

## ACESSO A BENS E SERVIÇOS PÚBLICOS E TERRITÓRIO: NOTAS GERAIS SOBRE O (DES)CASO COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO<sup>1</sup>

Daniely Silva de Viveiros<sup>2</sup>  
<https://orcid.org/0000-0001-5246-4155>

### RESUMO

Este artigo tem como objetivo apontar as dificuldades de acesso da população mais carente a bens e serviços públicos na cidade do Rio de Janeiro, discutindo brevemente como a constituição histórica dos direitos sociais e a distribuição territorial dos serviços restringem o acesso da população aos serviços e desvelam as dificuldades do exercício do “direito à cidade”. Foi utilizada a categoria território usado, de Milton Santos, à luz do papel do Estado na distribuição dos serviços públicos. Os conceitos de sub-cidadania e espoliação urbana, de Lúcio Kowarick fazem um paralelo à instituição de política de saúde no Brasil e à questão do acesso às políticas públicas frente às desigualdades territoriais. A investigação foi realizada na cidade do Rio de Janeiro e sua política de atenção primária por meio da saúde da família, entre 2010 e 2020.

**Palavras-Chave:** território; acesso; desigualdades territoriais, política de saúde, direitos sociais.

### ACCESS TO PUBLIC GOODS AND SERVICES AND TERRITORY: GENERAL NOTES ON NEGLIGENCE WITH PRIMARY HEALTH CARE IN THE CITY OF RIO DE JANEIRO

### ABSTRACT

This article aims to point out the main aspects of the relationship between the access to public services and territory, briefly discussing how the historical constitution of social rights and the territorial distribution of services has an impact on the access of the population and on the right to the city. The category used territory by Milton Santos was developed in the light of the role

---

1 |  CC BY-NC-SA

VIVEIROS. D. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons BY-NC-SA 4.0, que permite uso, distribuição e reprodução para fins não comerciais, com a citação dos autores e da fonte original e sob a mesma licença.

<sup>2</sup> Doutoranda em Políticas Públicas e Formação Humana, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, [danielyviveiros@hotmail.com](mailto:danielyviveiros@hotmail.com). Artigo baseado na Dissertação defendida no PPFH/UERJ, intitulada “Acessos e território na política de assistência social: dilemas entre o preconizado e o vivenciado” (2020).

of the State in the distribution of public services. Lúcio Kowarick's concepts of sub-citizenship and urban spoliation parallel the institution of health policy in Brazil and the issue of access to public policies in the face of territorial inequalities. As an example, we used a quick analysis of the city of Rio de Janeiro and its primary care policy through family health between 2010 and 2020.

**Keywords:** territory; access; territorial inequalities, health policy, social rights.

## INTRODUÇÃO

Em geral, as políticas públicas devem ter como base em sua elaboração e implementação estudos sobre acesso, o que indica a necessidade de categorizar a definição de direitos em cada contexto. Para isso, a utilização do conceito de território é essencial, assim como a concepção de distribuição territorial de serviços, que ocorrem em panoramas permanentes de desigualdade e exclusão social em toda a América Latina. O que podemos ver, em uma primeira análise, é que apesar da recorrente afirmação legal de igualdade de acesso, há uma histórica desigualdade estrutural na distribuição territorial de bens e serviços públicos (O'DONNELL, 1978, SANTOS, 2014). O contexto de desigualdade estrutural de acesso a bens e serviços aponta para a necessidade de uma releitura da noção de cidadania, diante da ausência histórica ou da falta de acesso às políticas sociais nas áreas mais pobres.

Mesmo que nas primeiras décadas do século XXI tenhamos observado avanços do campo político mais progressista, os países latinos geralmente permanecem com uma dualidade na conformação de seus sistemas de serviços públicos sociais, uma vez que as heterogeneidades regionais expressam as principais desigualdades de acesso. Nos últimos anos, houve um estado permanente de crise gerado pelo aprofundamento do neoliberalismo, com drástico decréscimo de investimentos no setor social e especificamente na saúde, onde a população mais pobre é a mais afetada. A explosão da pandemia de COVID-19 fez emergir toda a desigualdade regional histórica na distribuição territorial e no acesso aos serviços, criando um quadro de massiva desassistência pública e aumento da letalidade da doença, expondo uma degradação total do sistema público – principalmente emergências – e disparidades entre serviços públicos e privados.

Este artigo tem como objetivo apontar os principais aspectos da relação entre acesso da população a bens e serviços públicos e território. Dessa forma, busca discutir como a constituição histórica dos direitos sociais e a distribuição territorial dos serviços tem impacto

no acesso da população. Como exemplo, utilizamos uma análