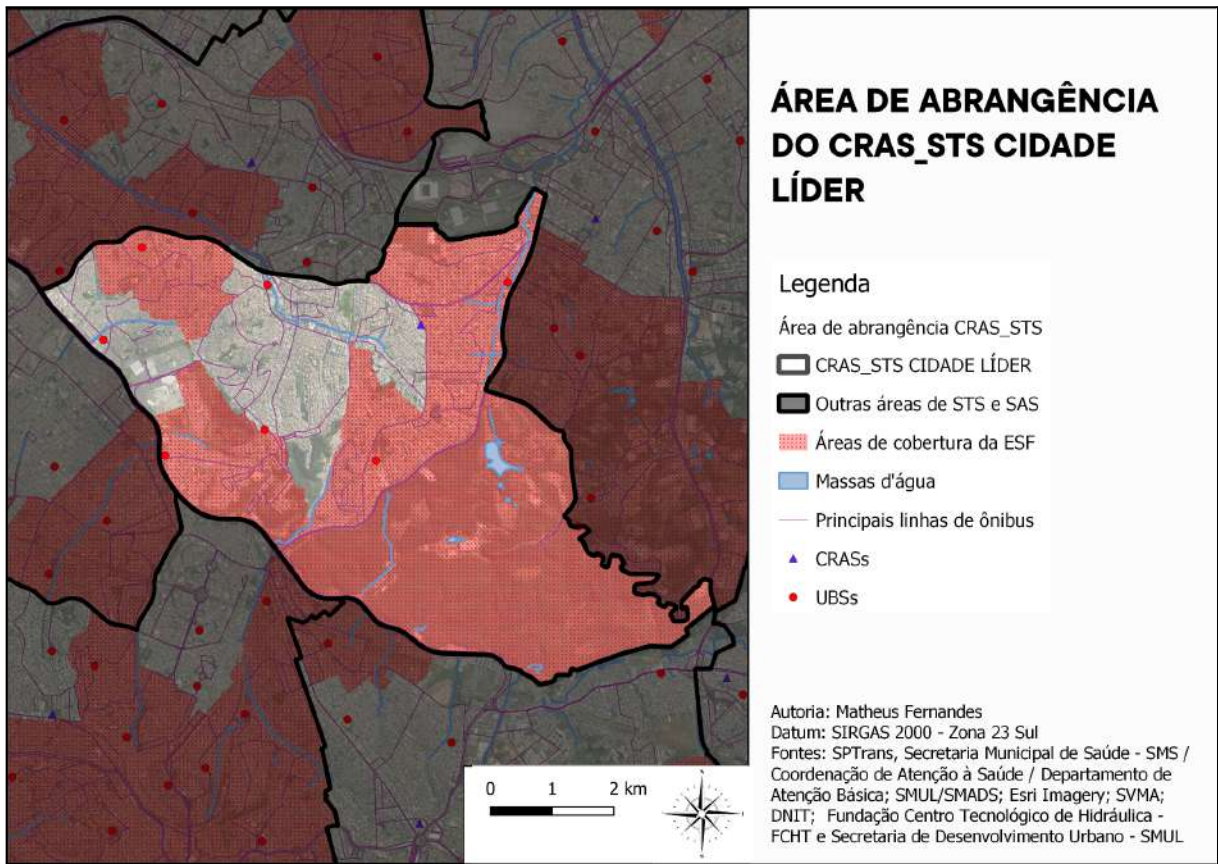


CRAS/STS CIDADE ADEMAR II

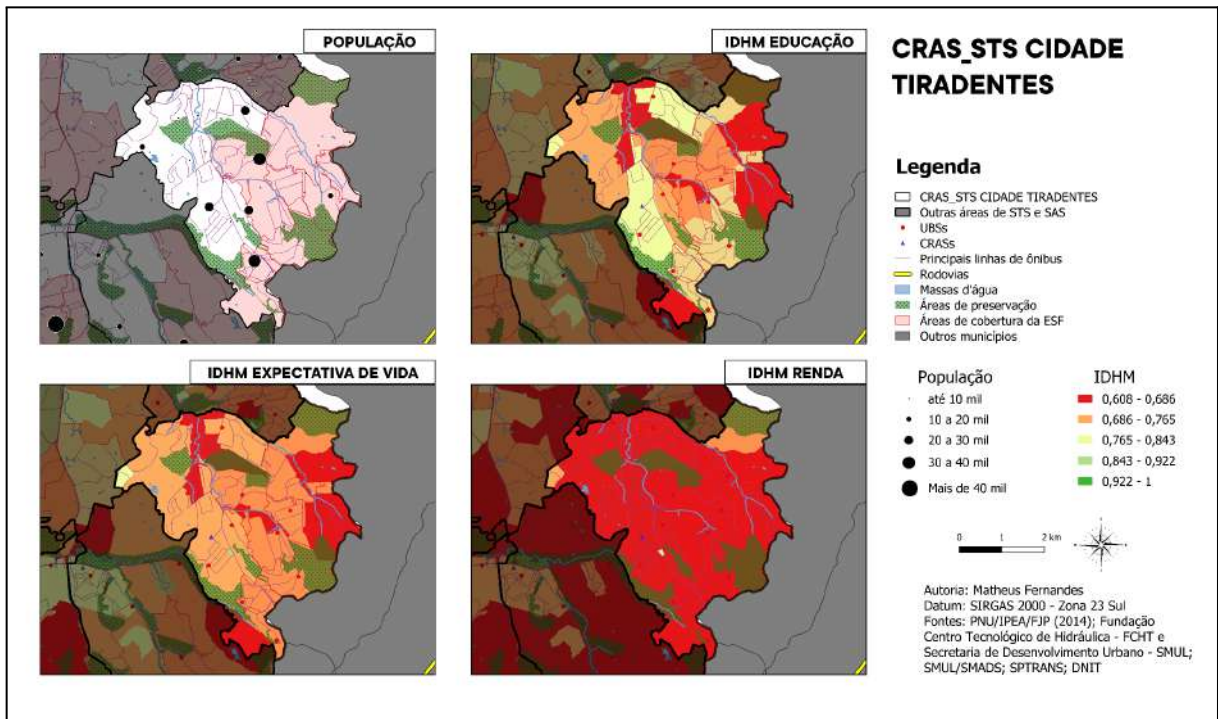
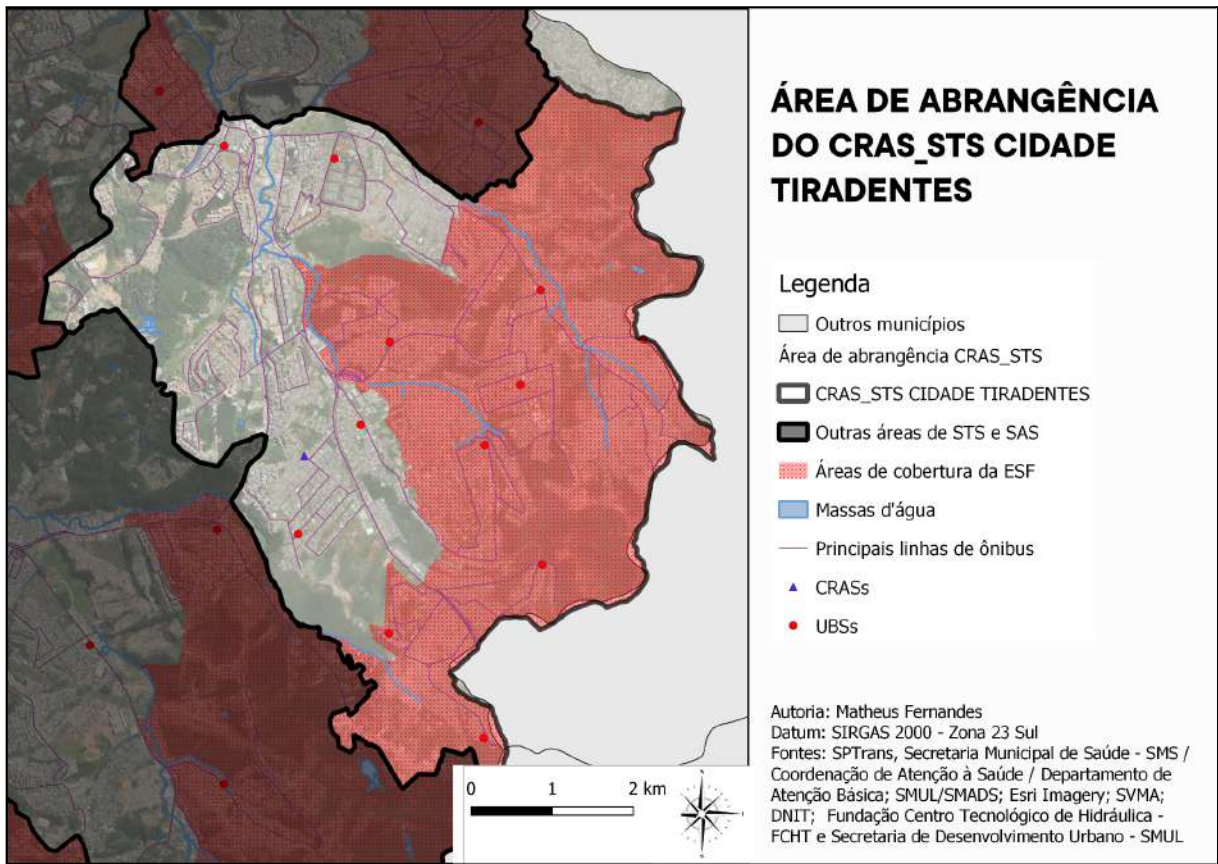




CRAS/STS CIDADE LÍDER

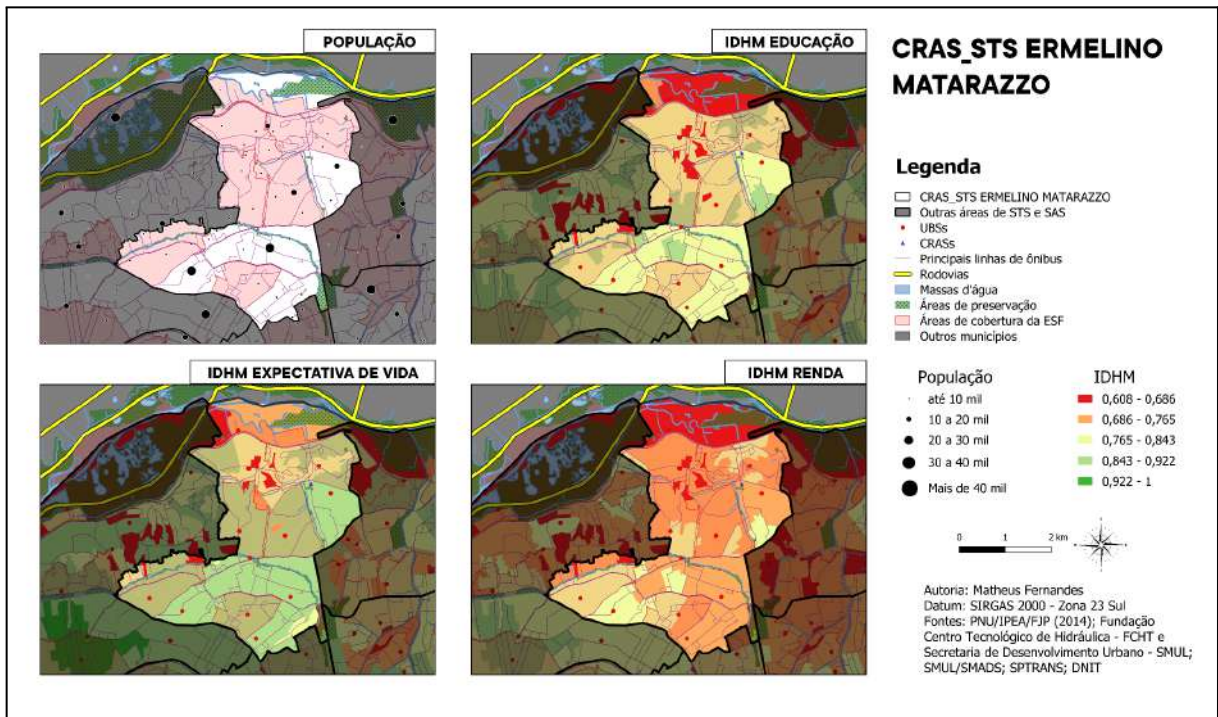
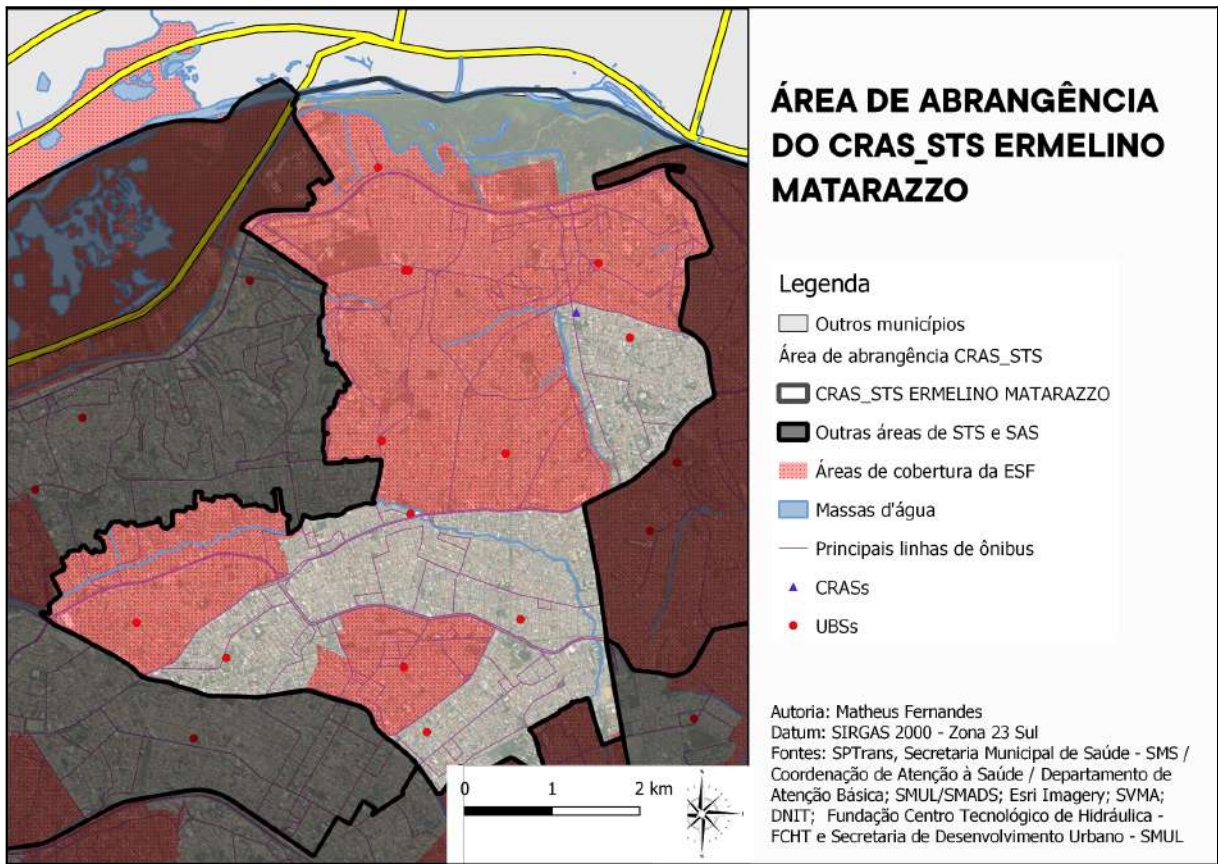


CRAS/STS CIDADE TIRADENTES



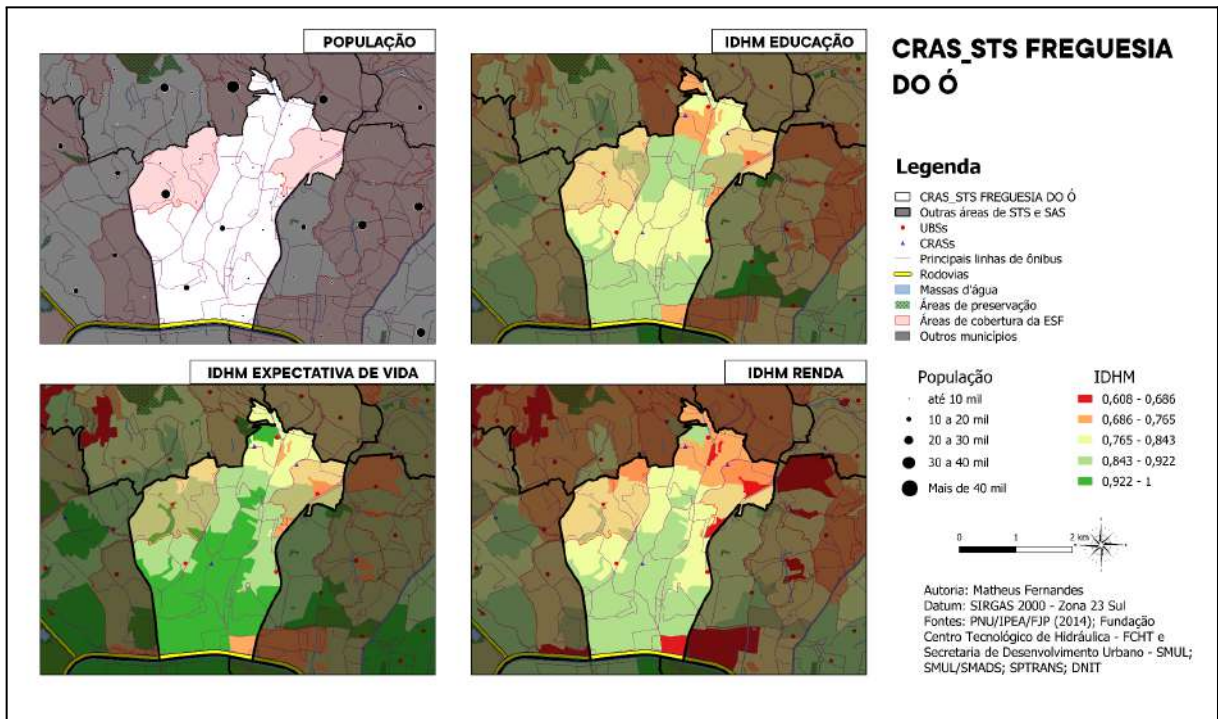
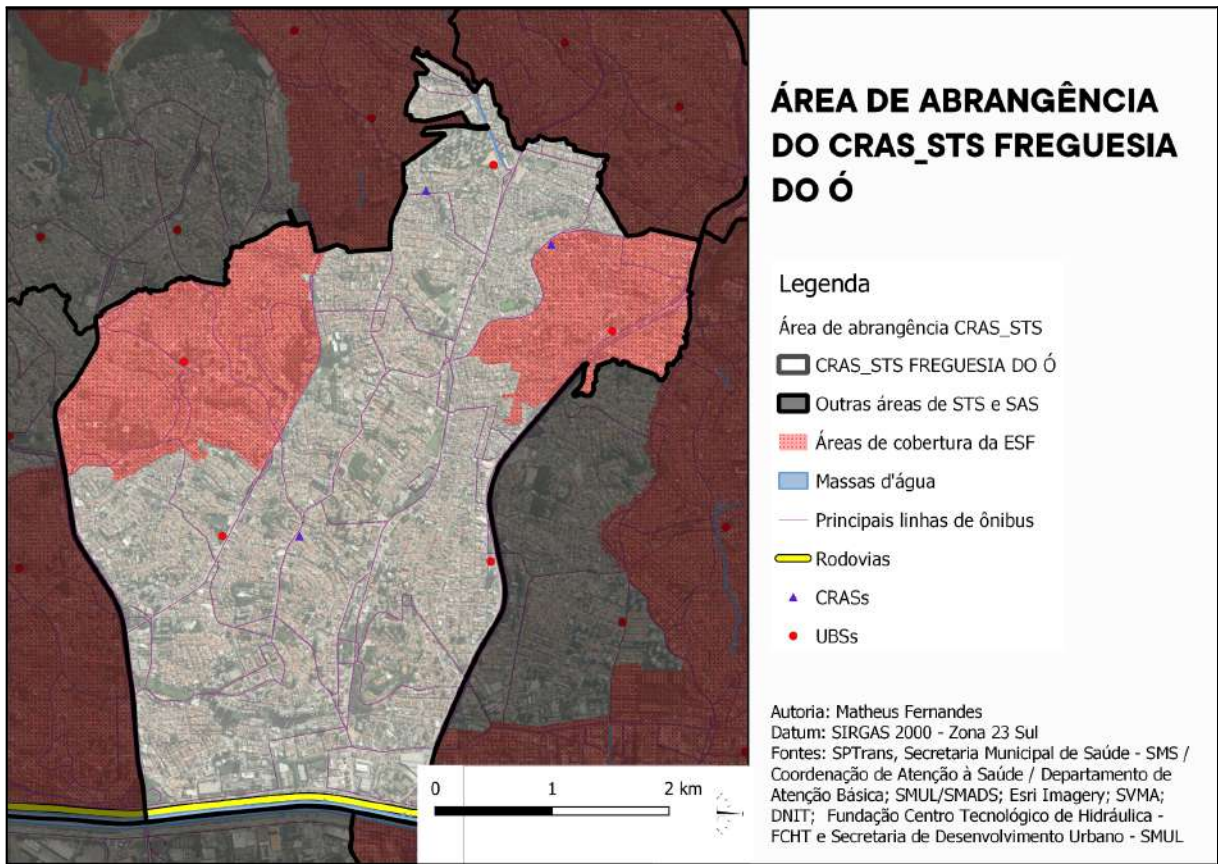


CRAS/STS ERMELINO MATARAZZO



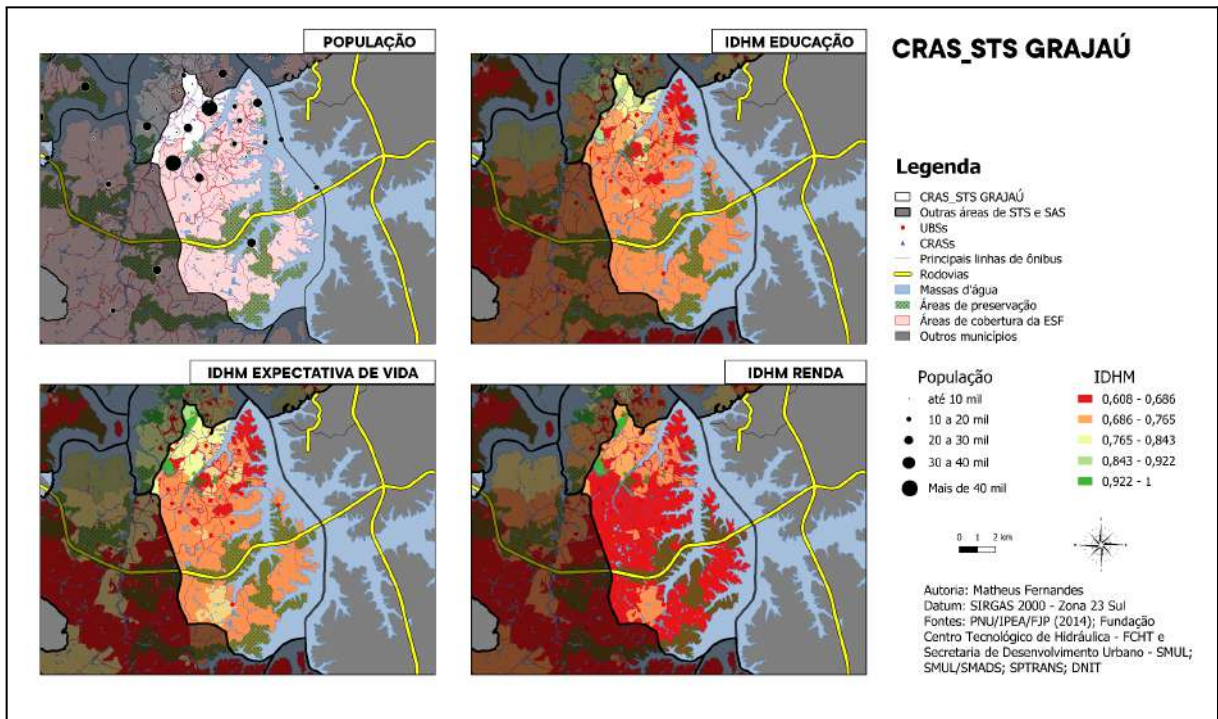
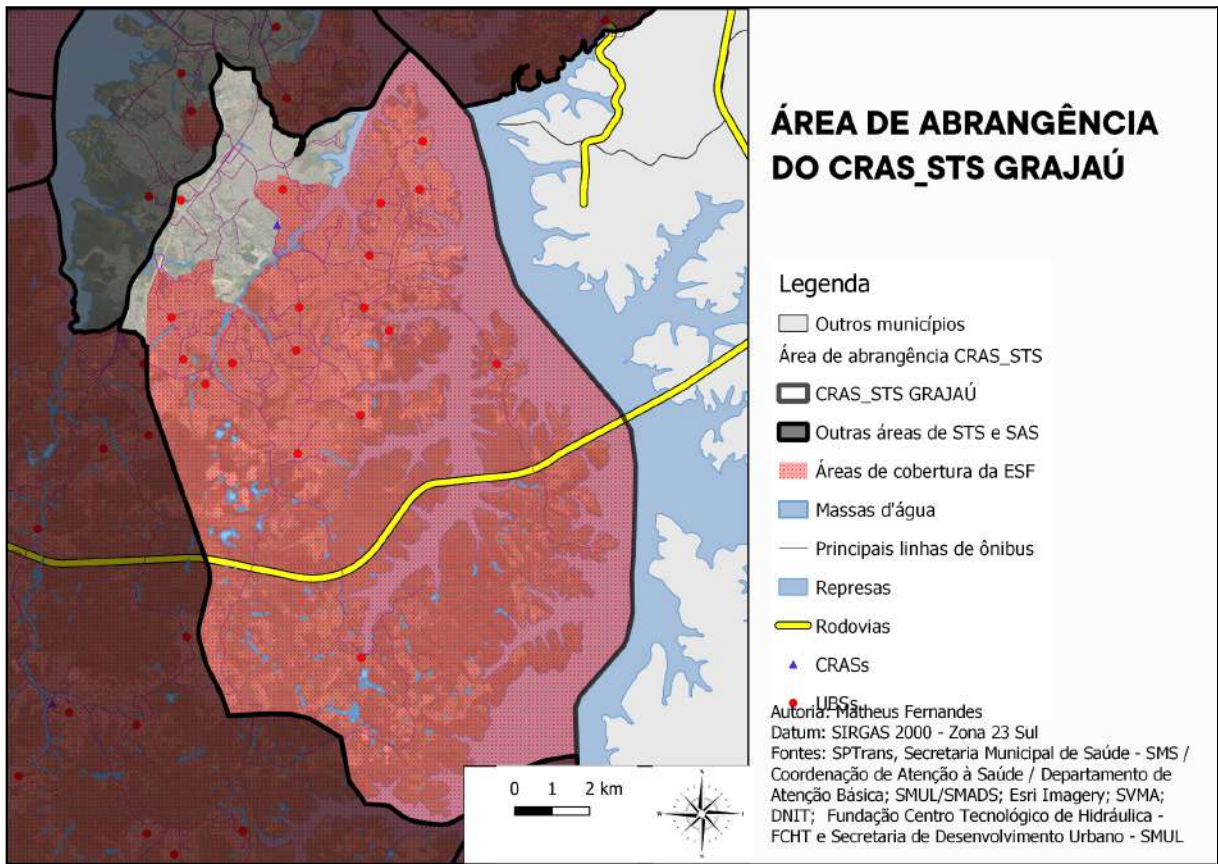


CRAS/STS FREGUESIA DO Ó



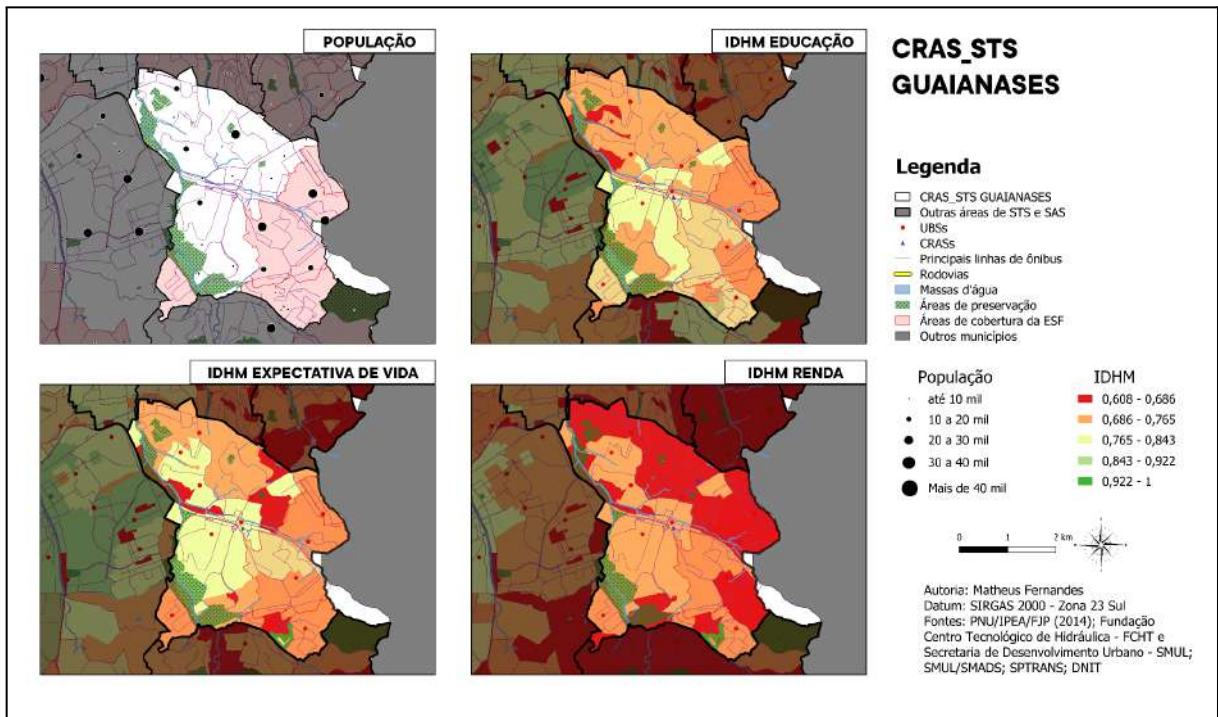
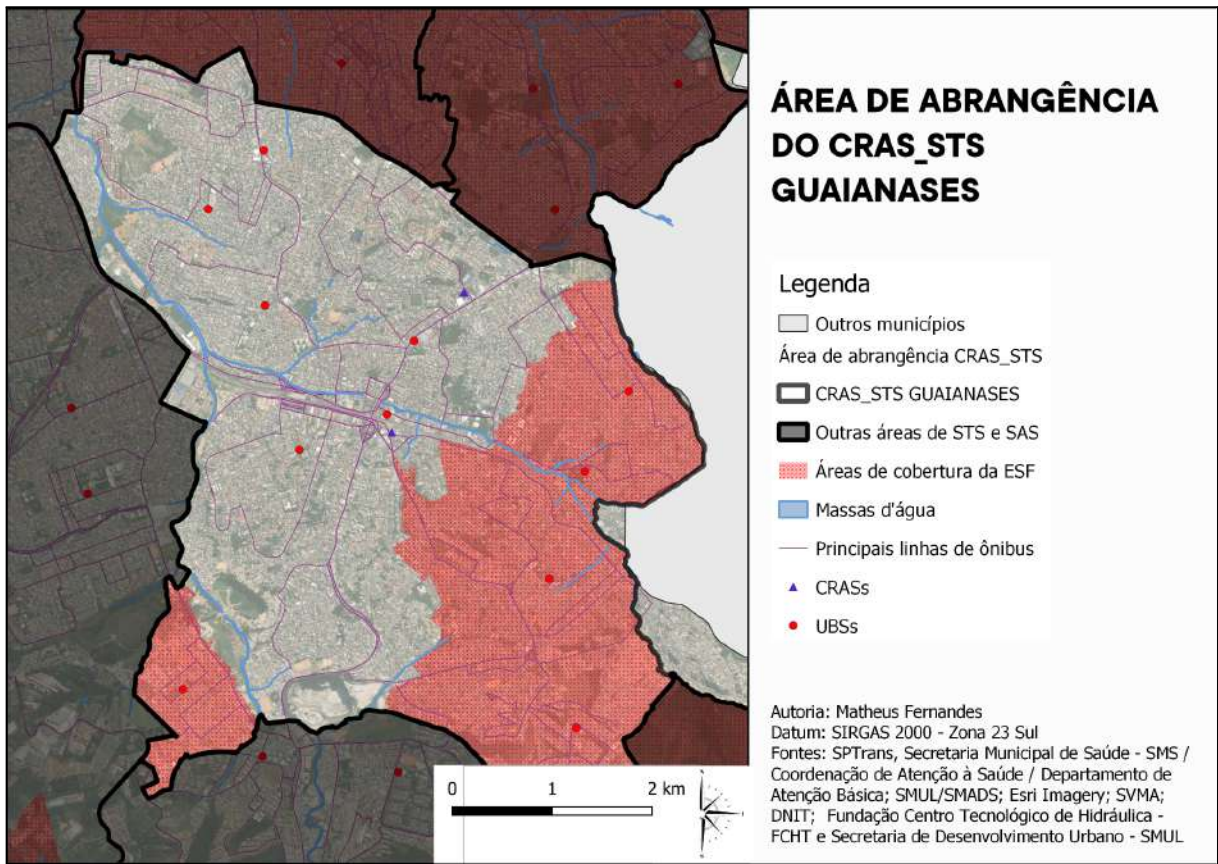


CRAS/STS GRAJAÚ



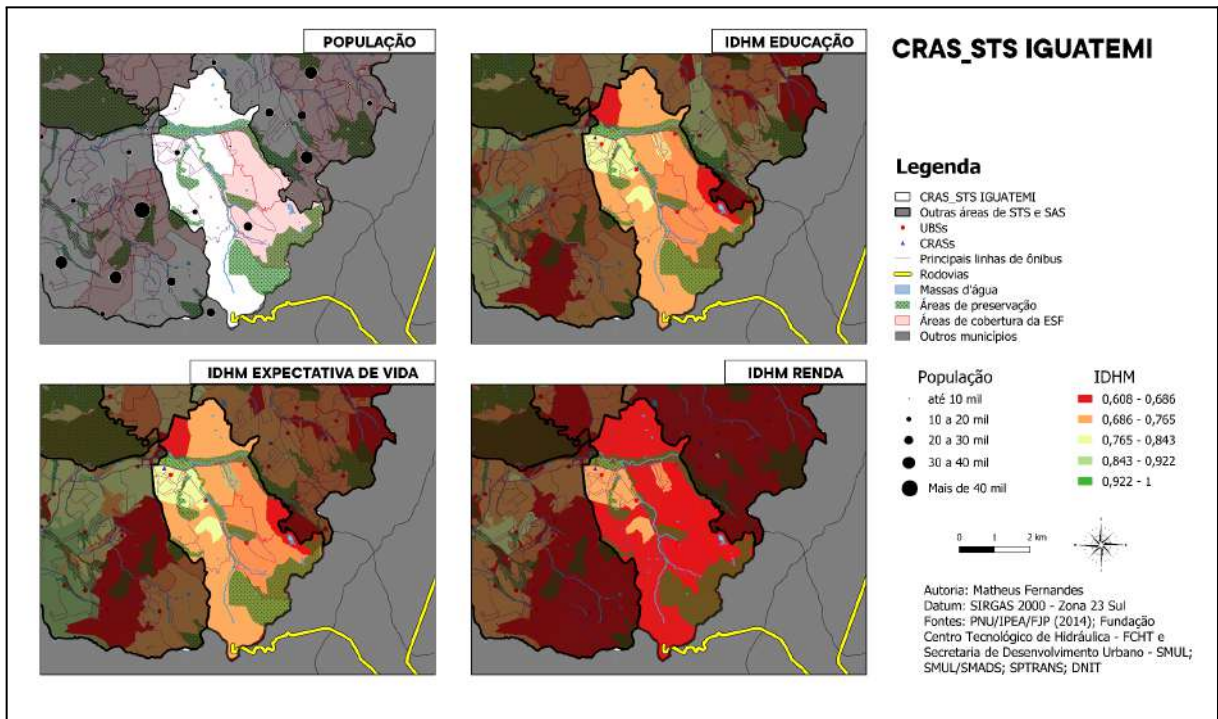
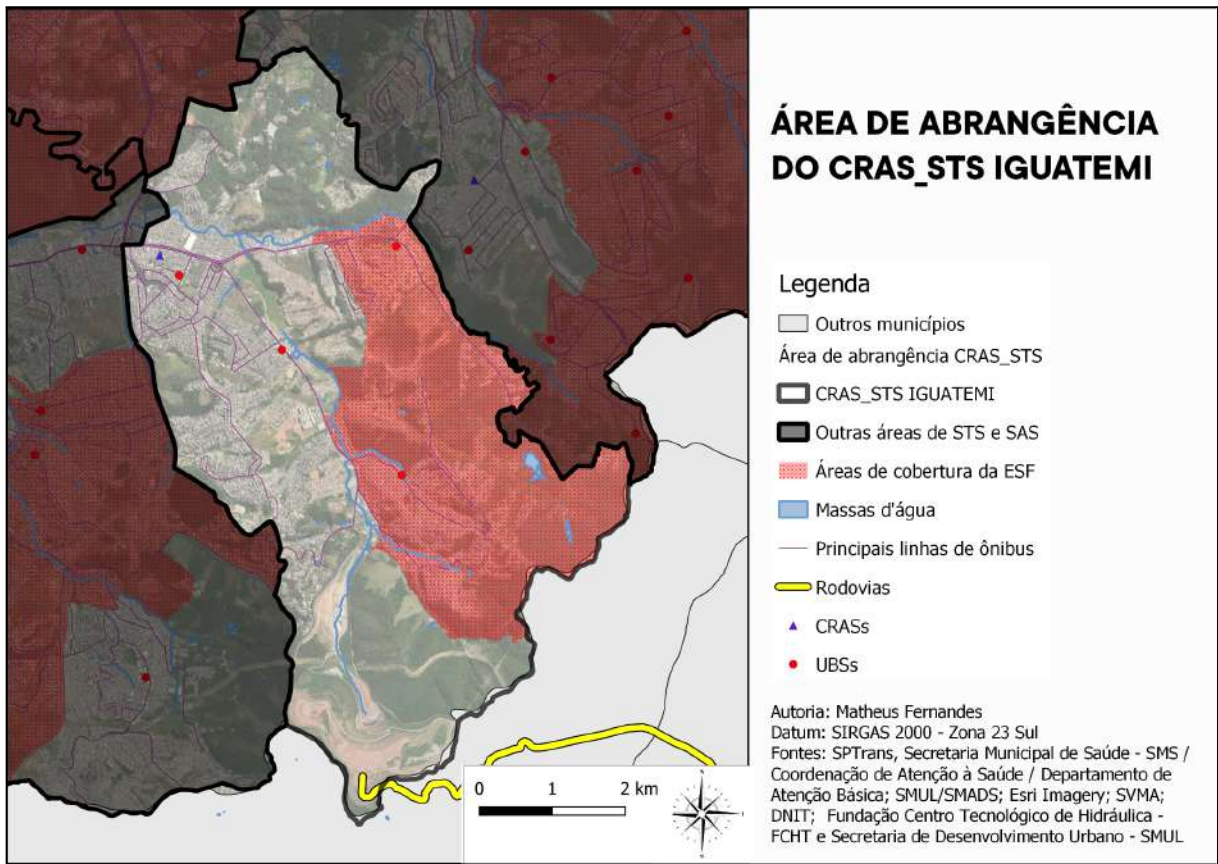


CRAS/STS GUAIANASES

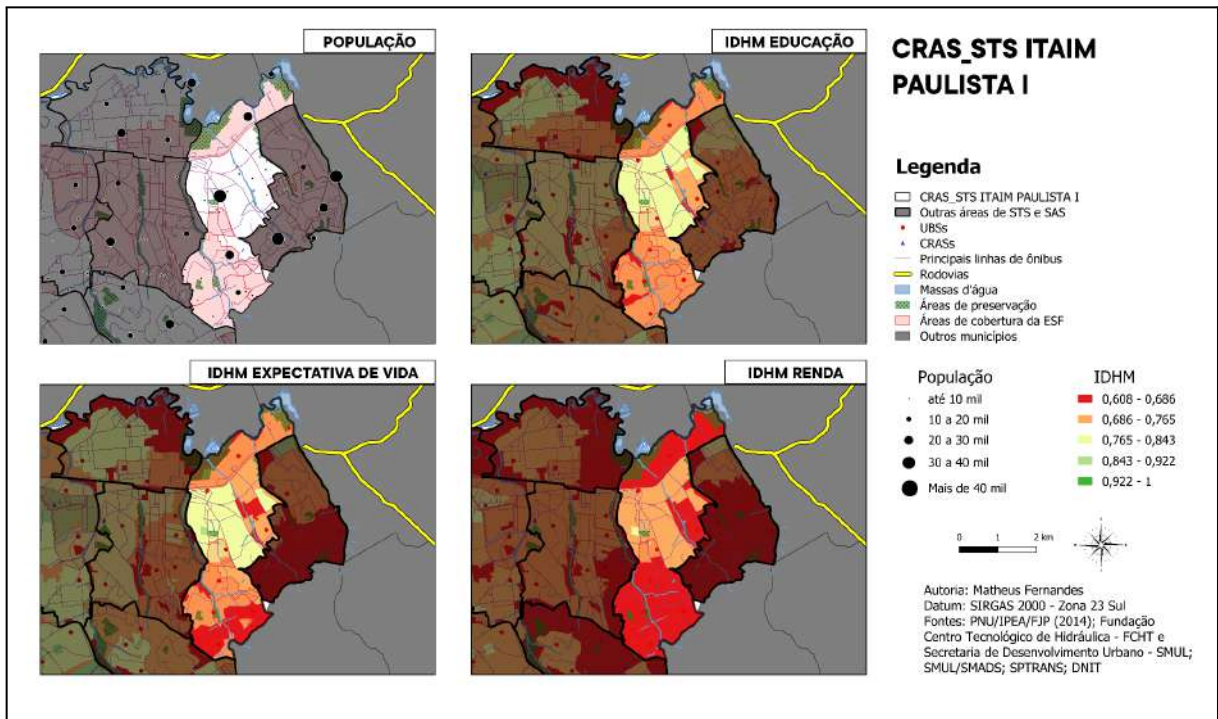
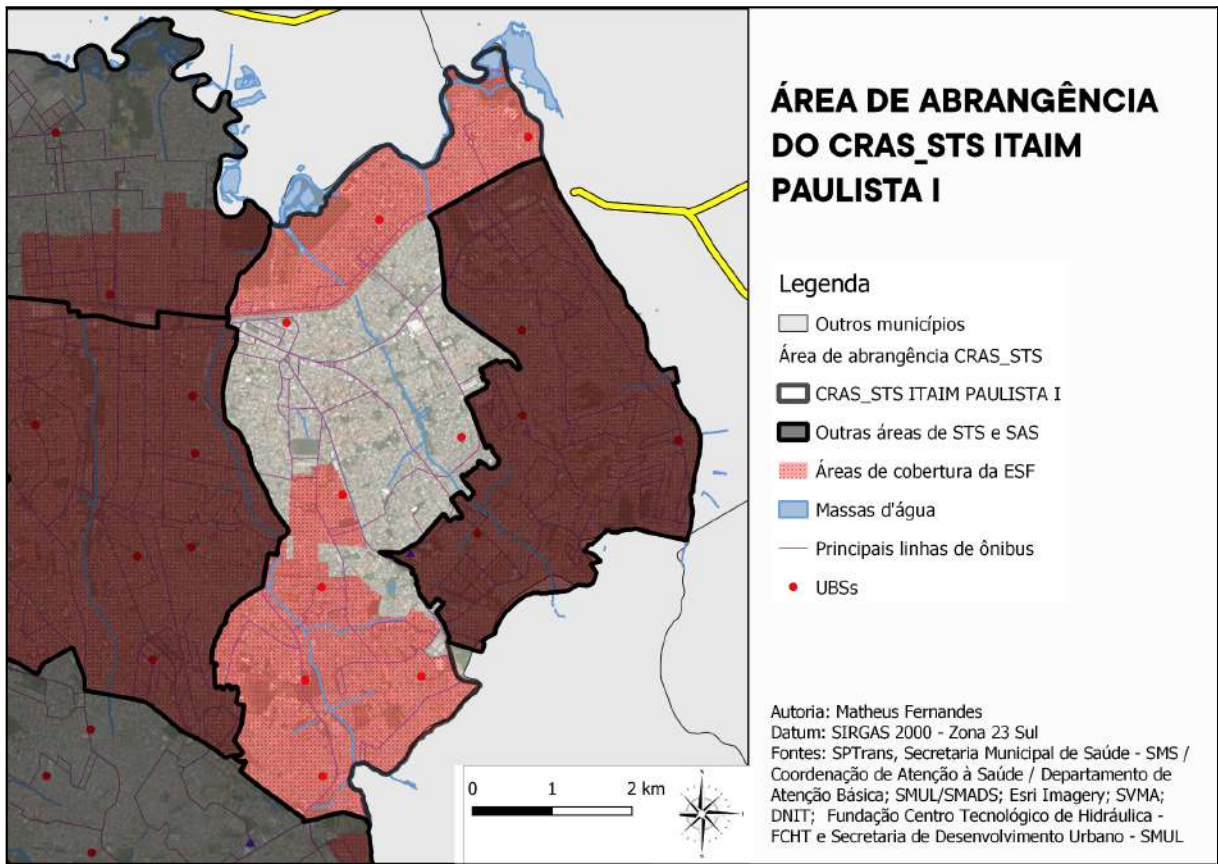




CRAS/STS IGUATEMI

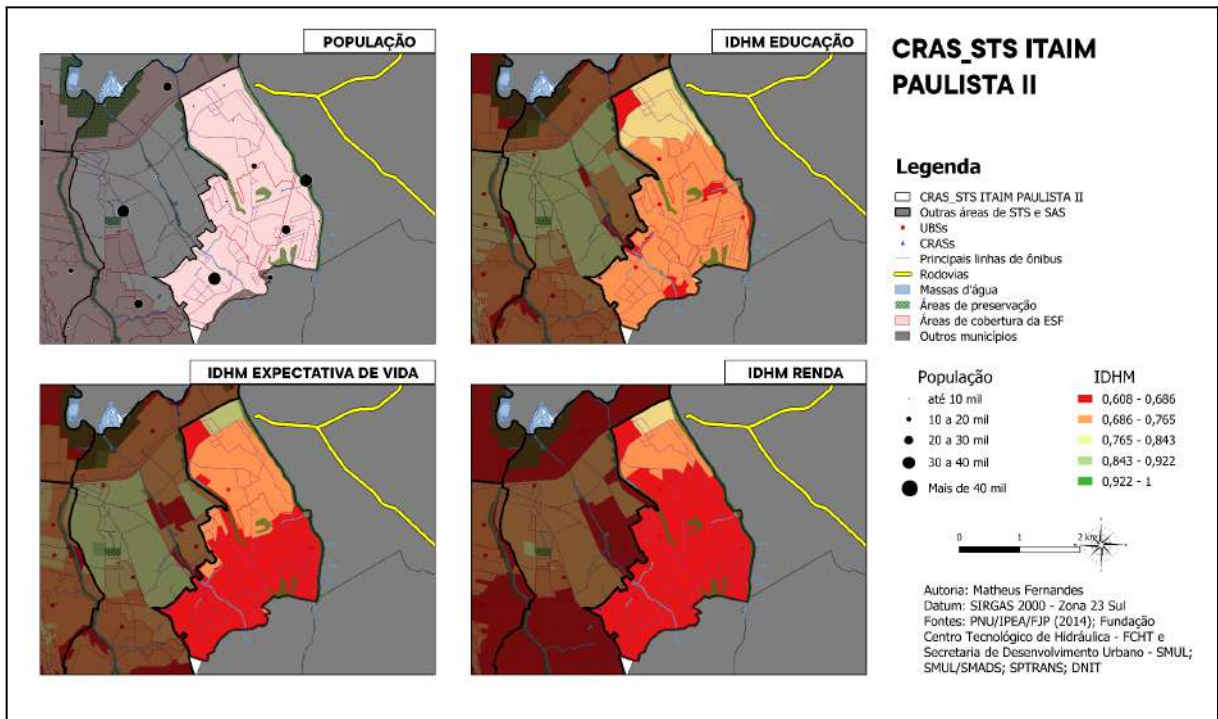
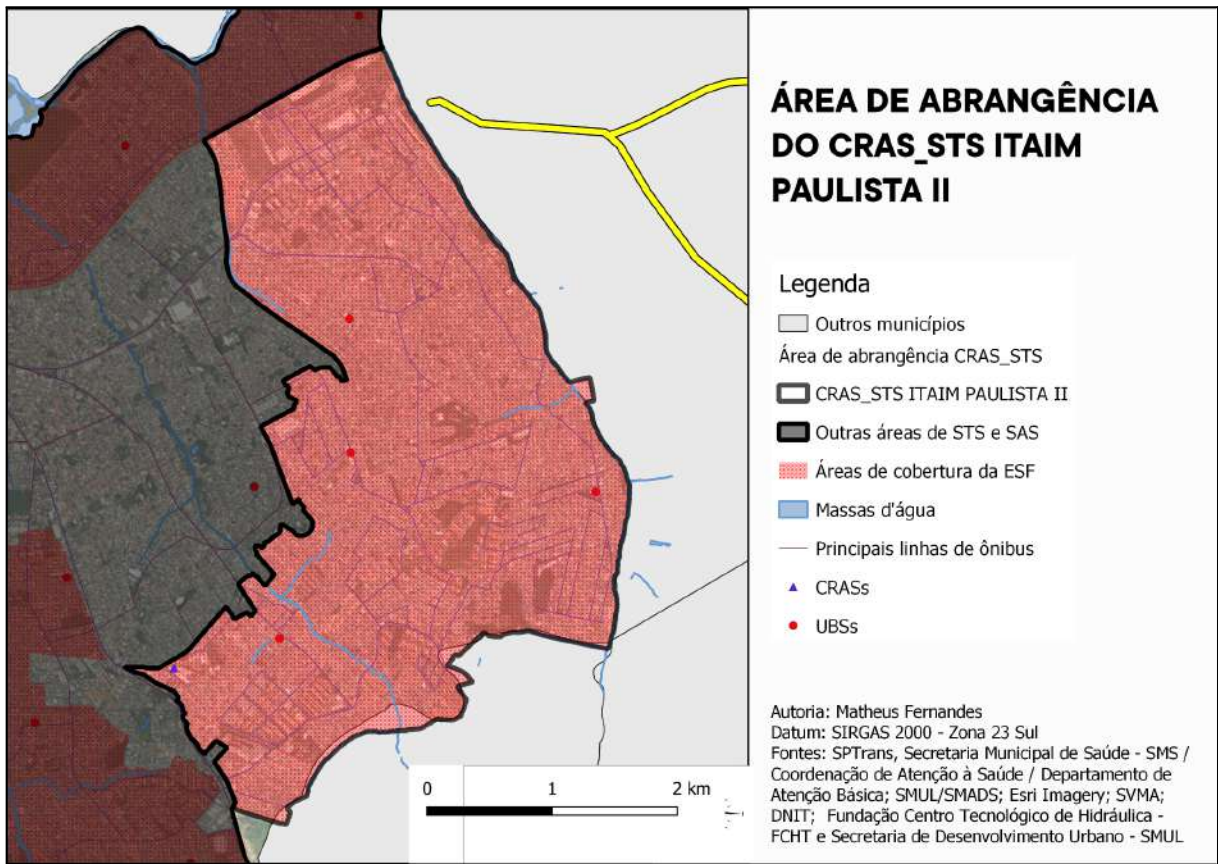


CRAS/STS ITAIM PAULISTA I

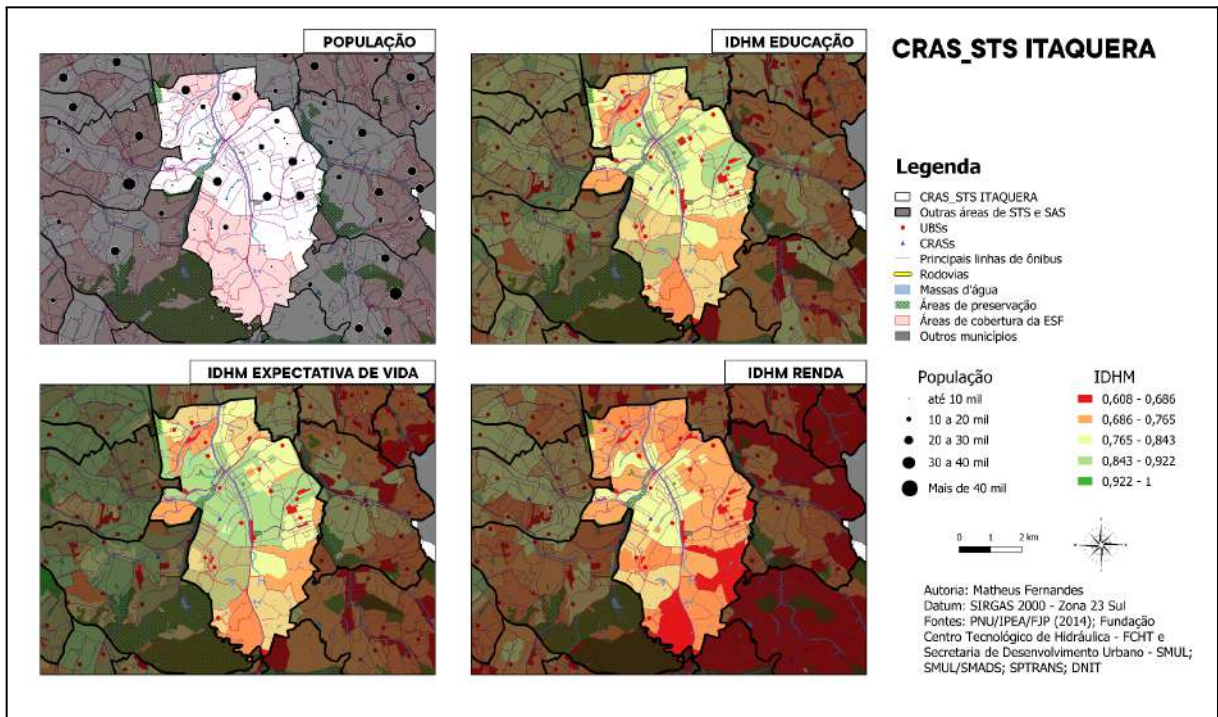
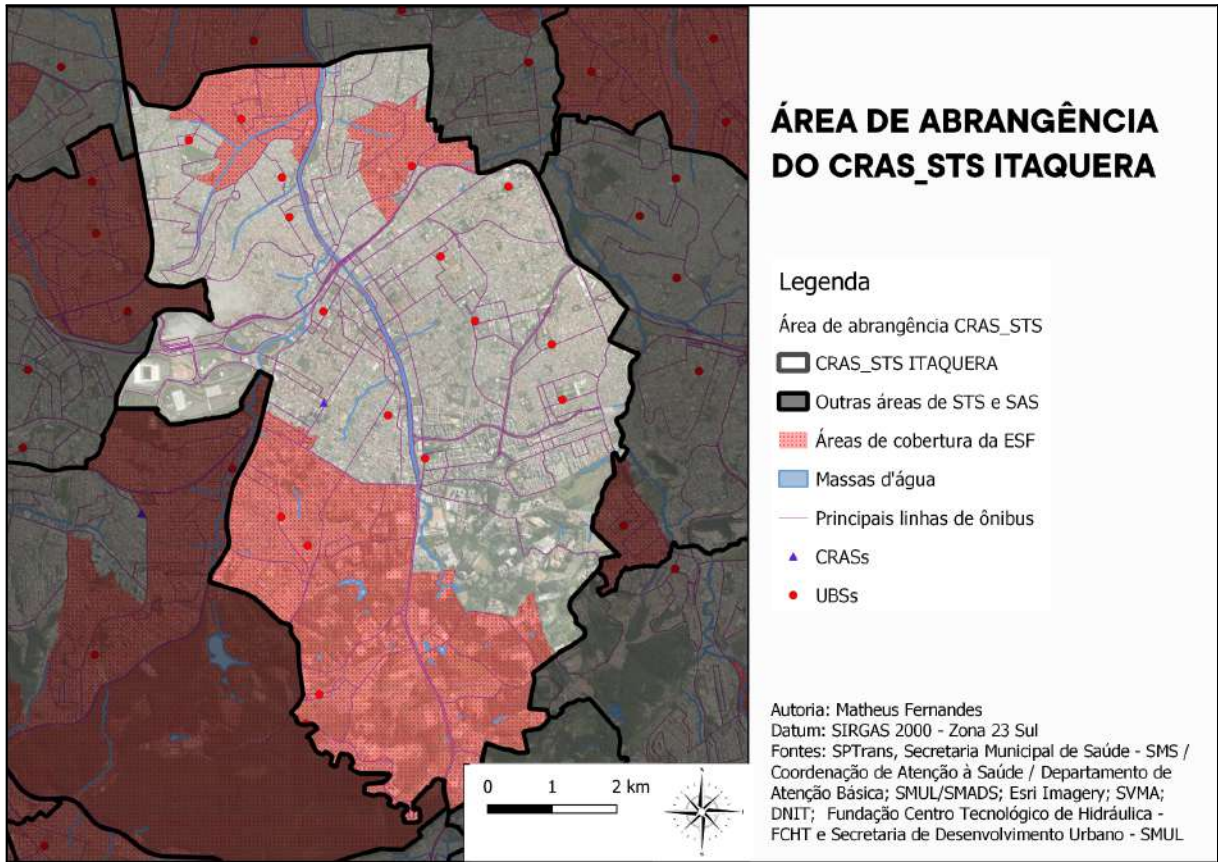




CRAS/STS ITAIM PAULISTA II

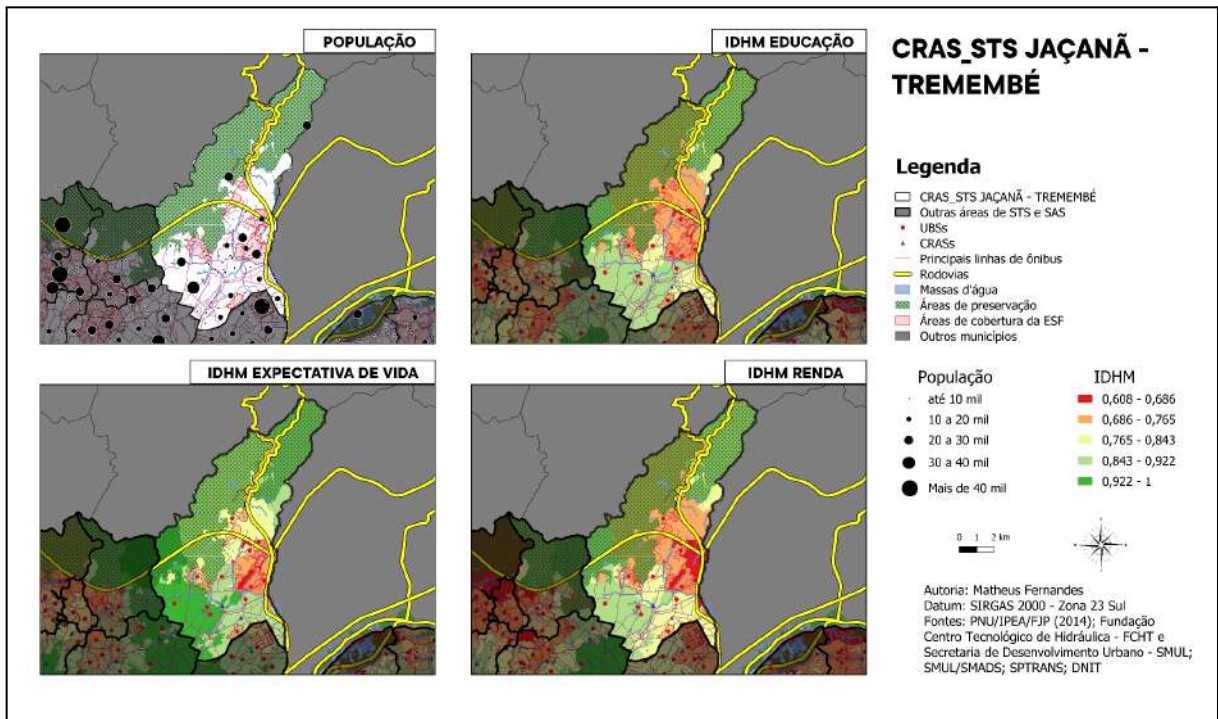
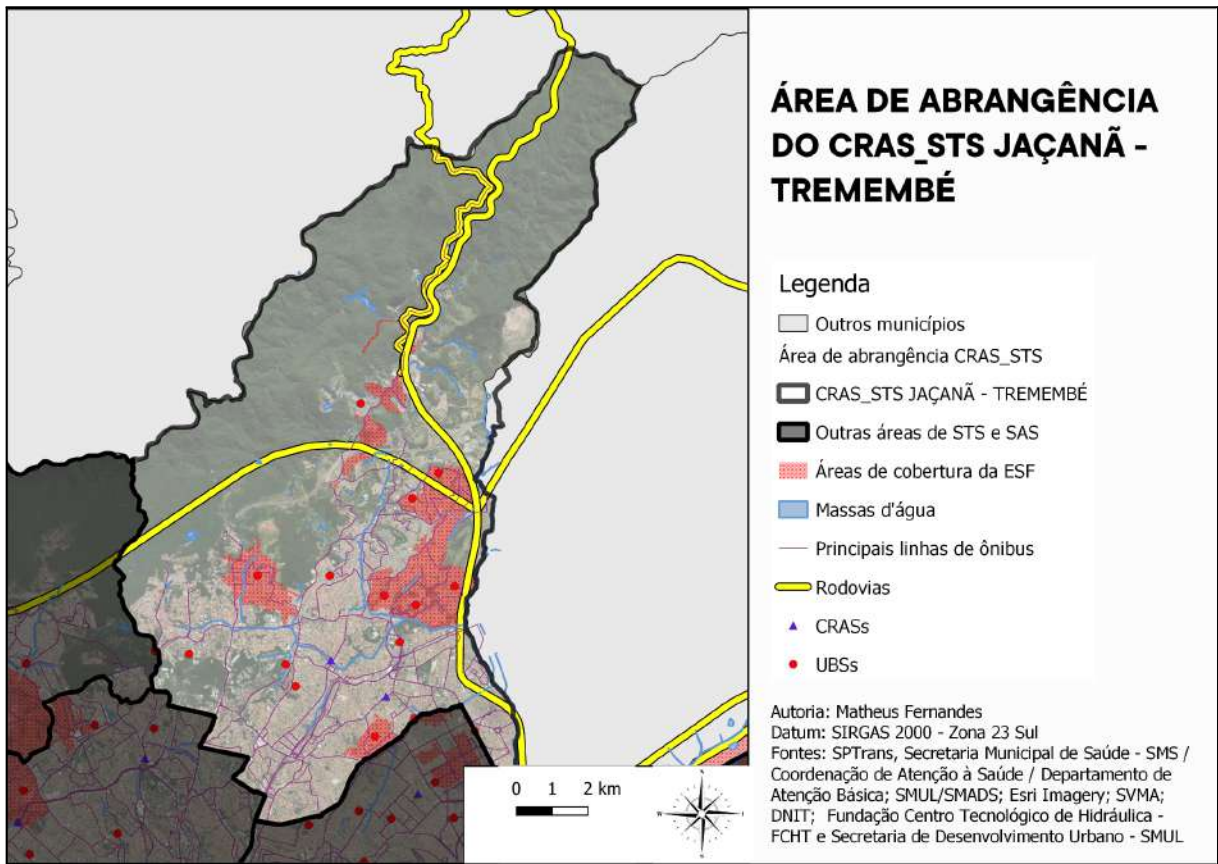


CRAS/STS ITAQUERA

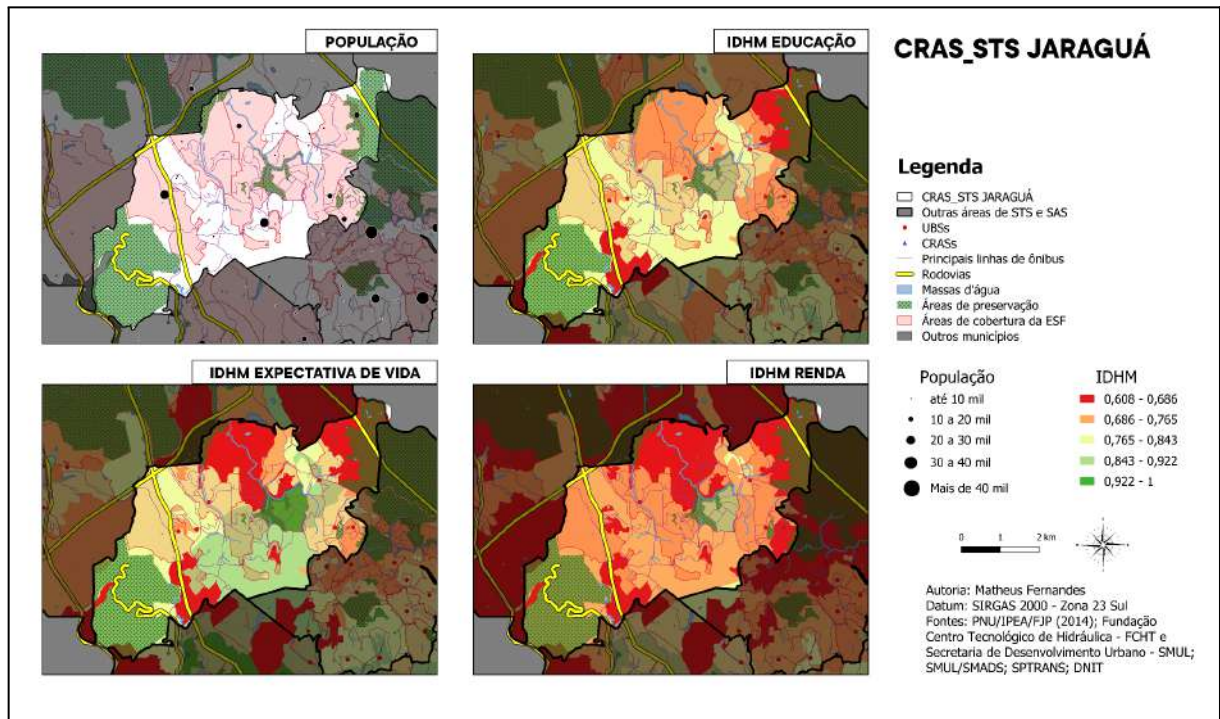
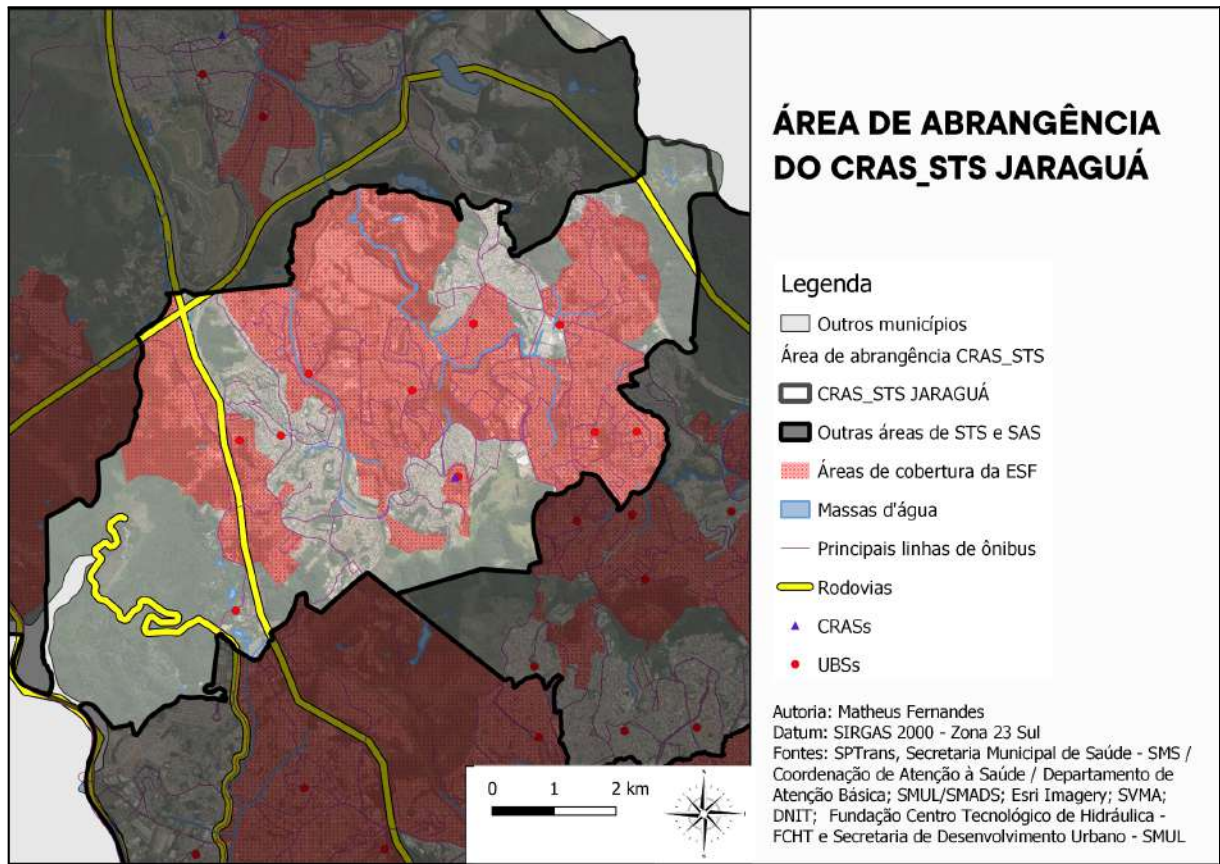




CRAS/STS JAÇANÃ - TREMEMBÉ

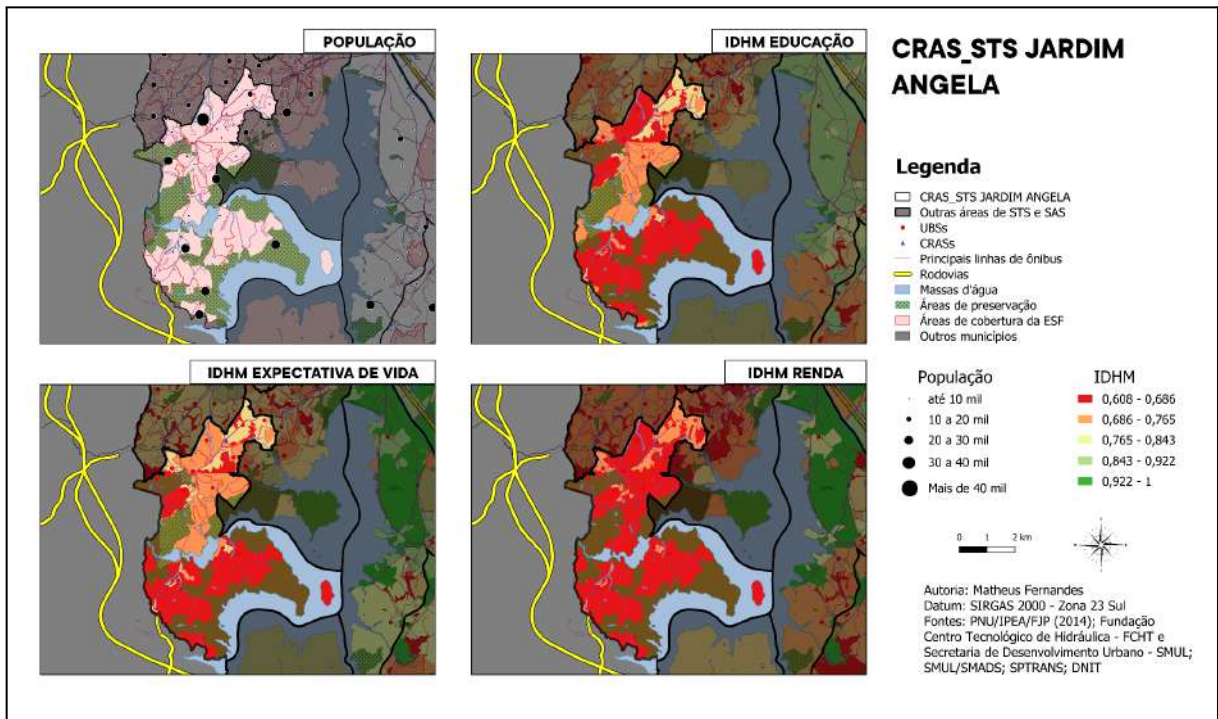
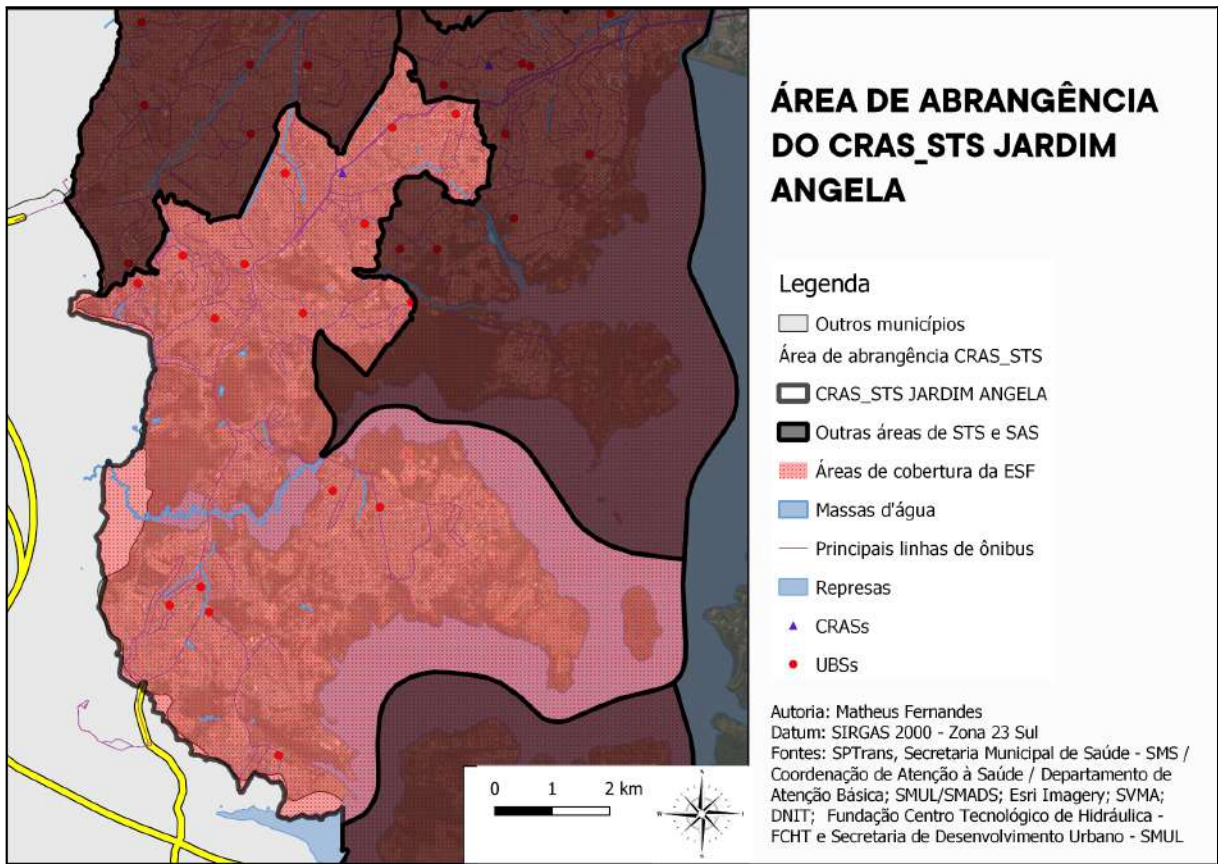


CRAS/STS JARAGUÁ

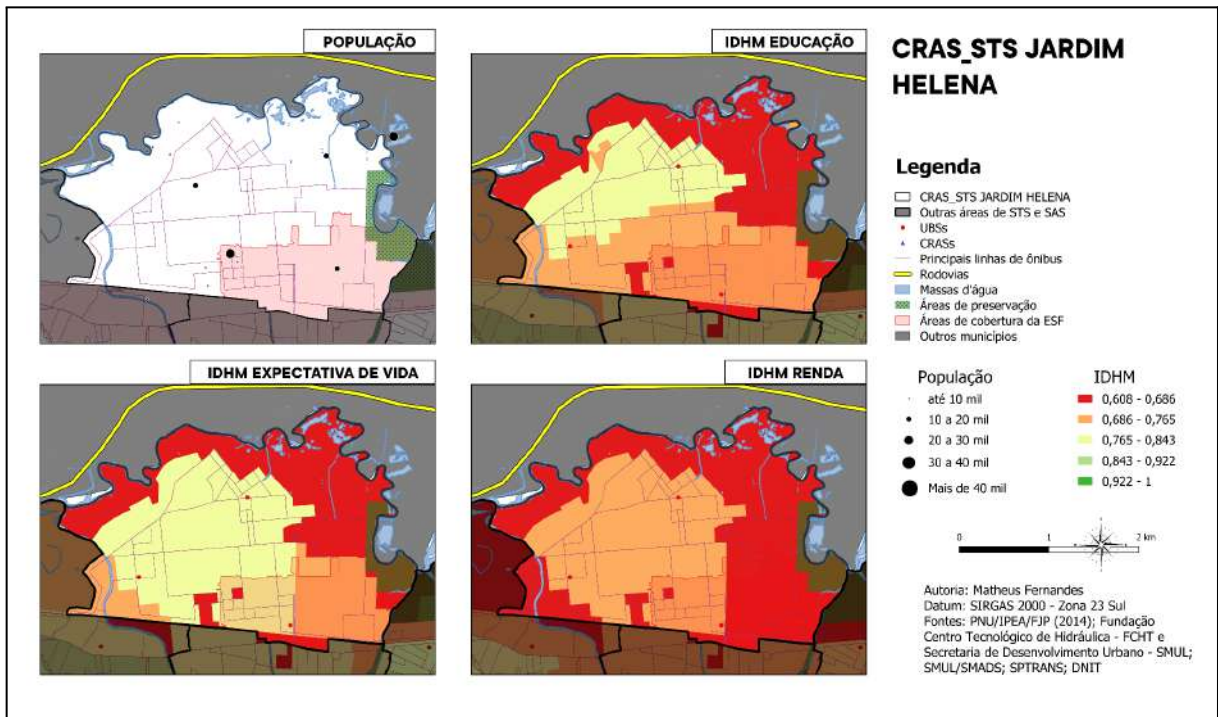
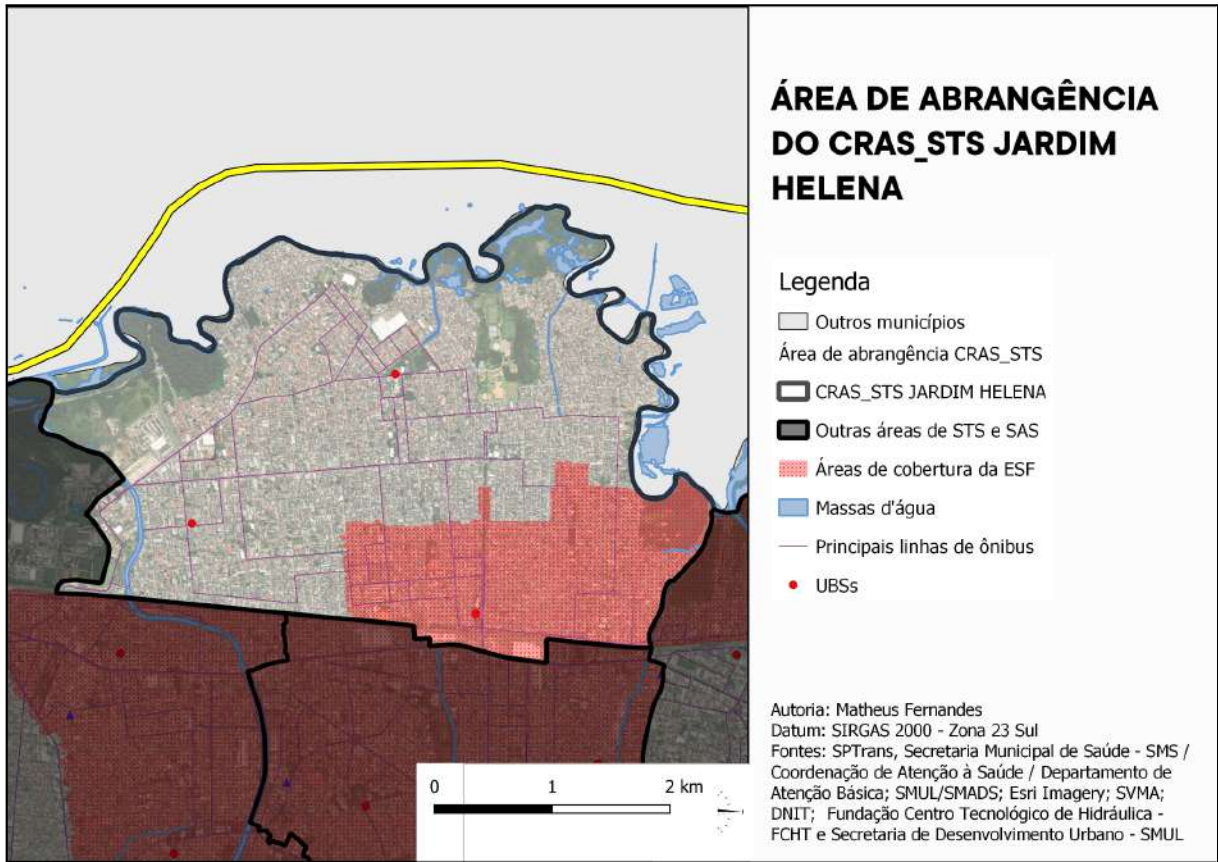




CRAS/STS JARDIM ÂNGELA

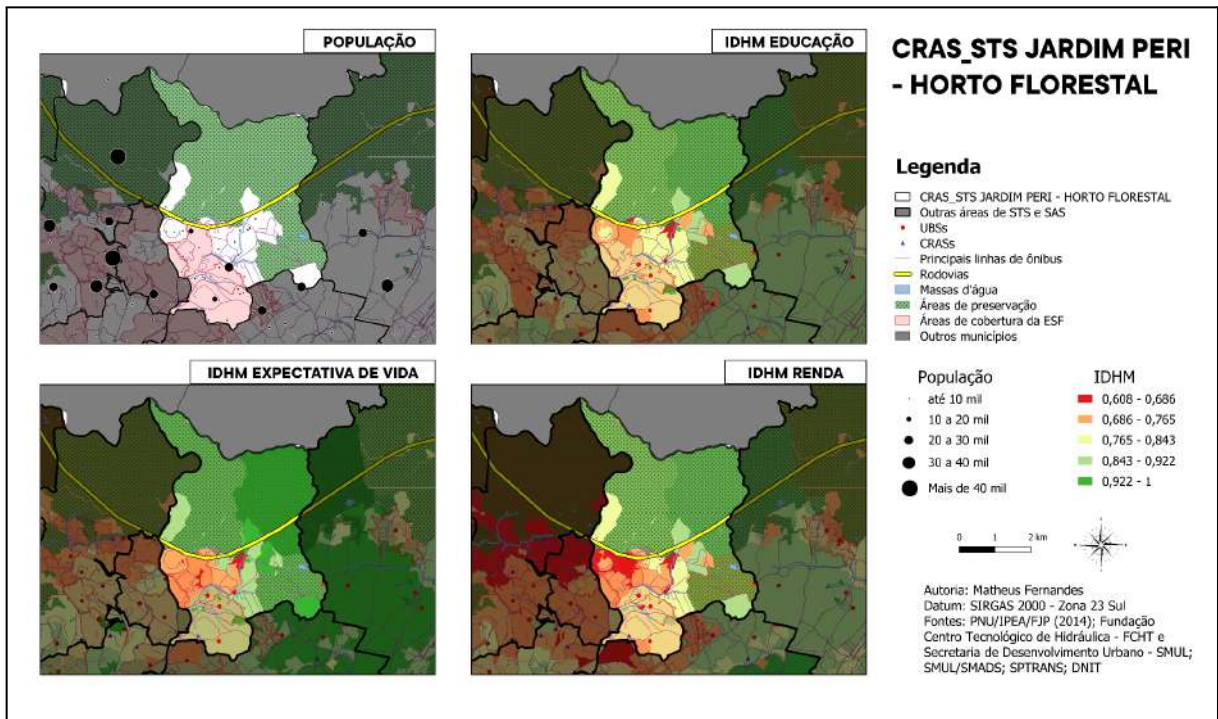
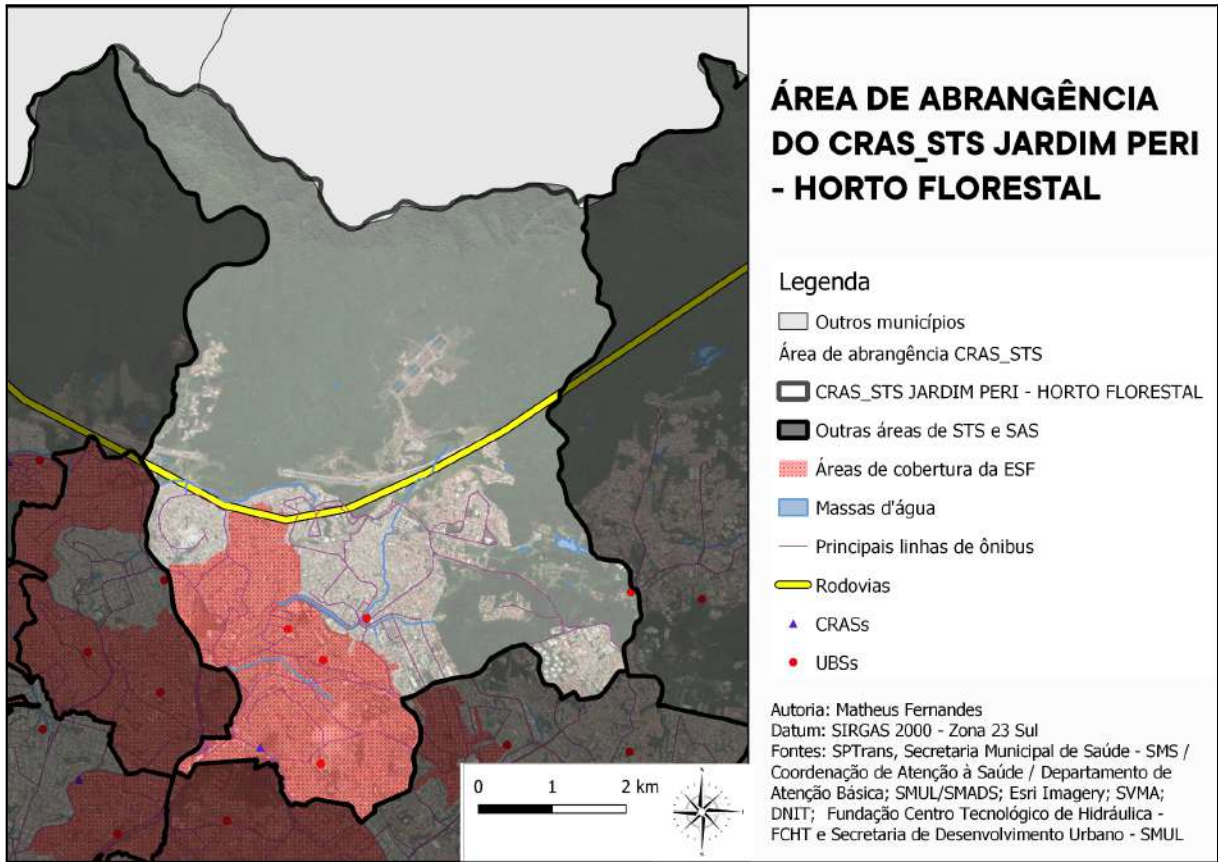


CRAS/STS JARDIM HELENA

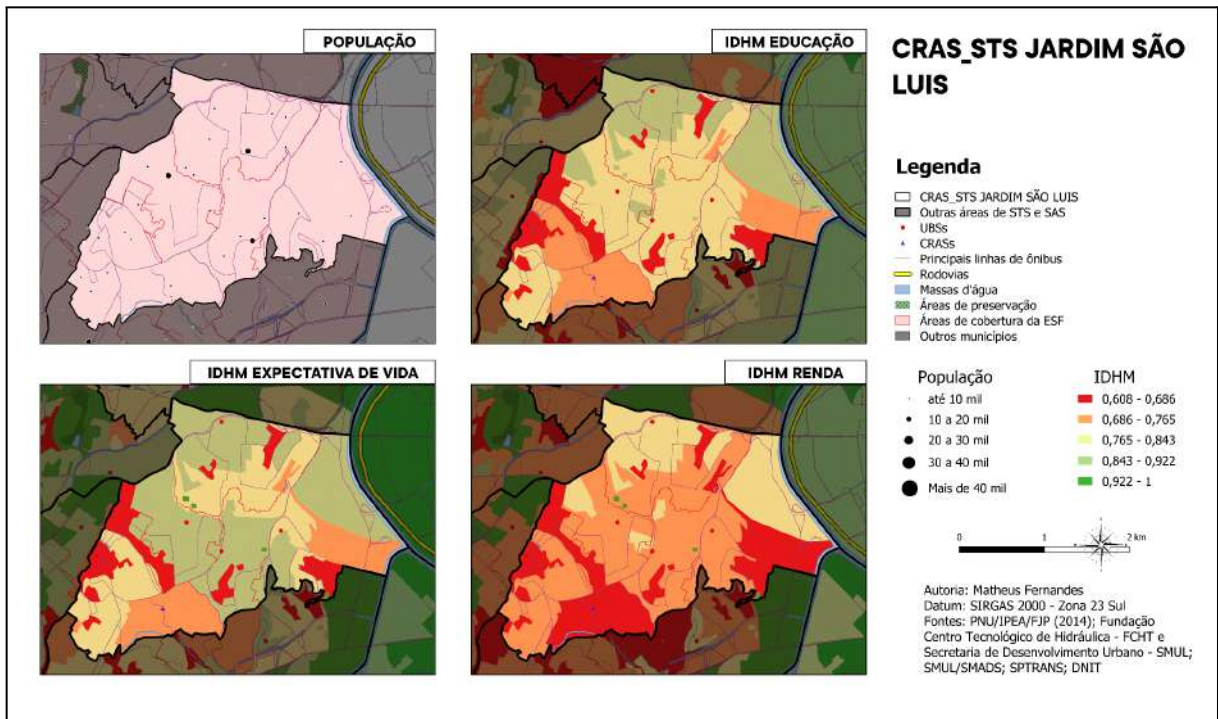
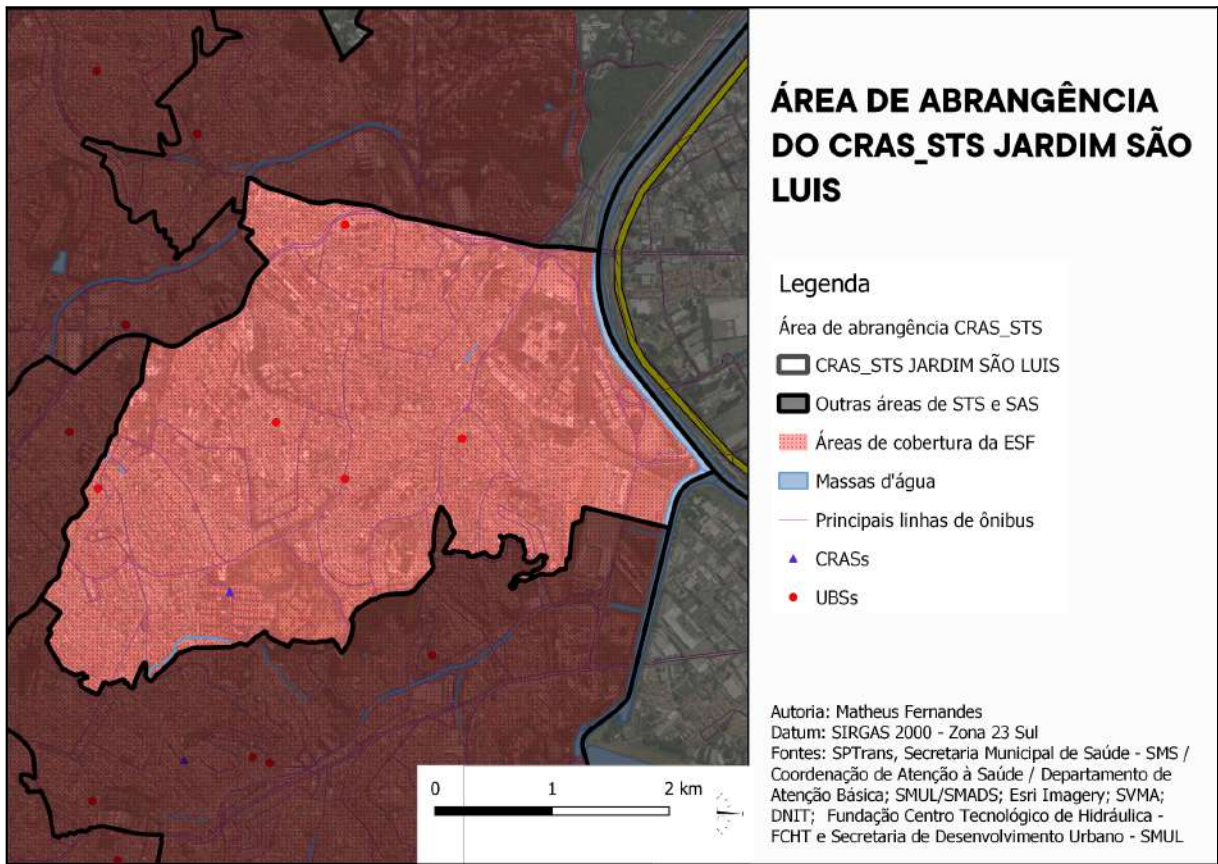




CRAS/STS JARDIM PERI - HORTO FLORESTAL

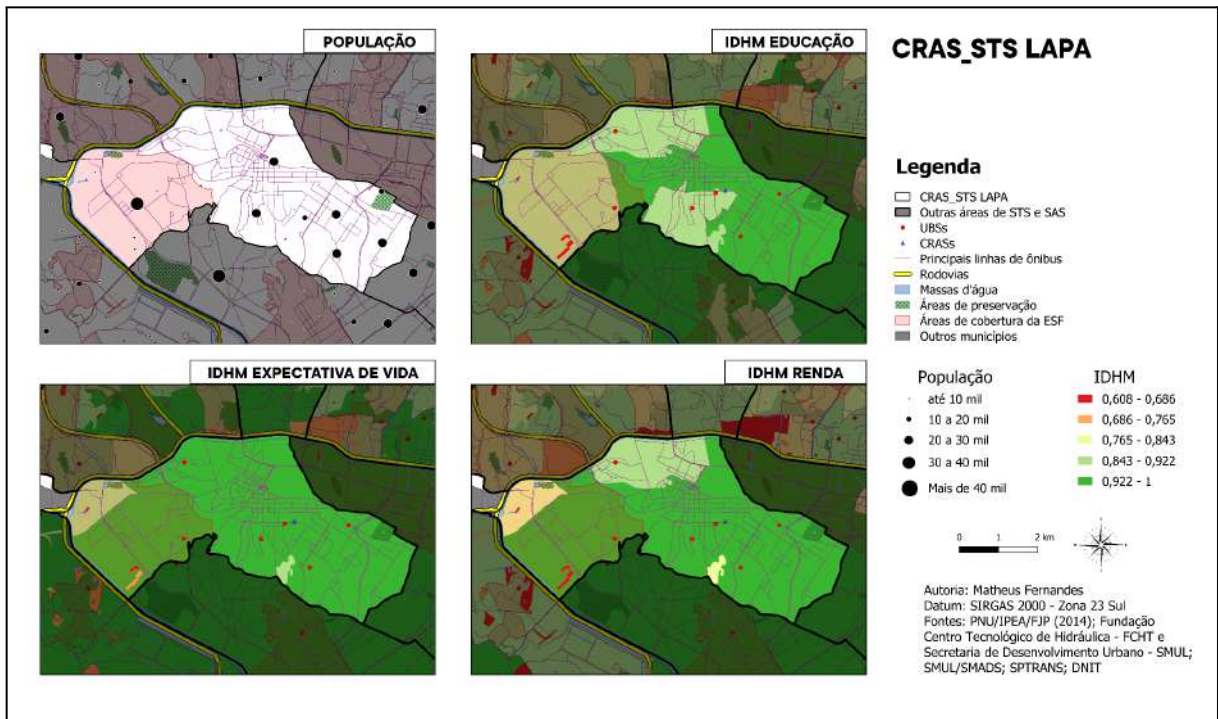
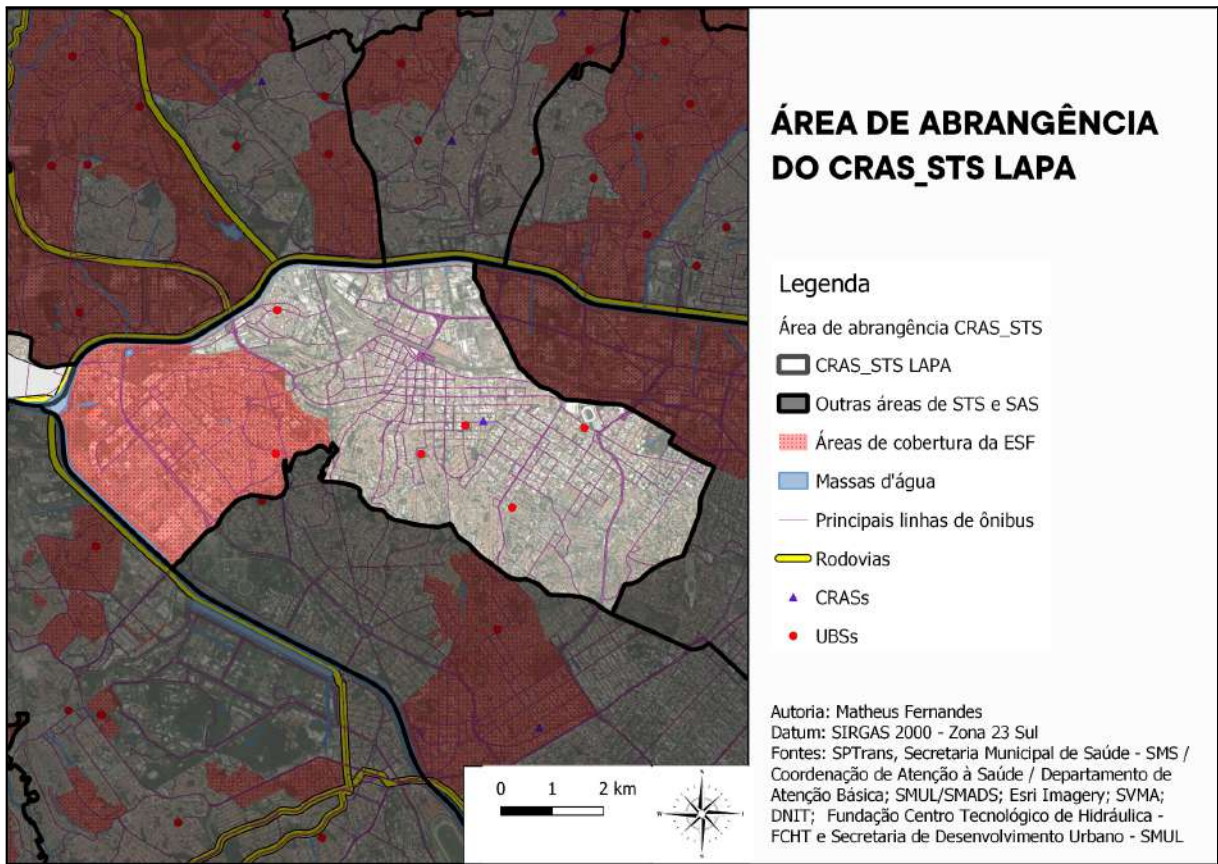


CRAS/STS JARDIM SÃO LUÍS

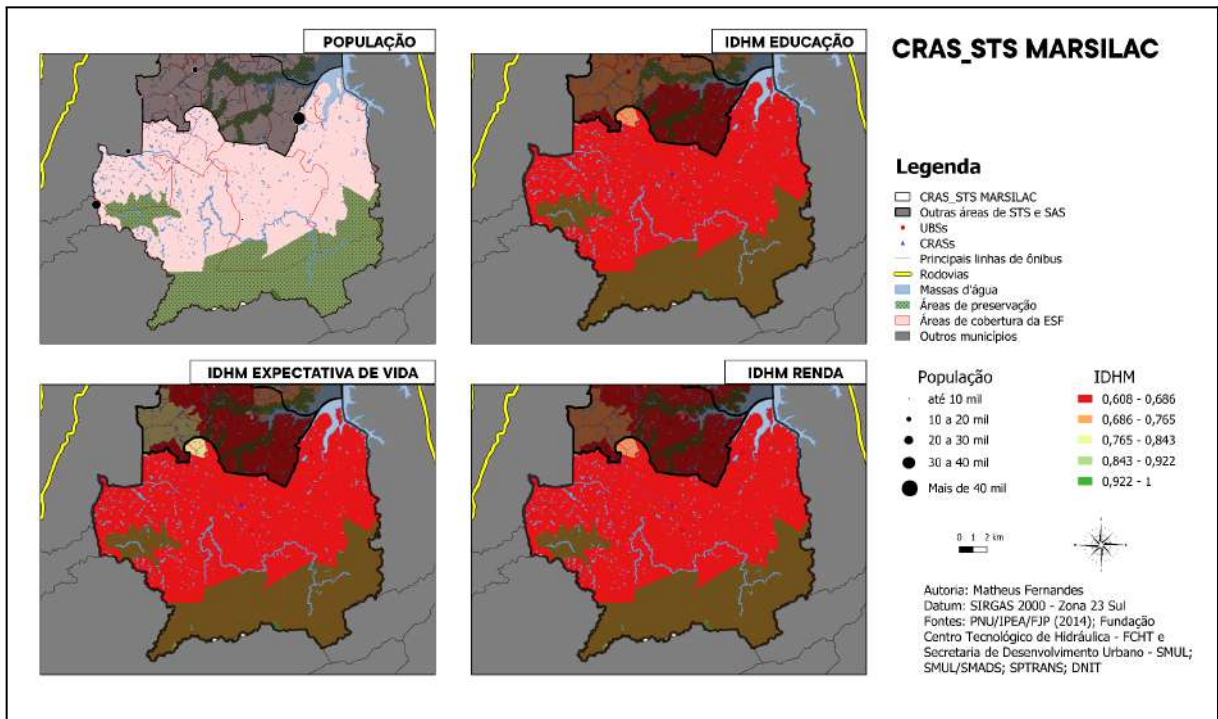
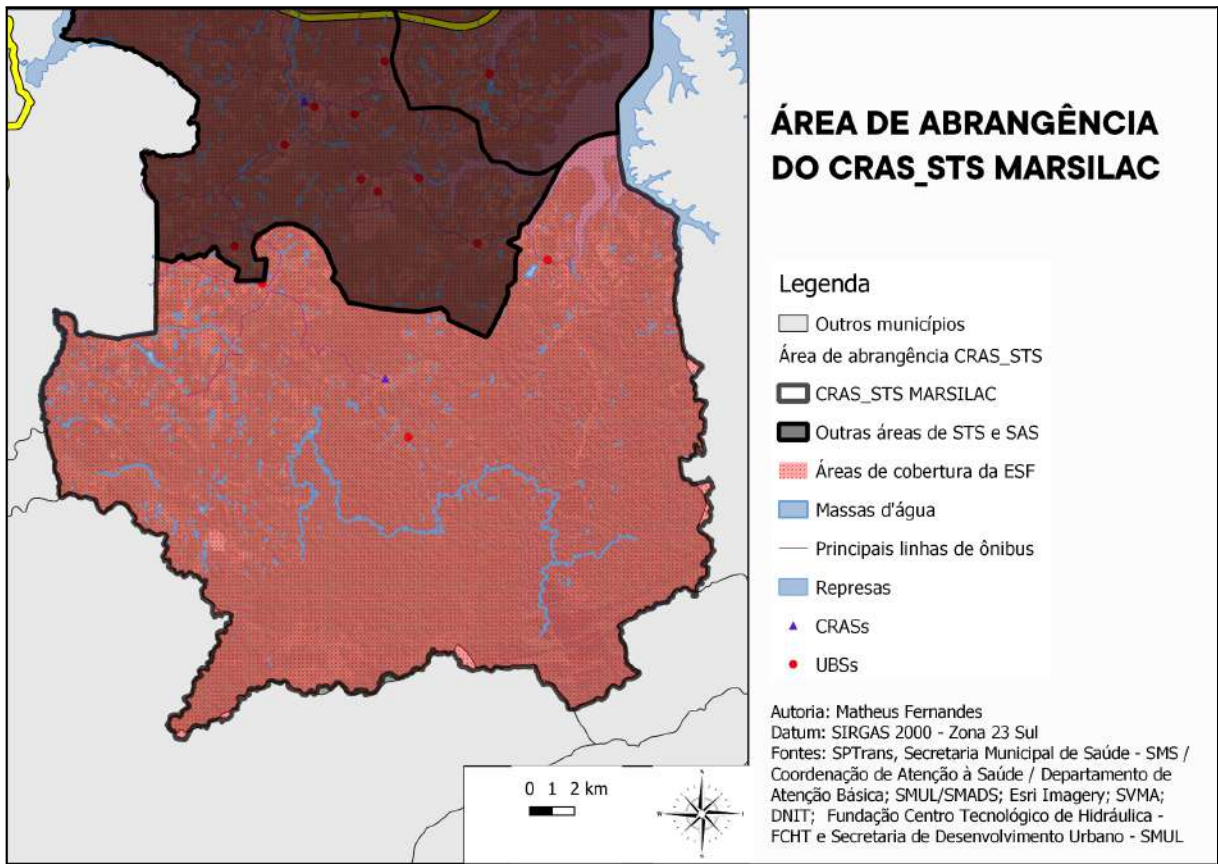




CRAS/STS LAPA

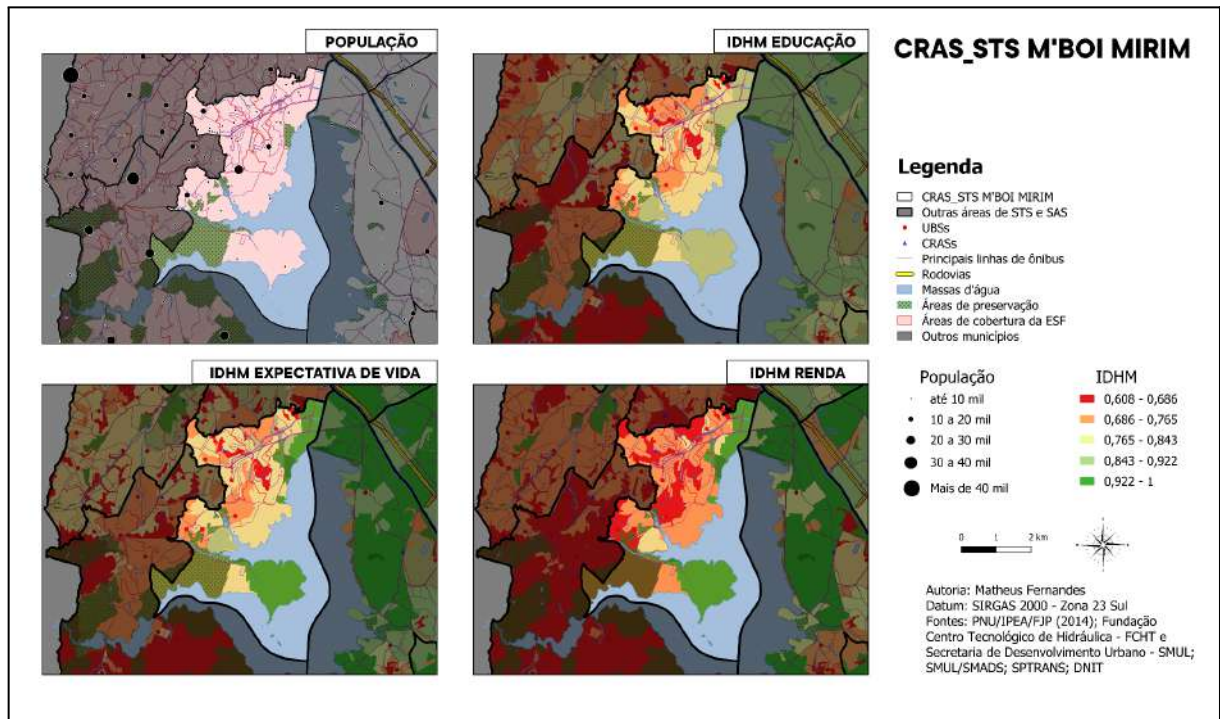
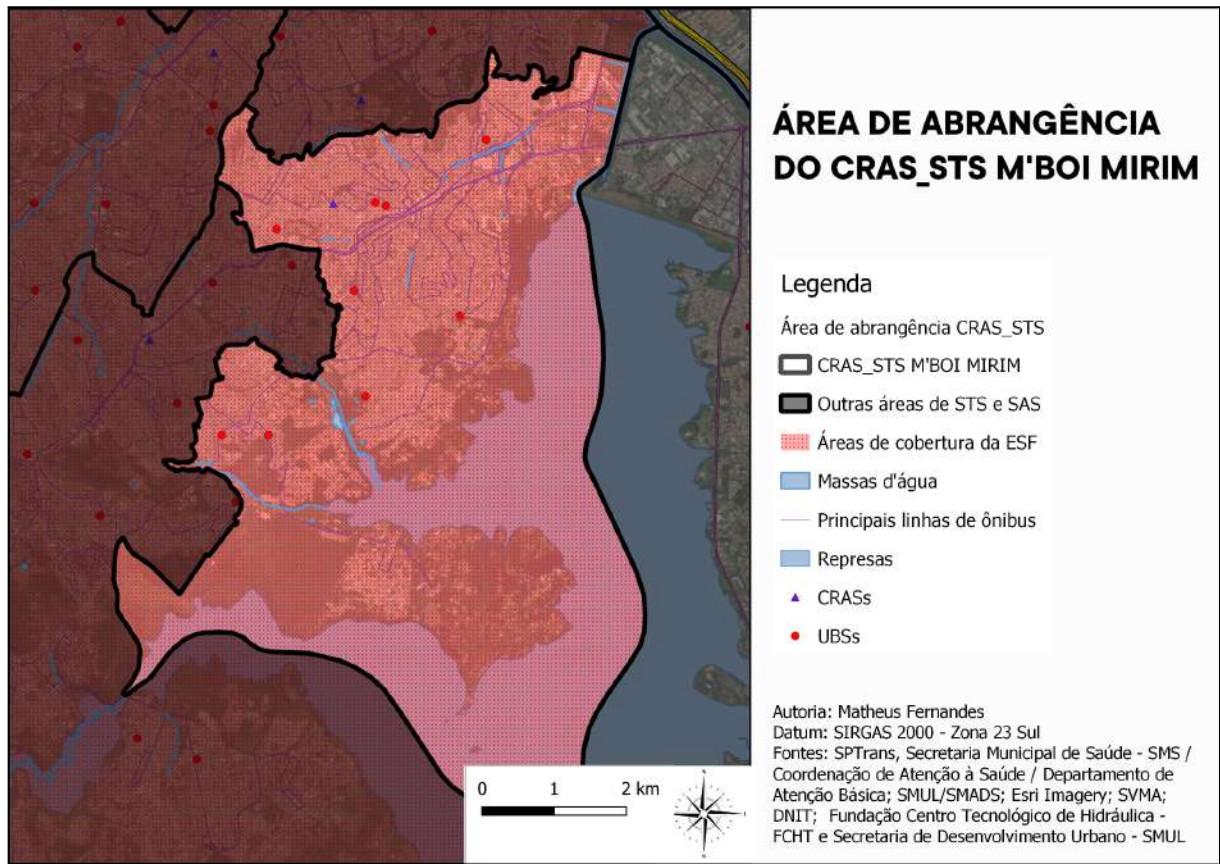


CRAS/STS MARSILAC



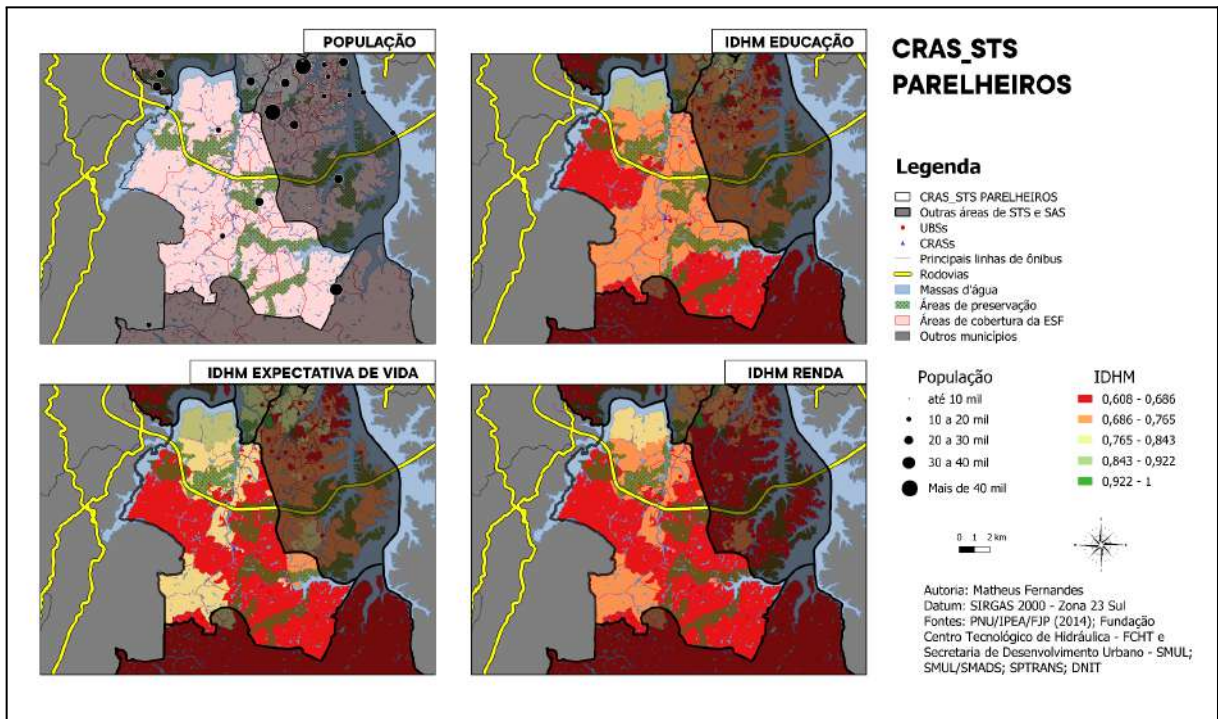
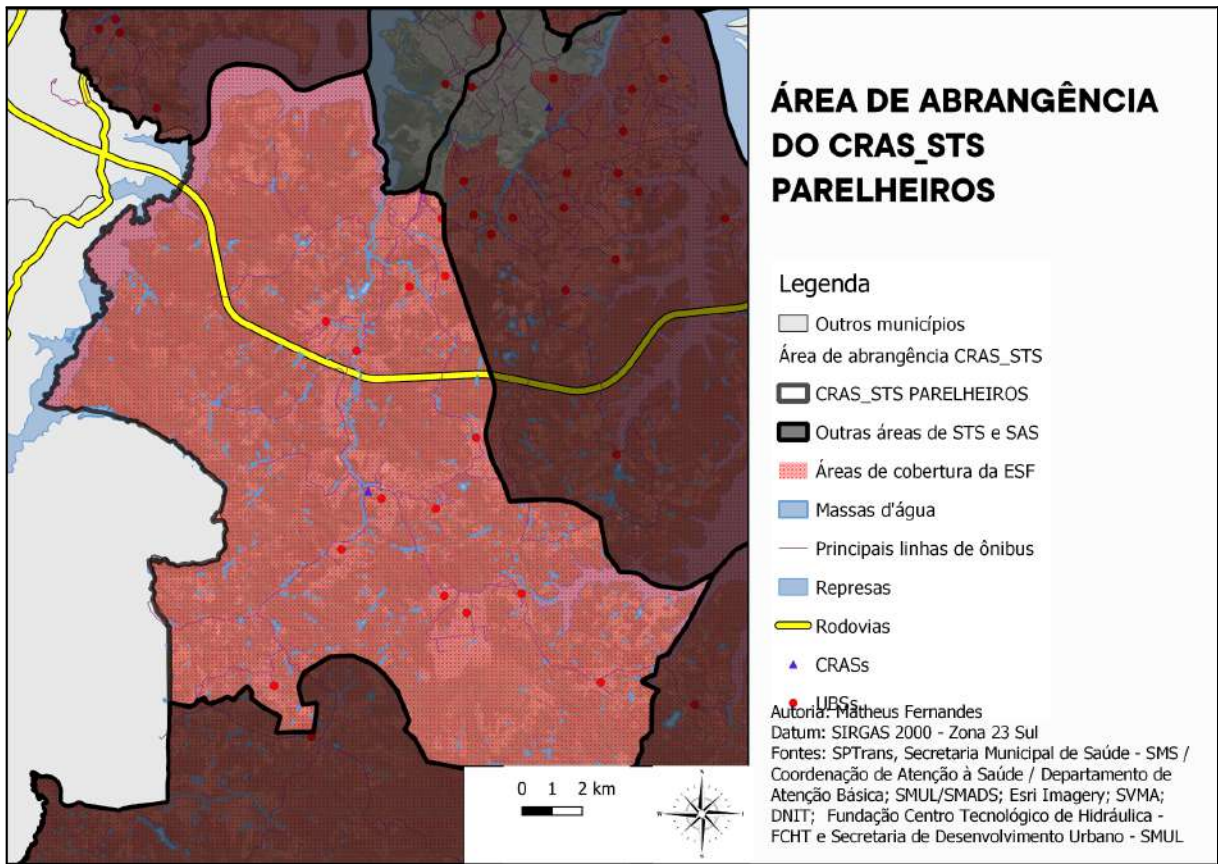


CRAS/STS M'BOI MIRIM



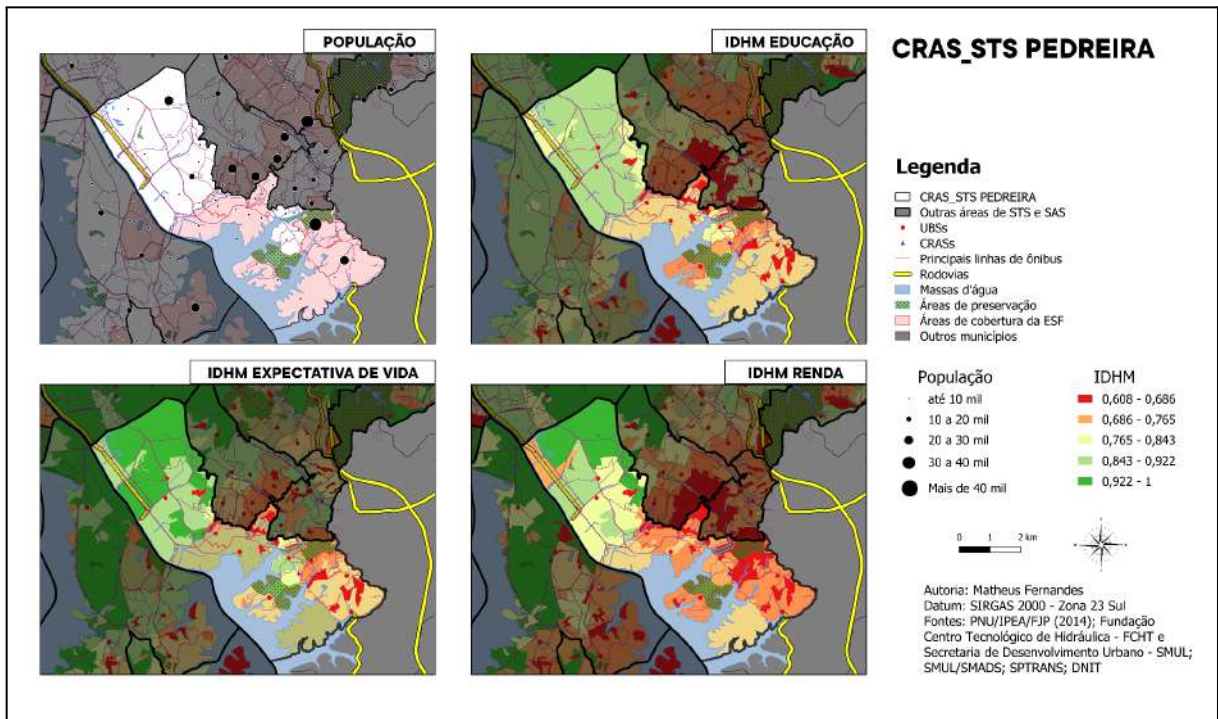
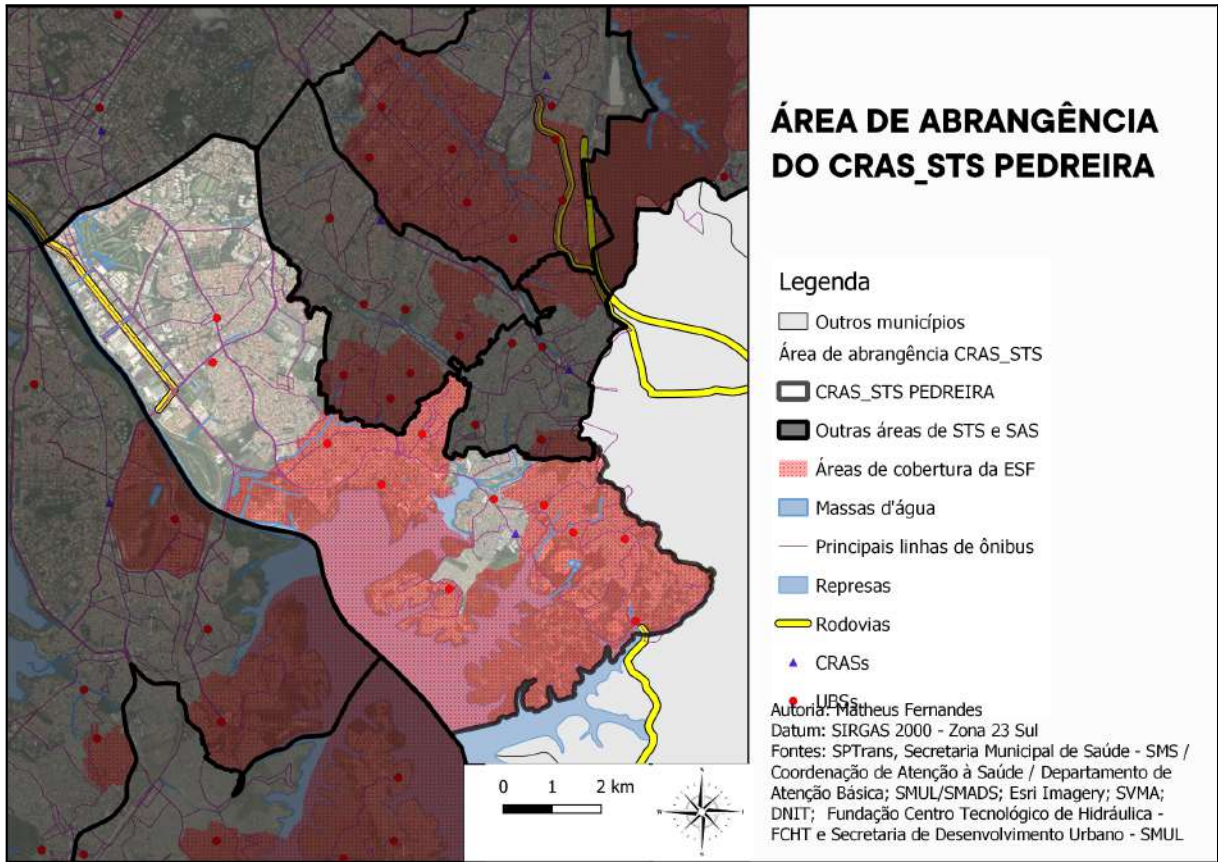


CRAS/STS PARELHEIROS



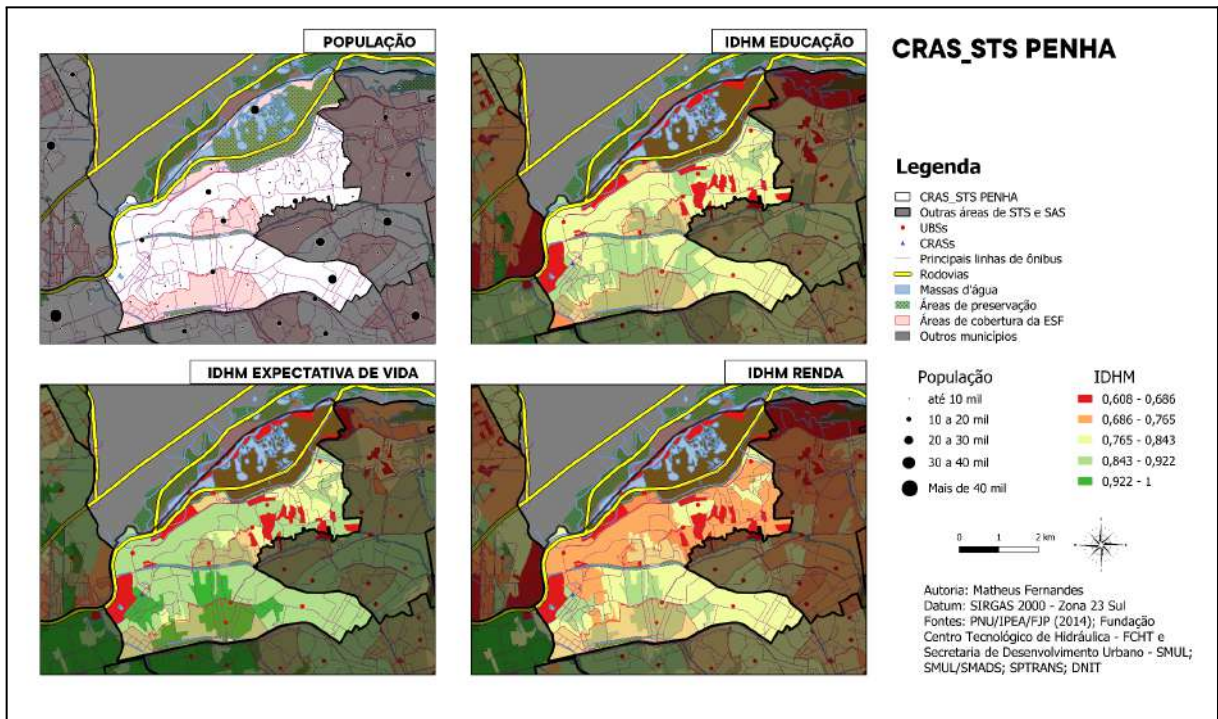
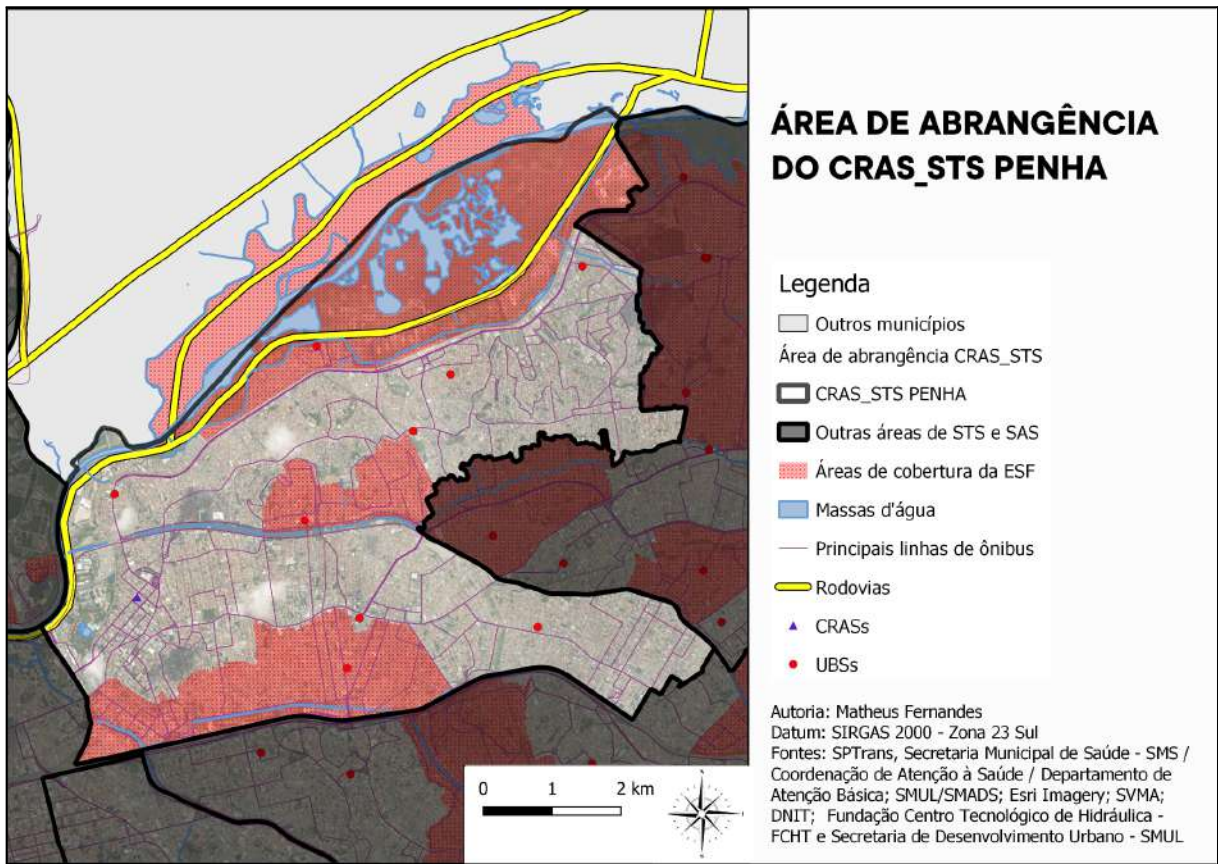


CRAS/STS PEDREIRA



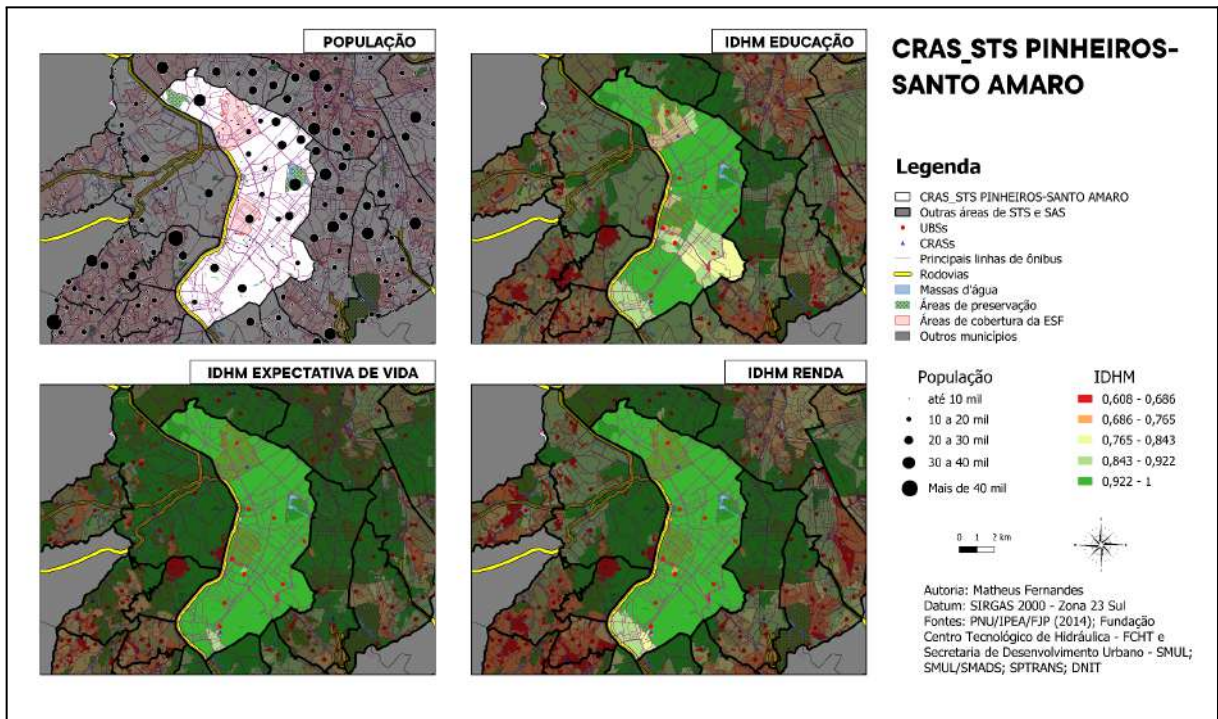
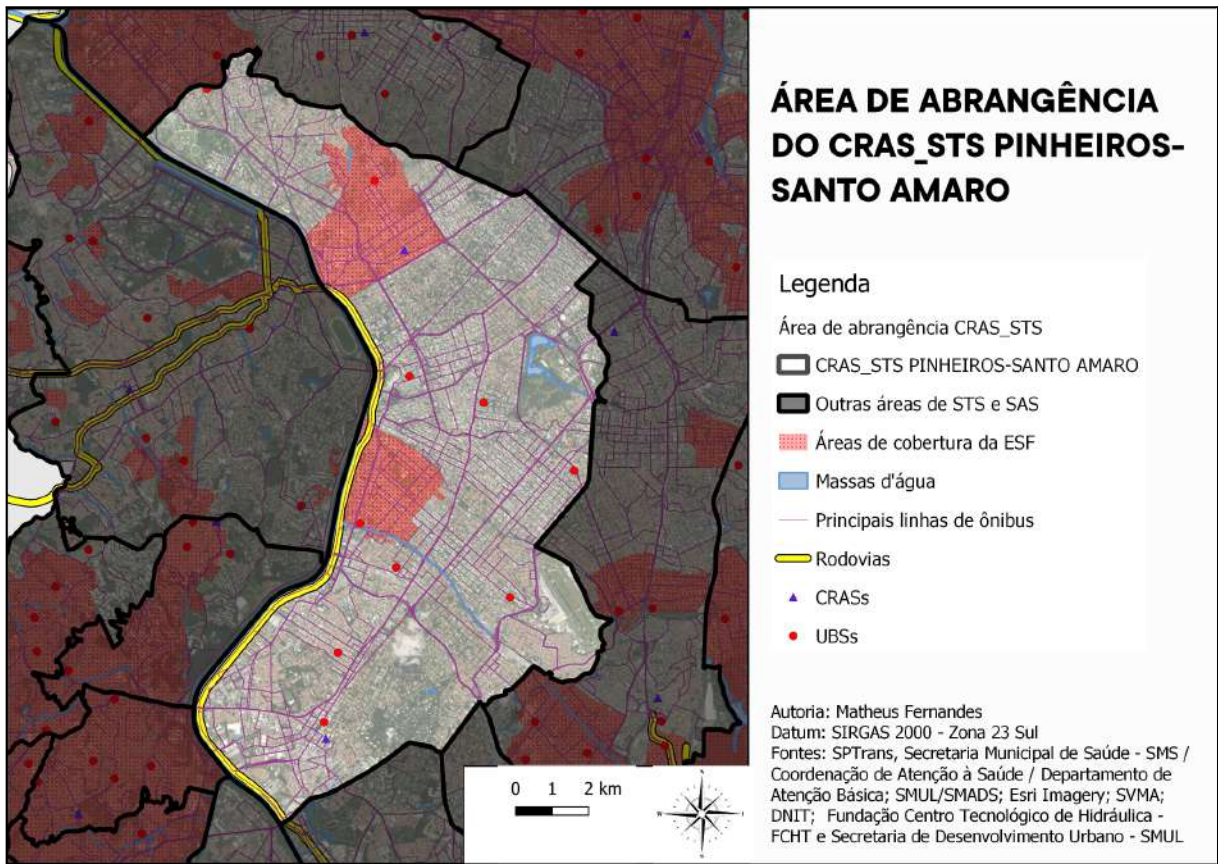


CRAS/STS PENHA



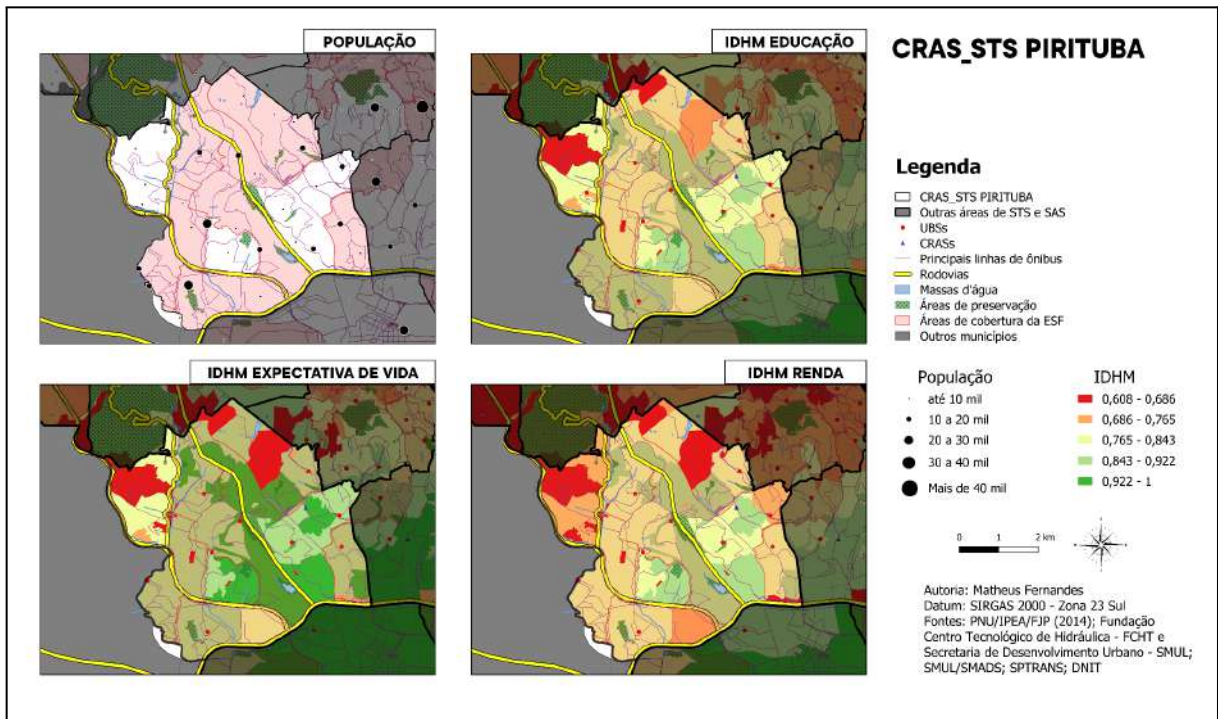
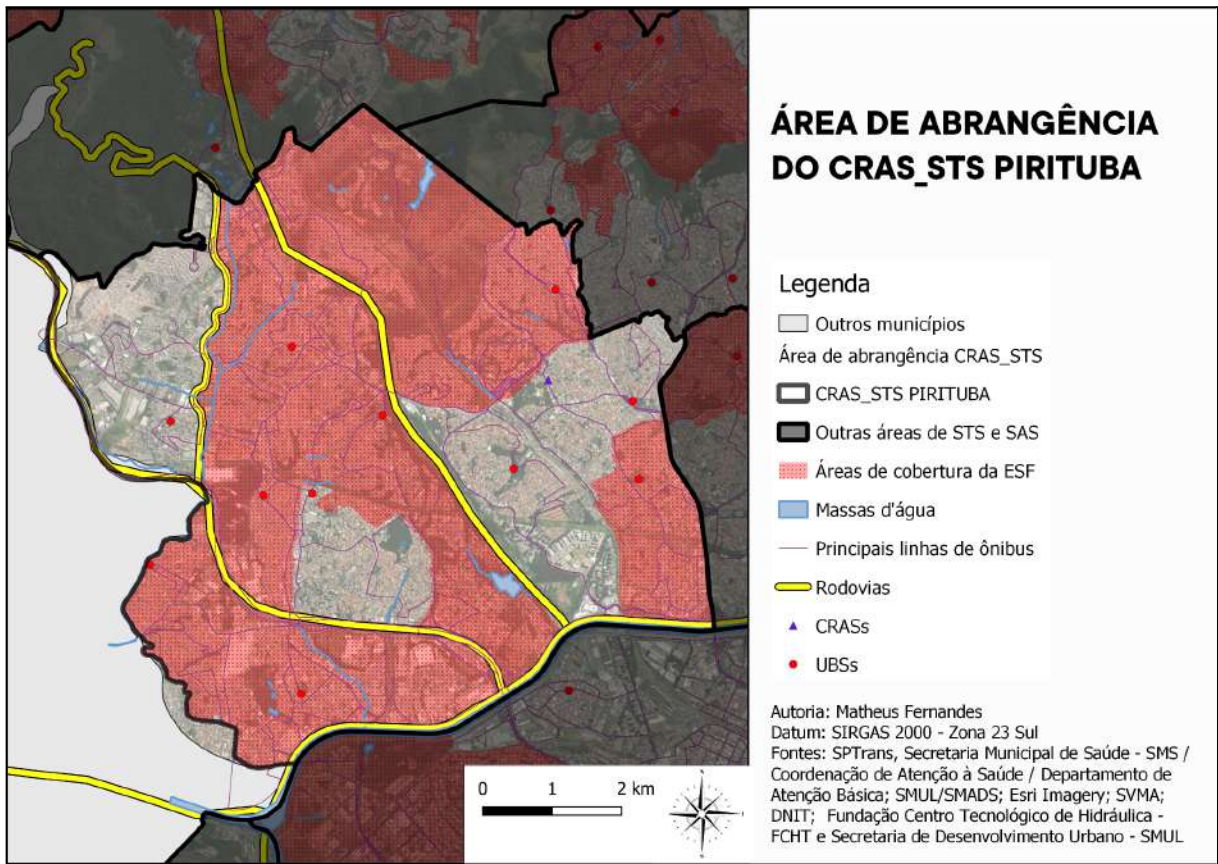


CRAS/STS PINHEIROS - SANTO AMARO

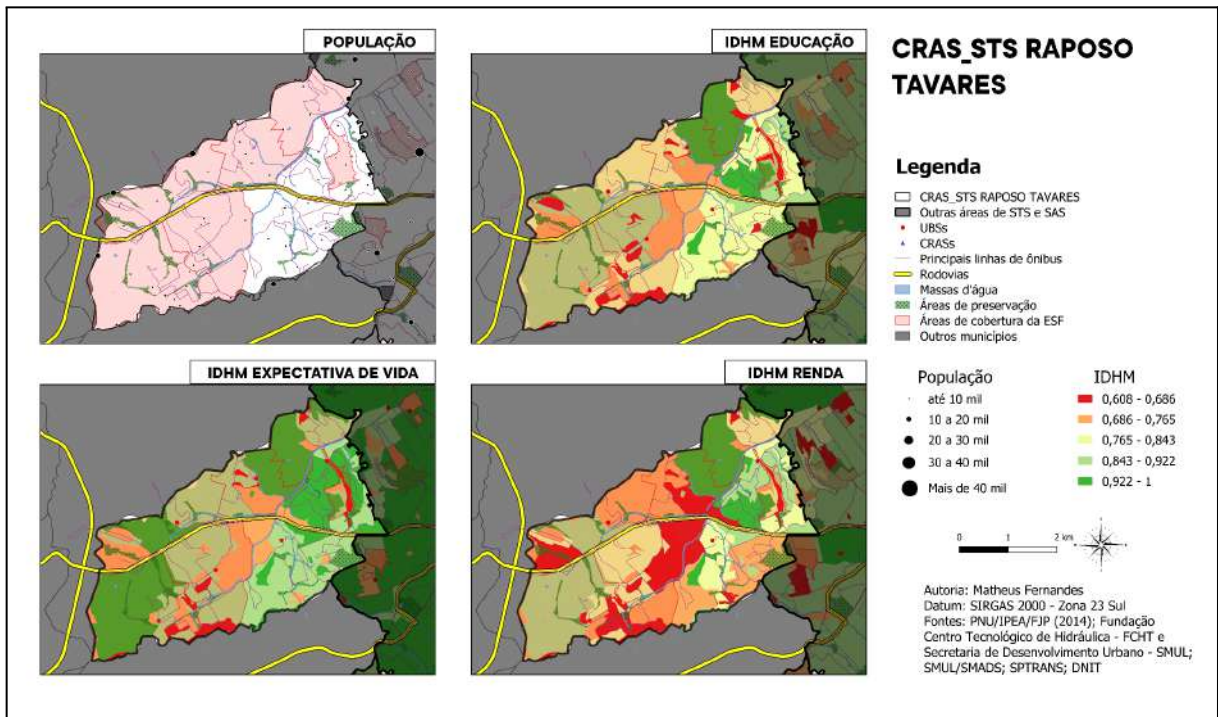
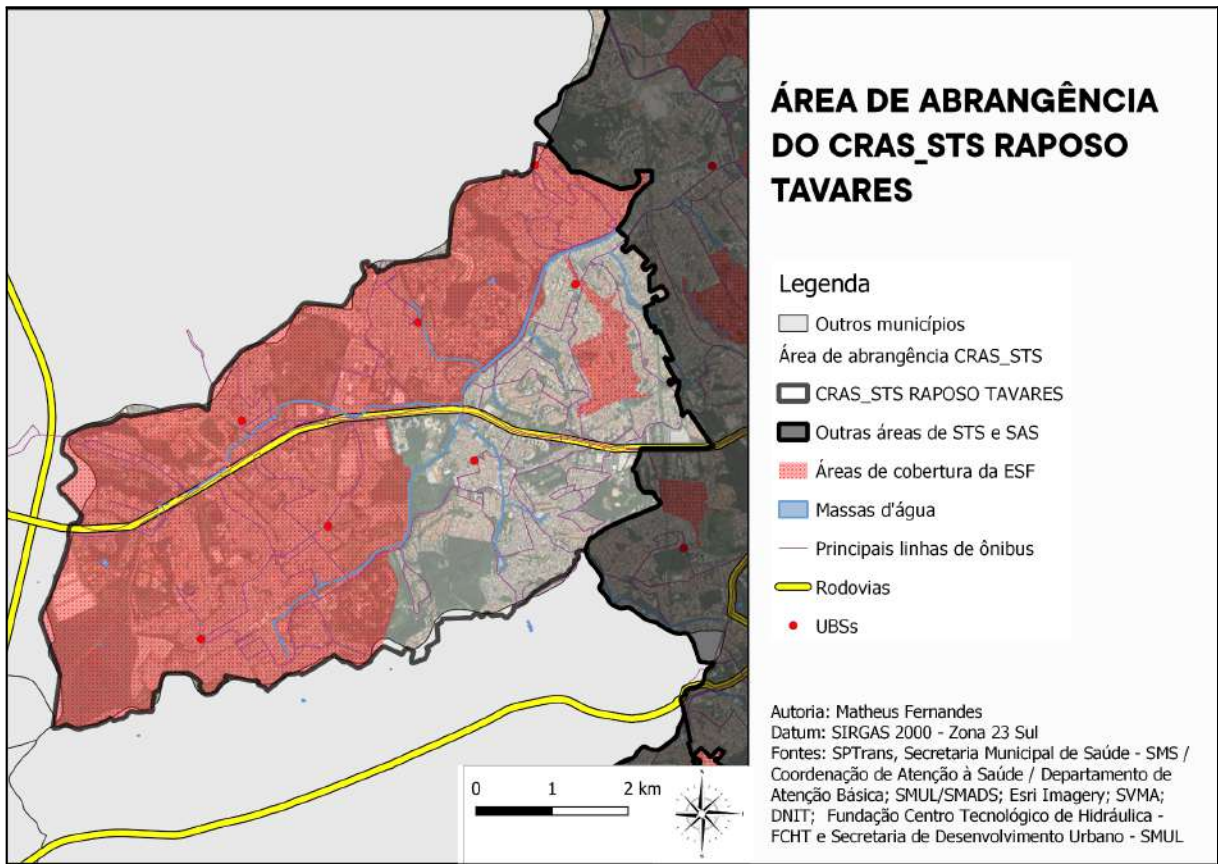




CRAS/STS PIRITUBA

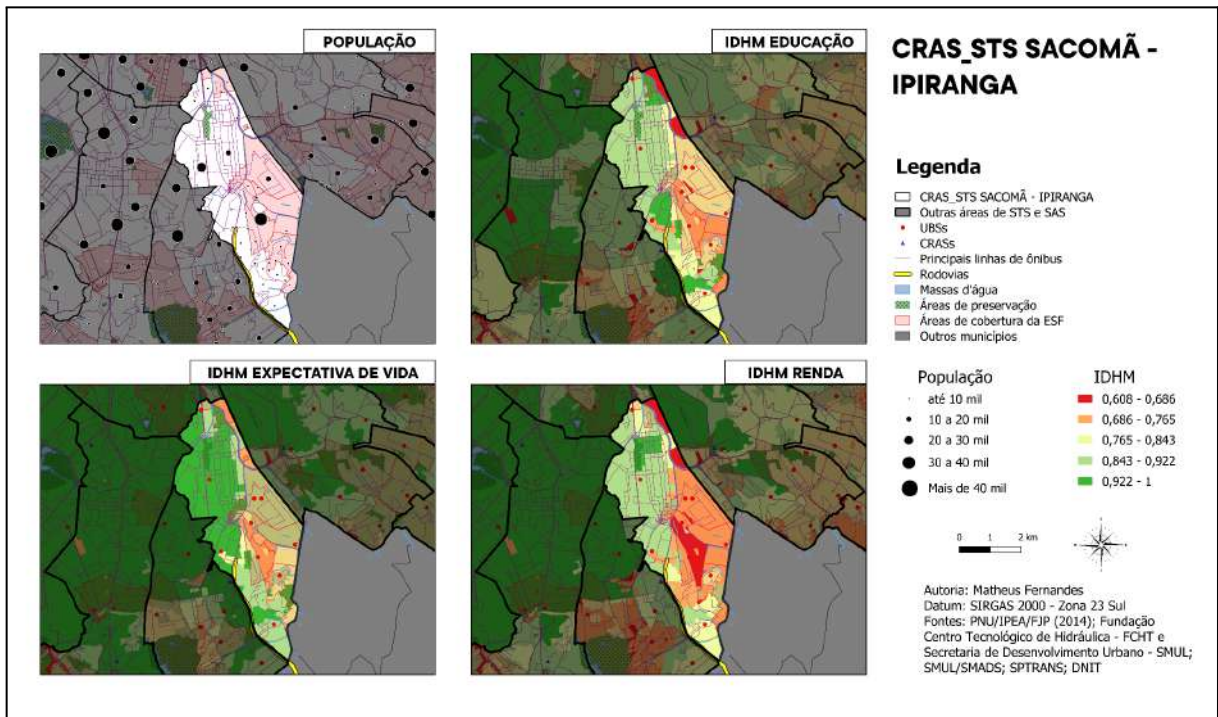
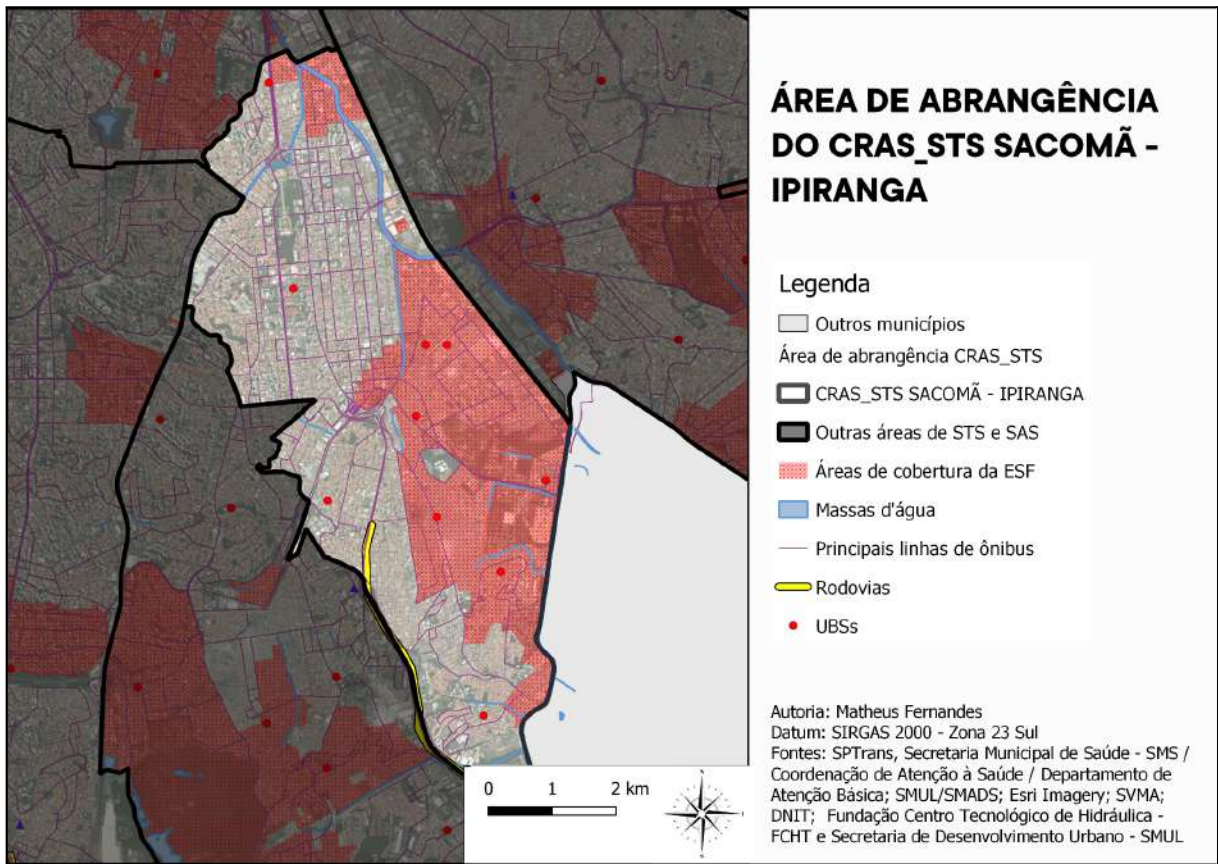


CRAS/STS RAPOSO TAVARES



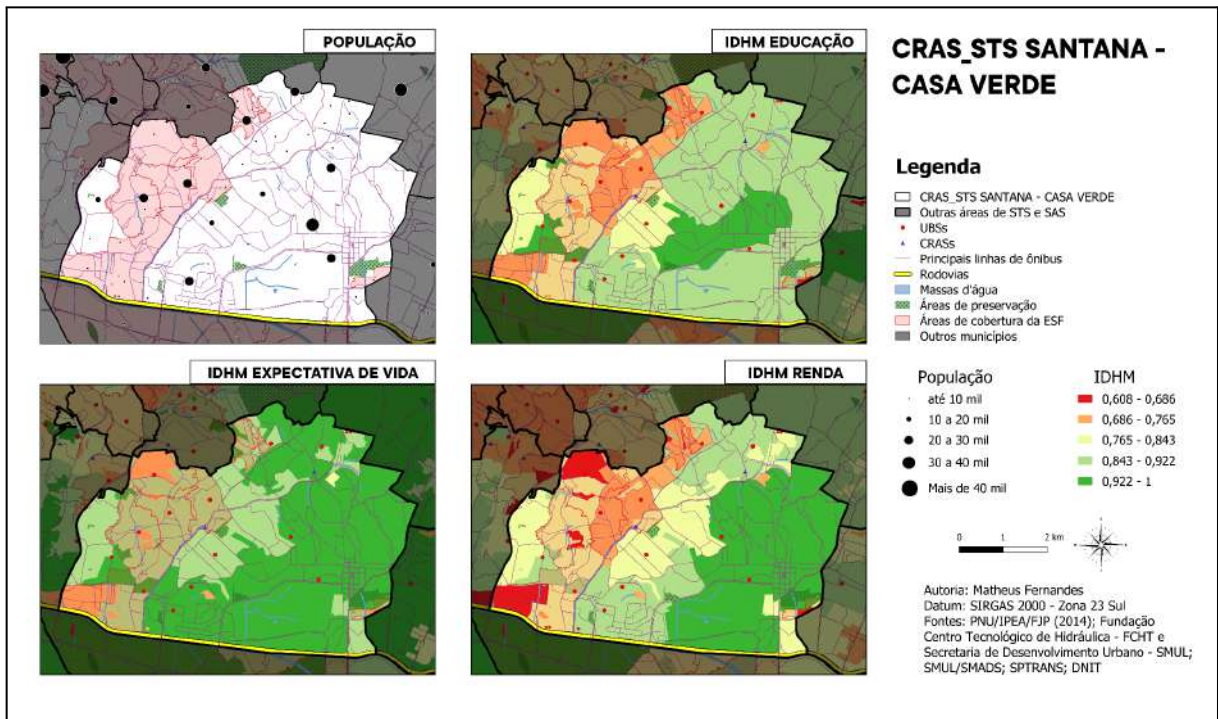
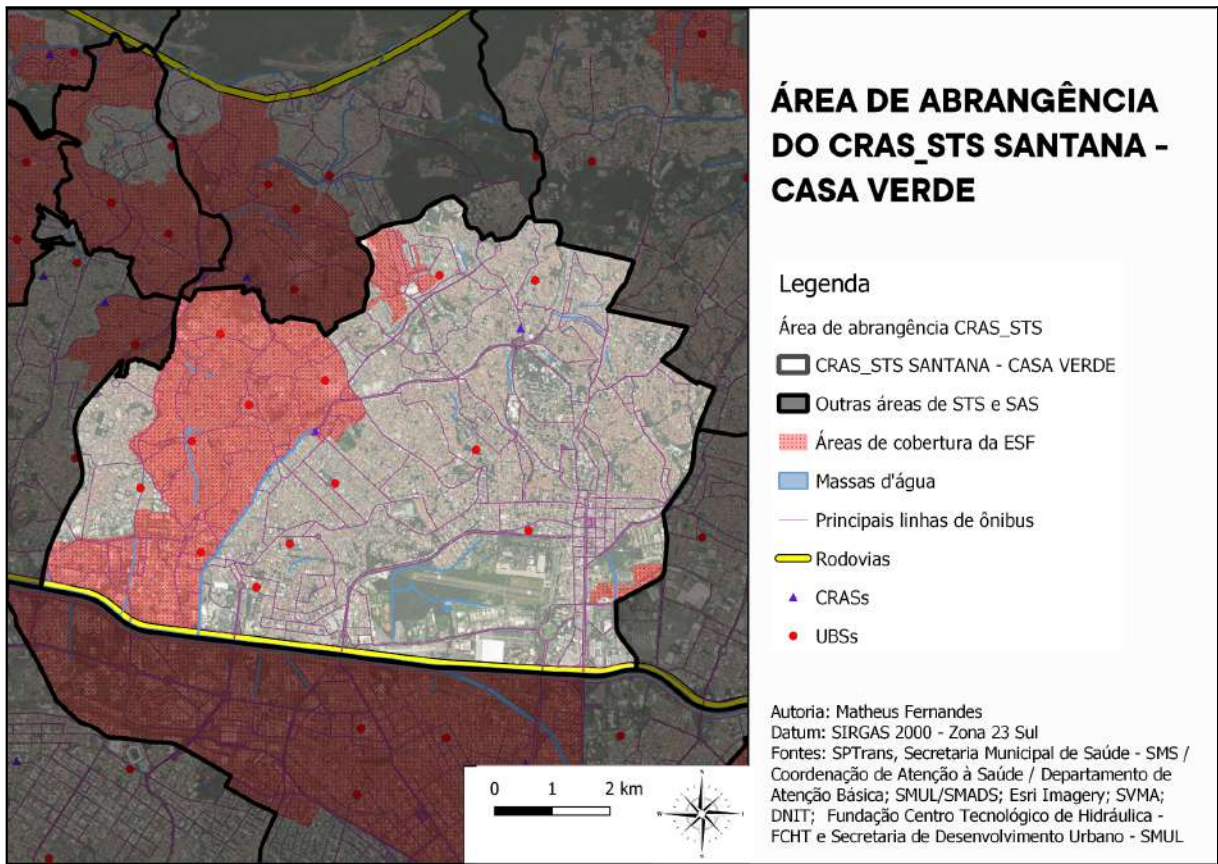


CRAS/STS SACOMÃ - IPIRANGA



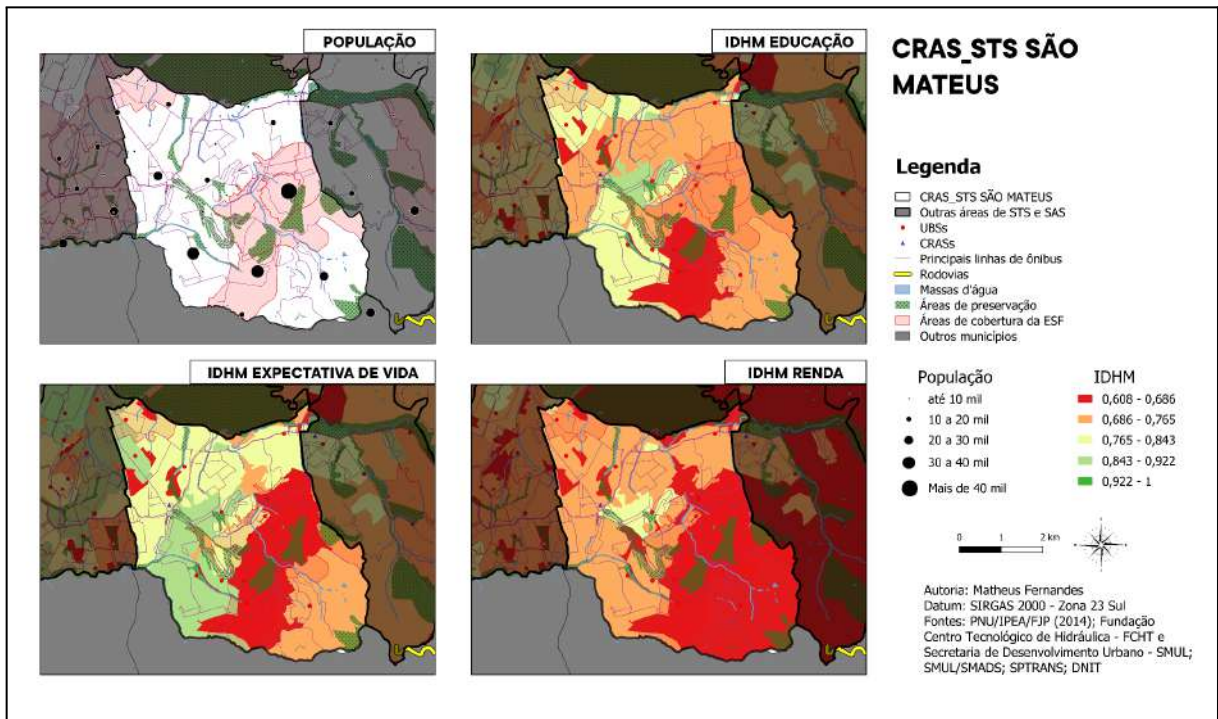
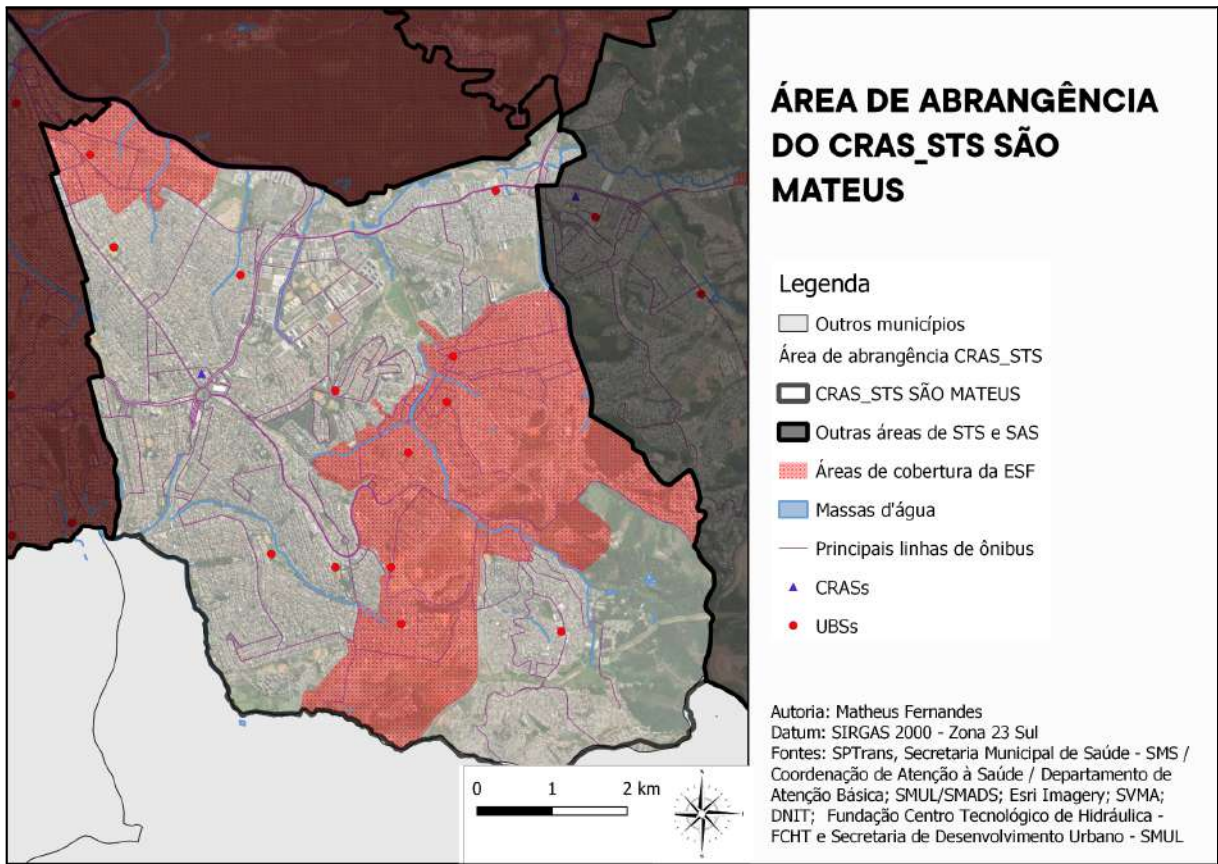


CRAS/STS SANTANA - CASA VERDE



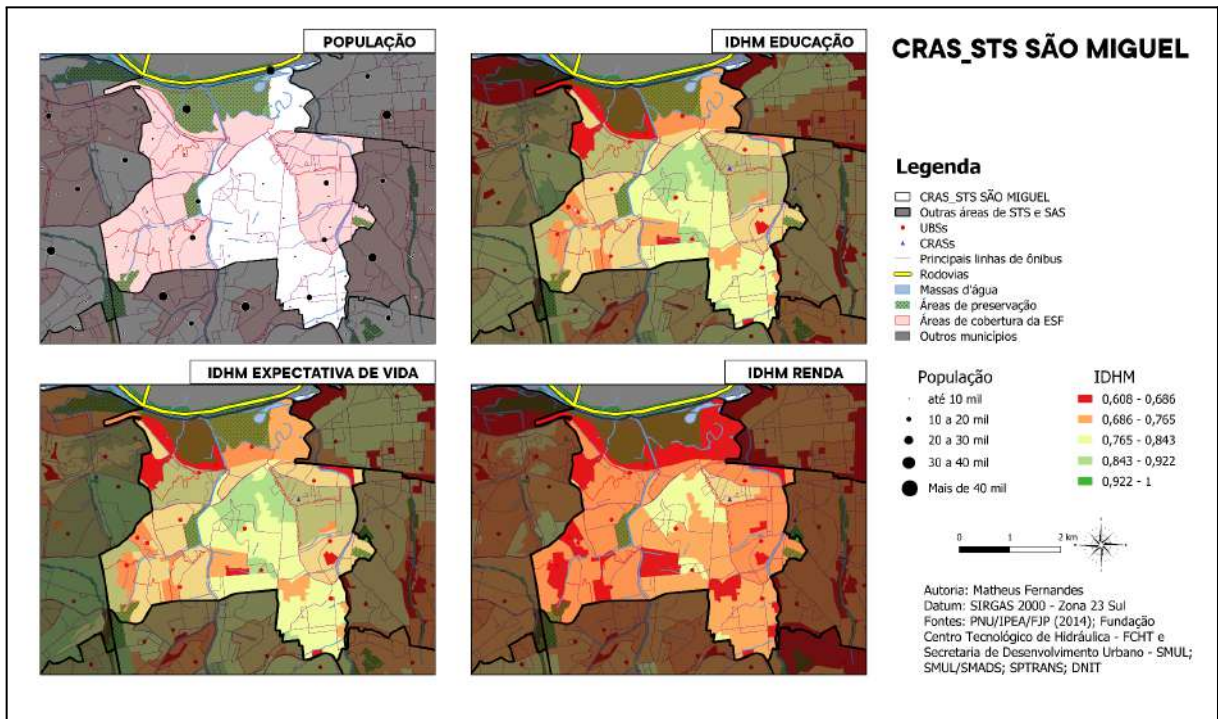
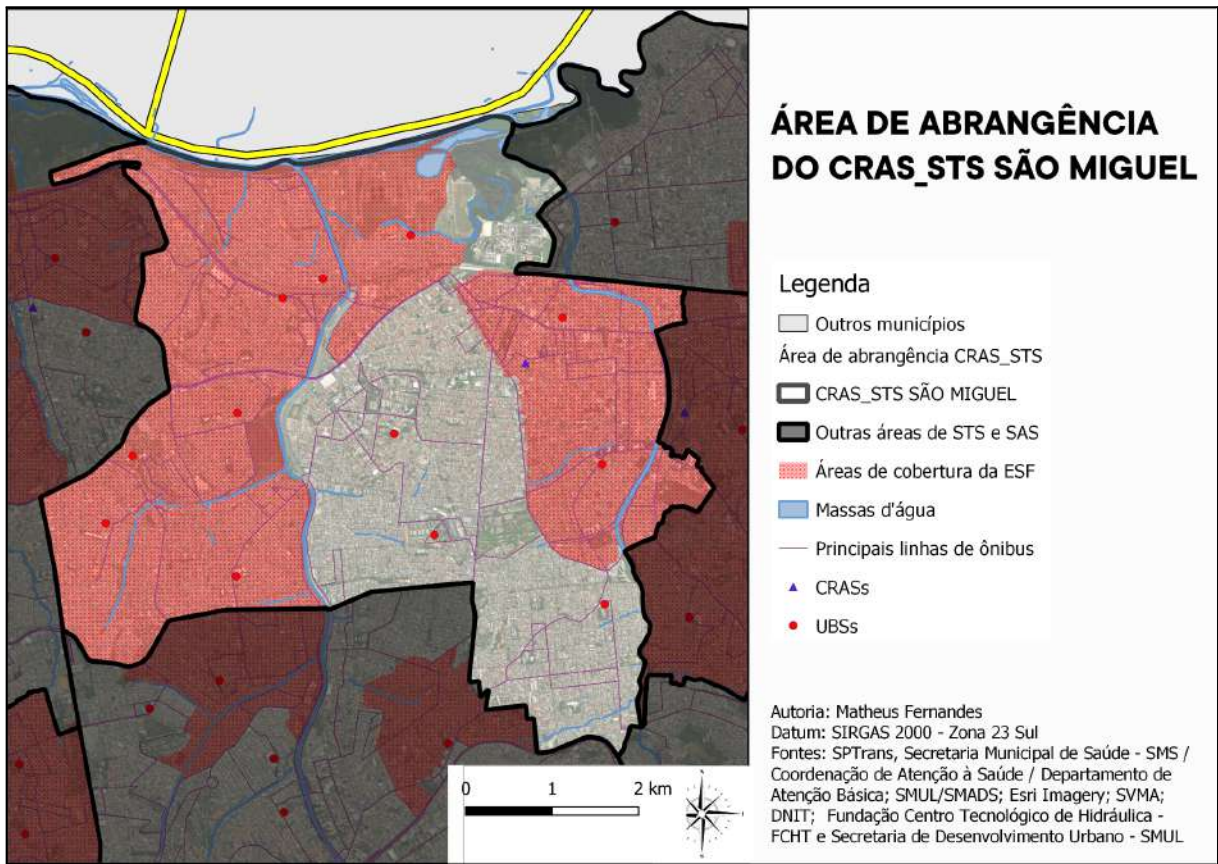


CRAS/STS SÃO MATEUS



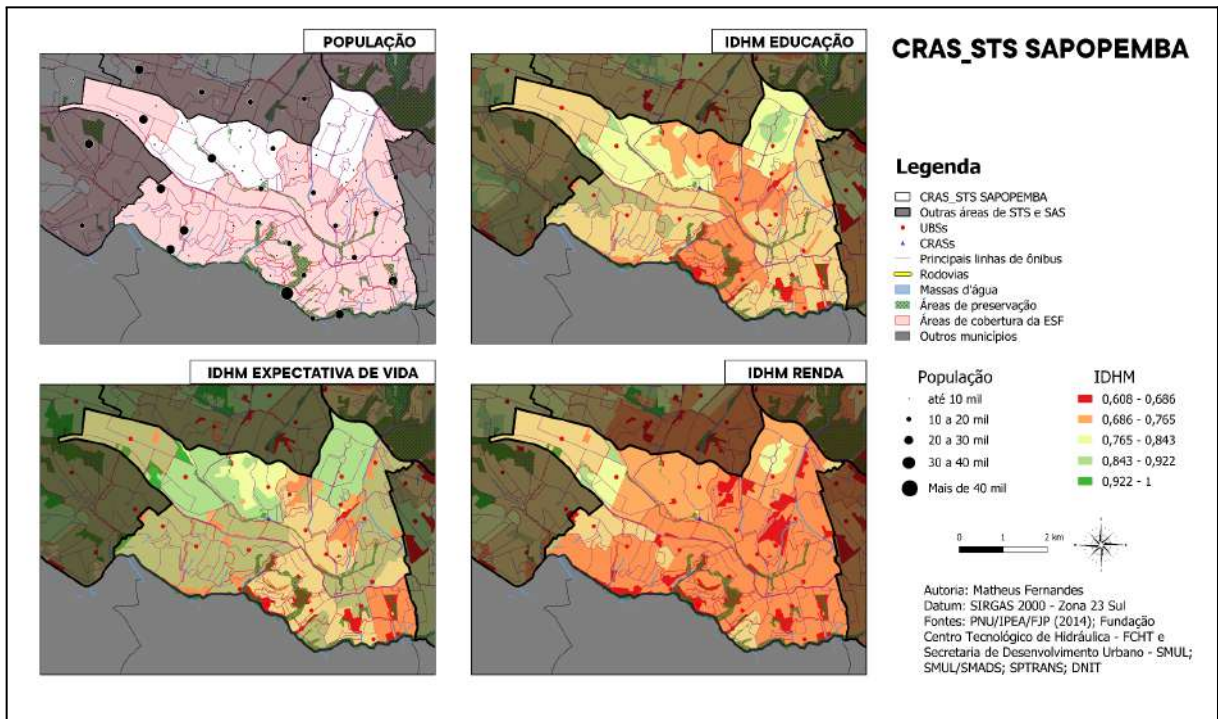
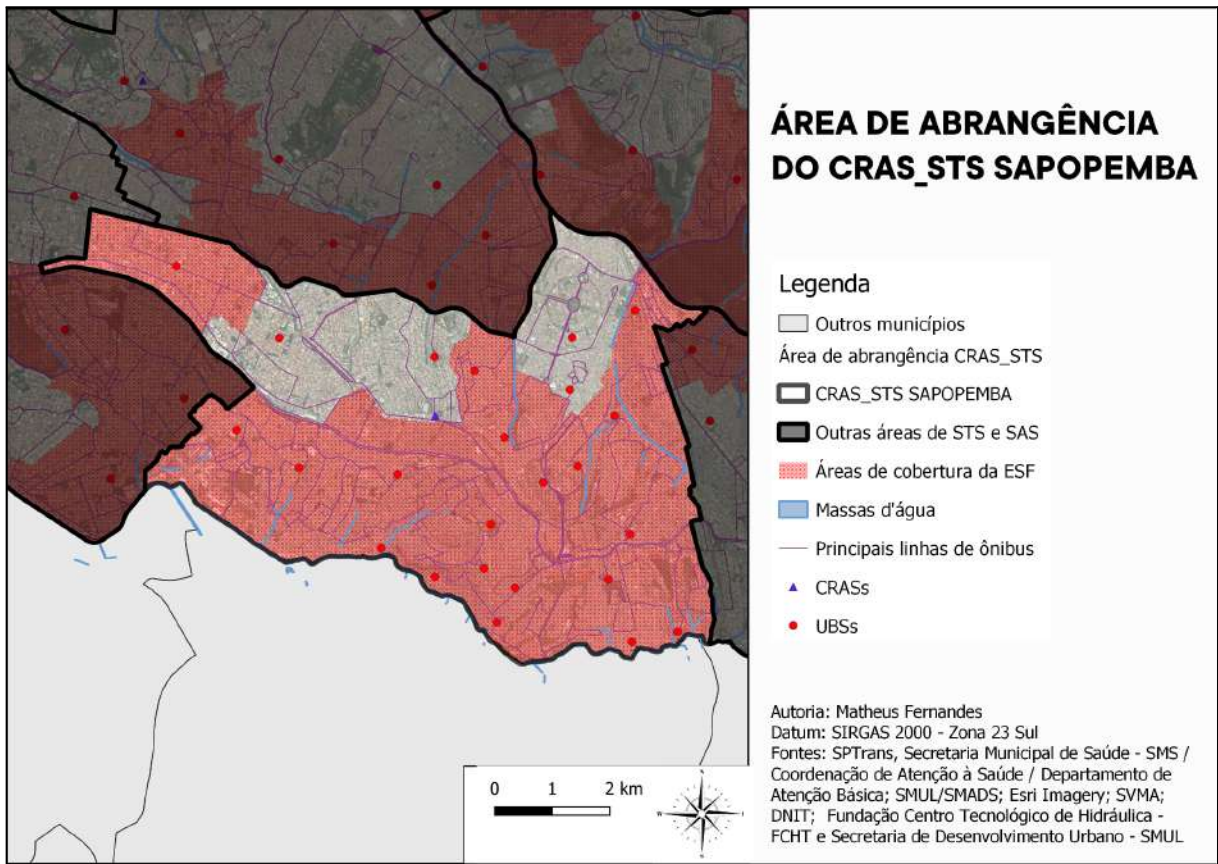


CRAS/STS SÃO MIGUEL

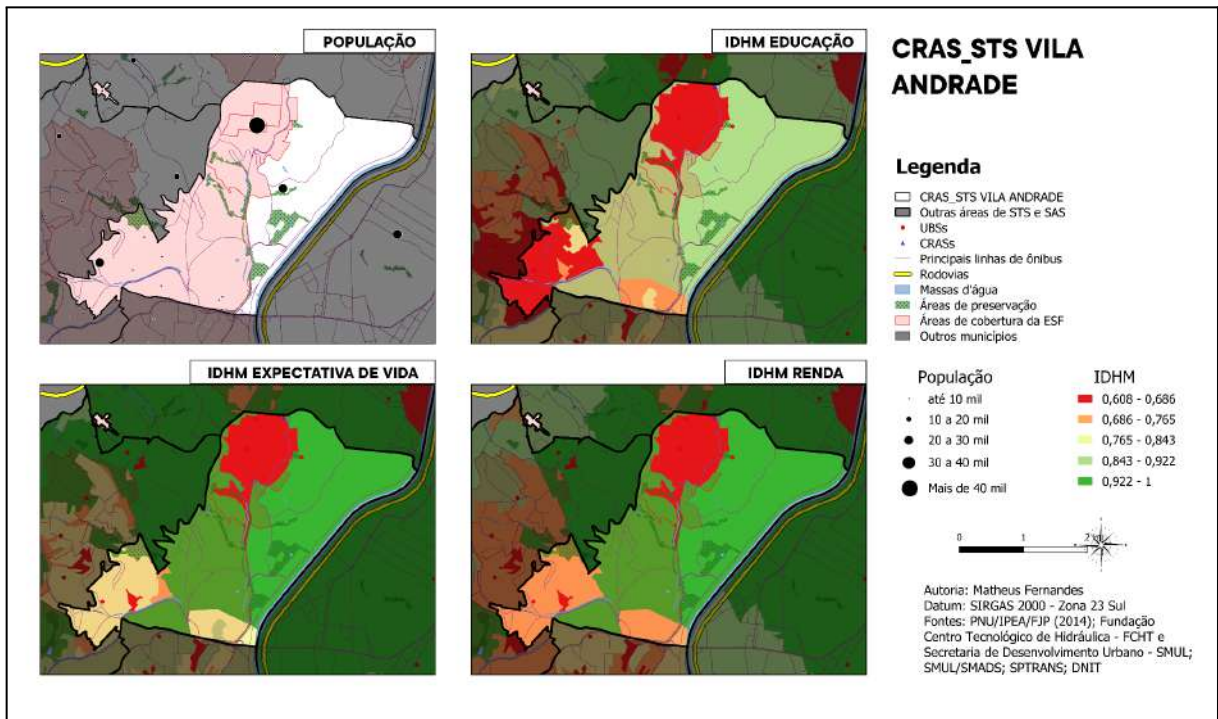
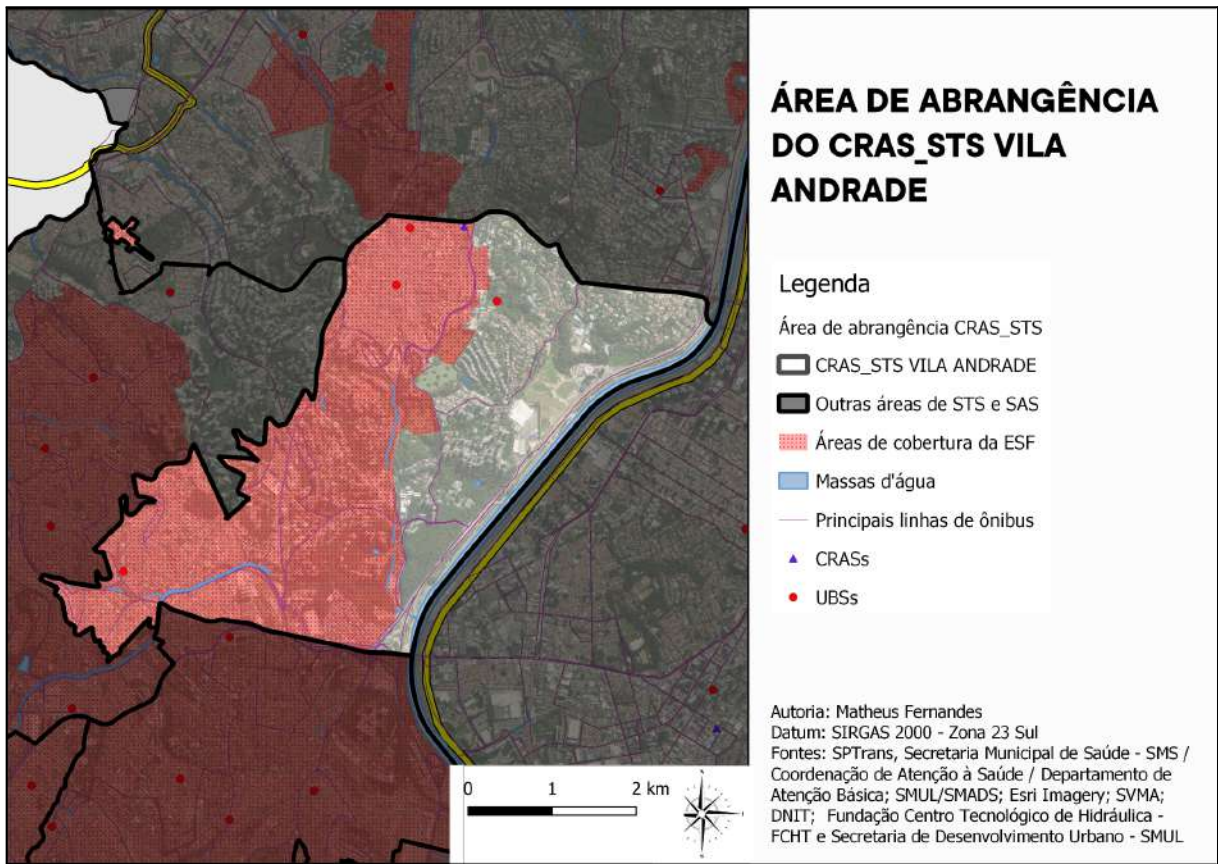




CRAS/STS SAPOPEMBA

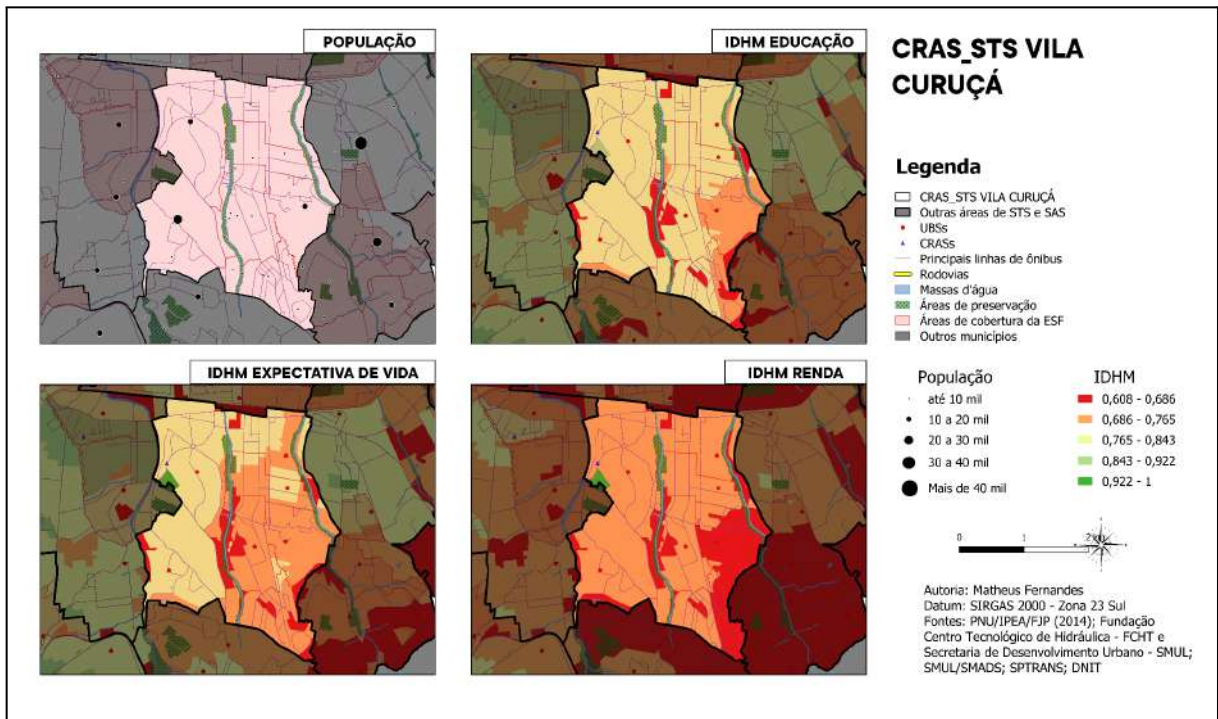
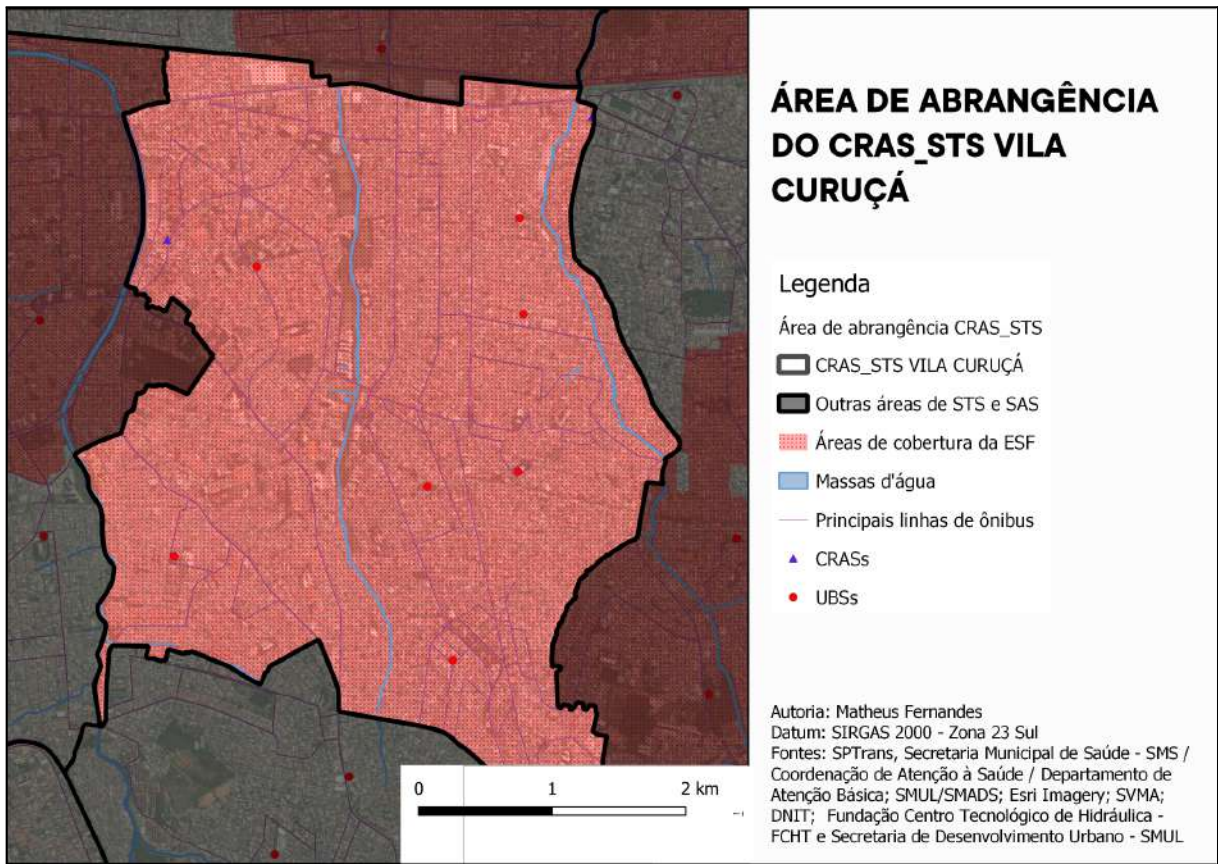


CRAS/STS VILA ANDRADE



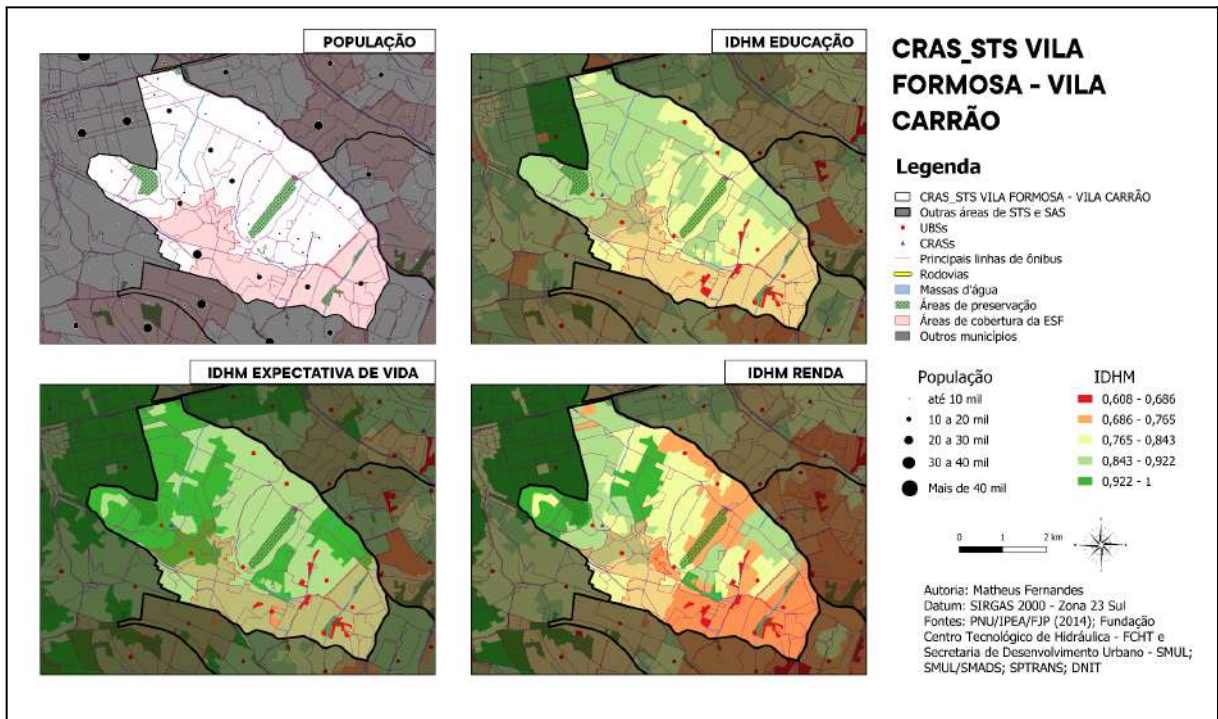
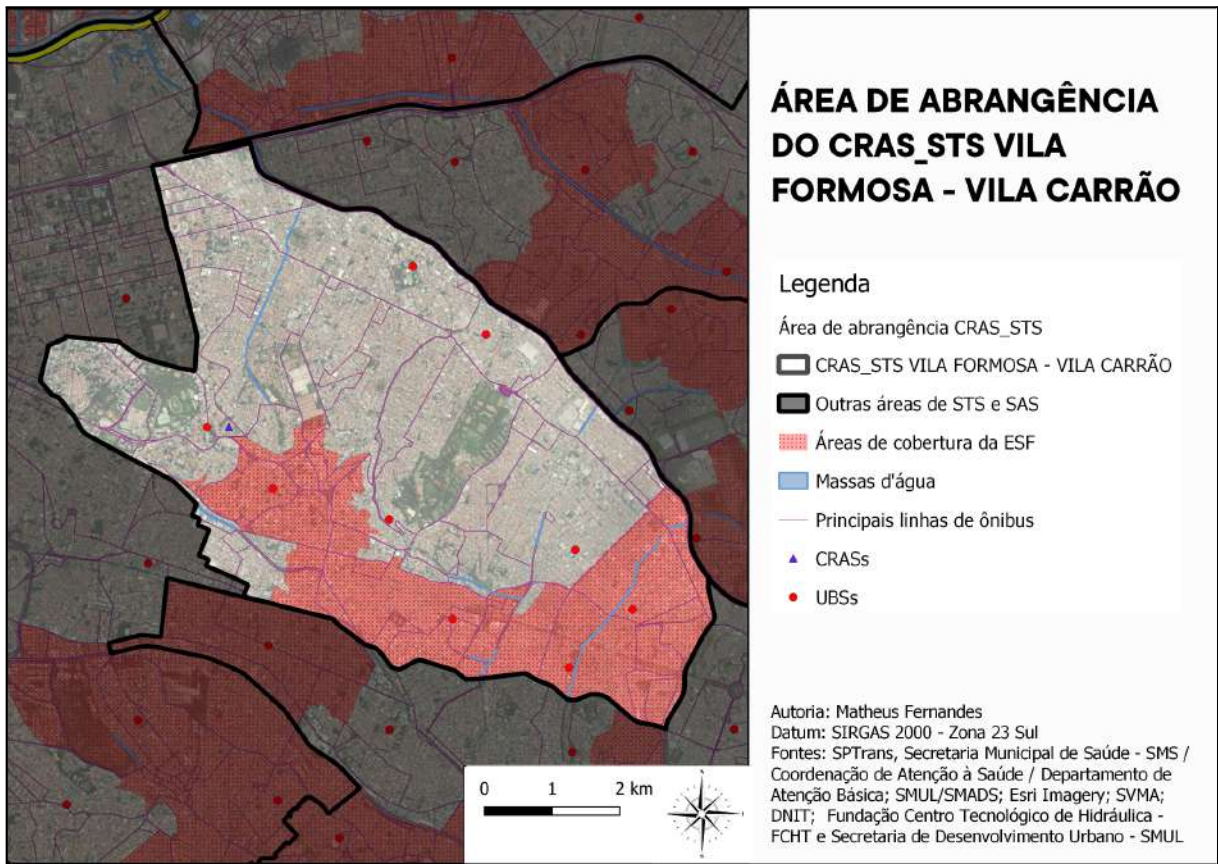


CRAS/STS VILA CURUÇÁ



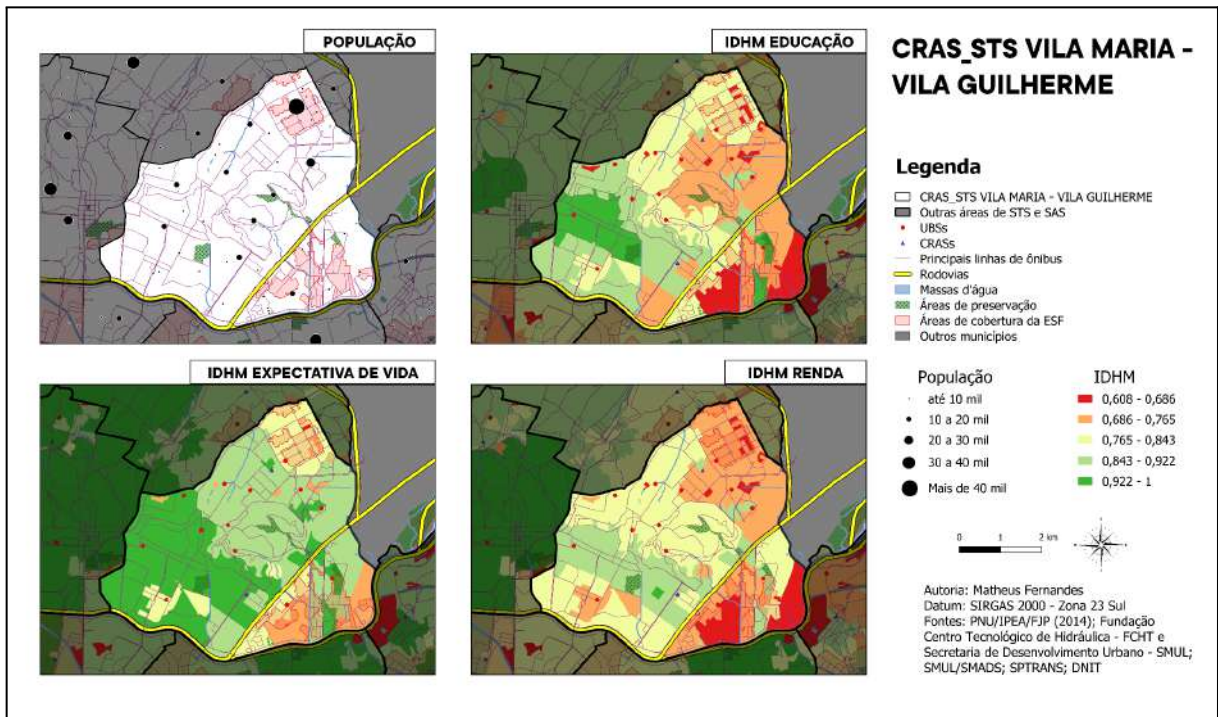
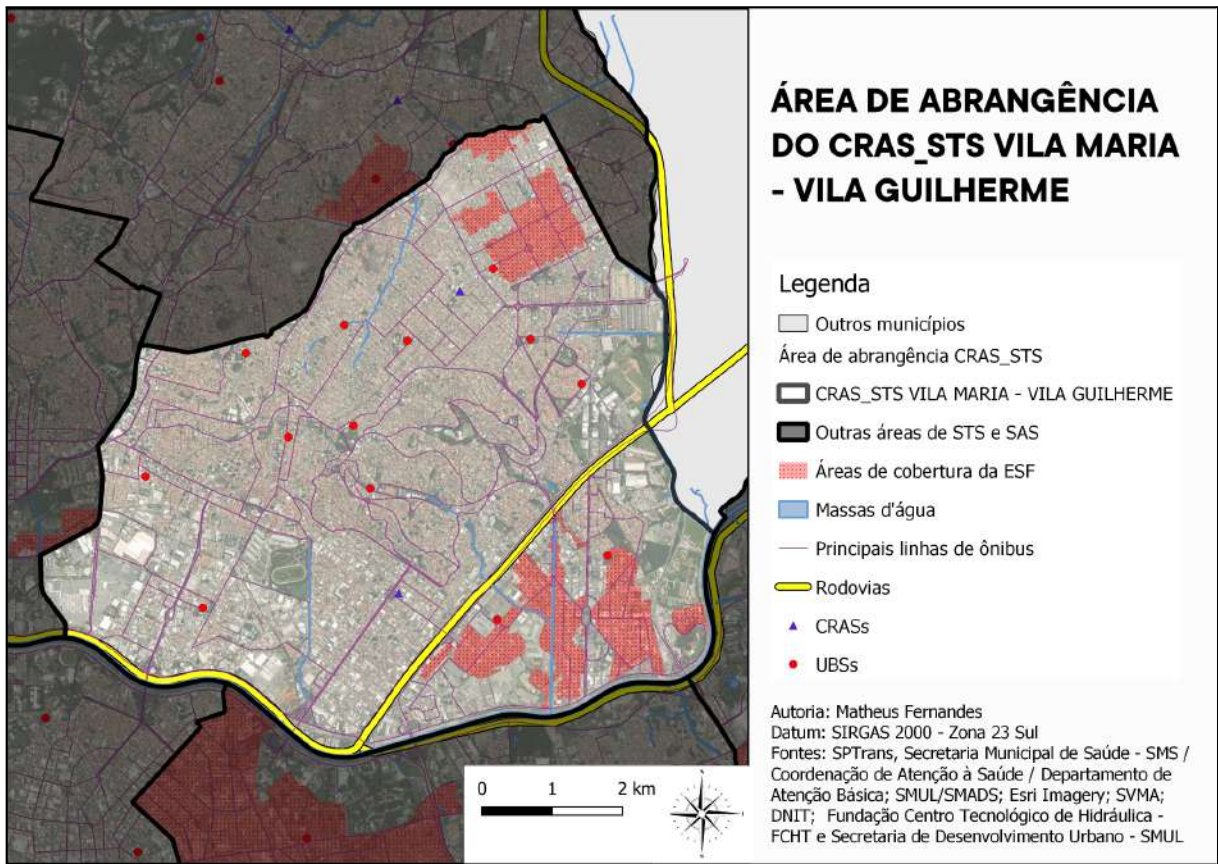


CRAS/STS VILA FORMOSA - VILA CARRÃO



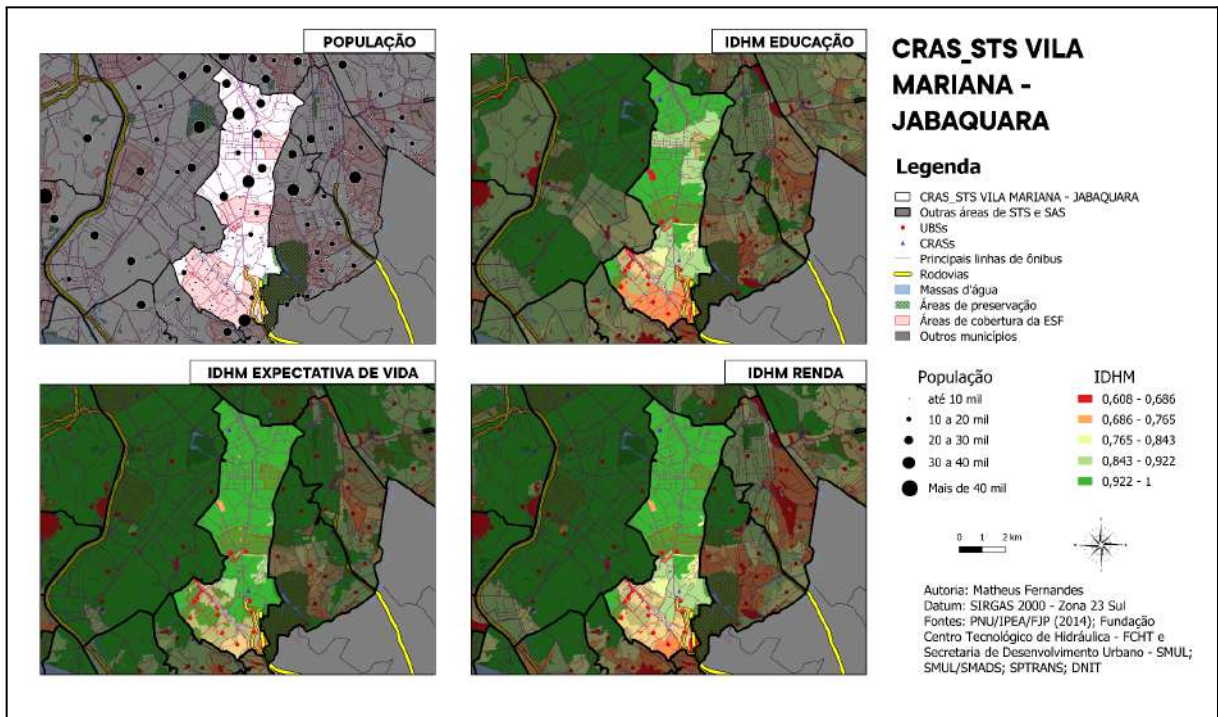
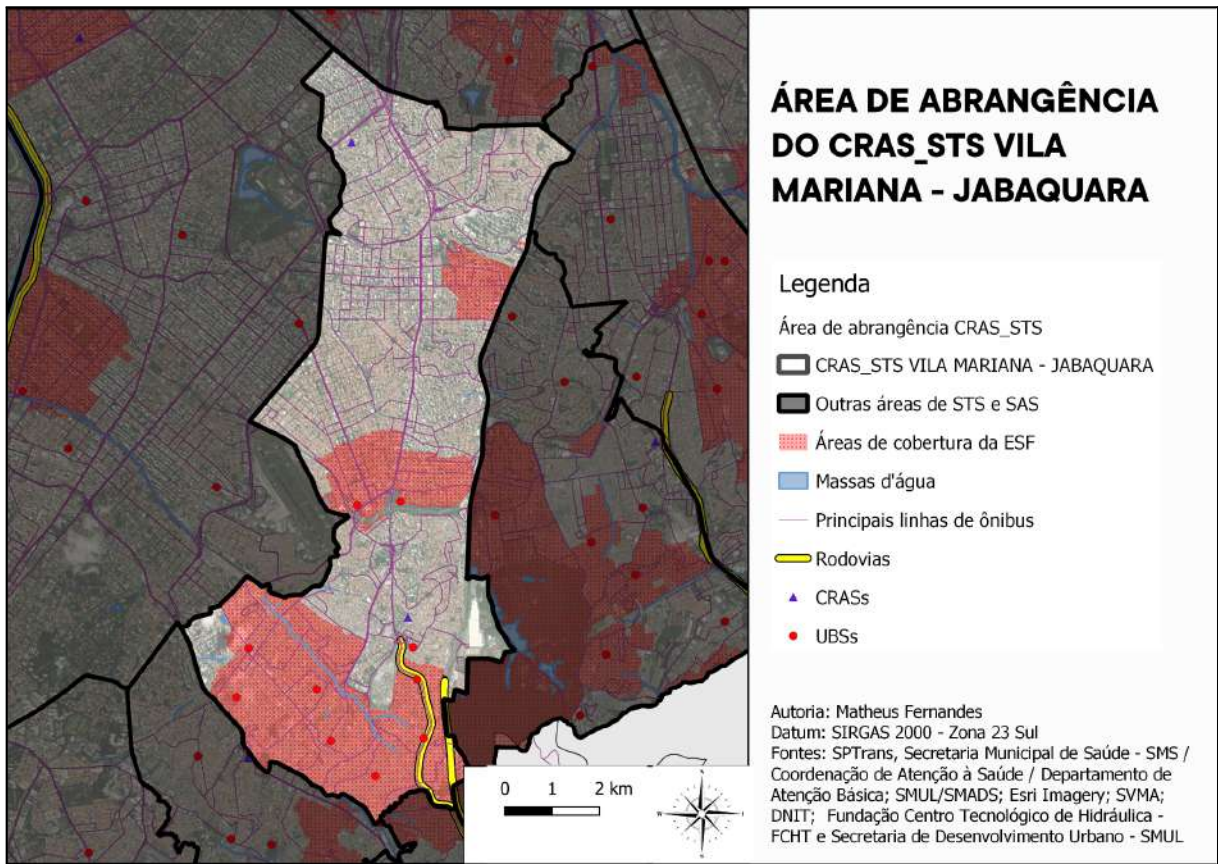


CRAS/STS VILA MARIA - VILA GUILHERME



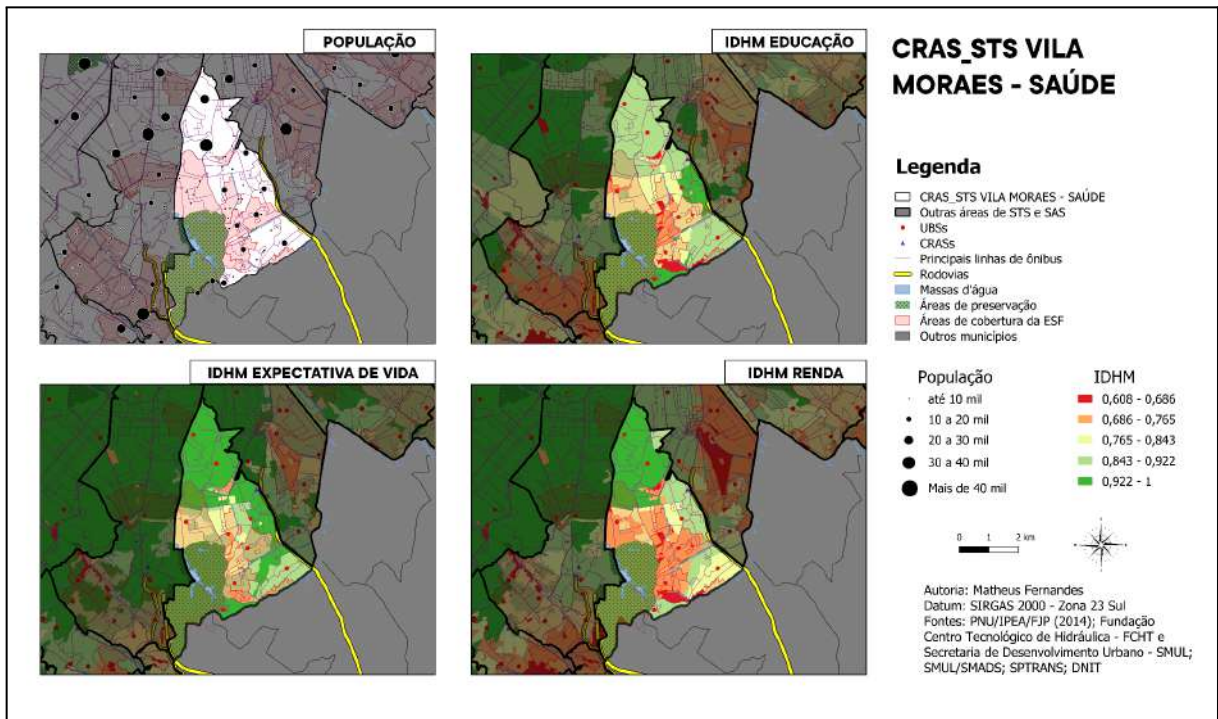
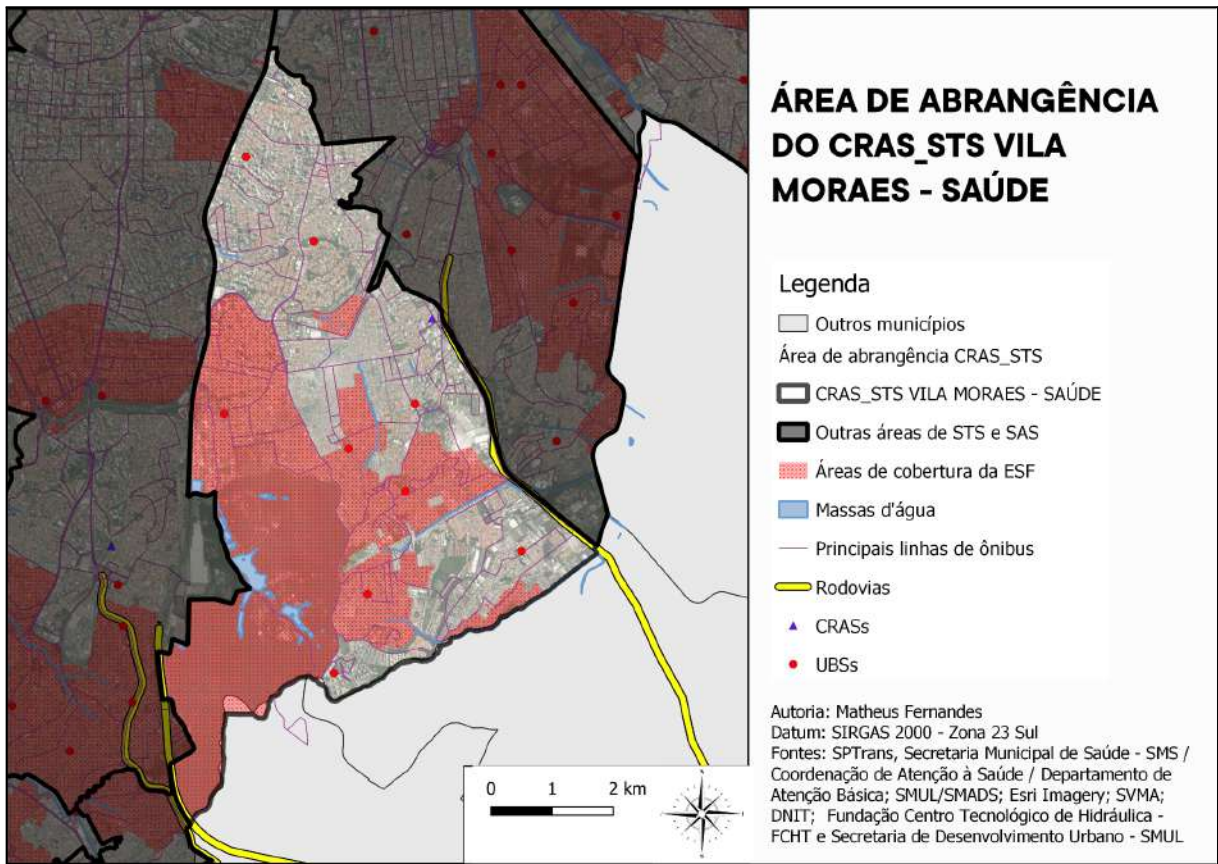


CRAS/STS VILA MARIANA - JABAQUARA





CRAS/STS VILA MORAES - SAÚDE





CRAS/STS VILA PRUDENTE - MOOCA

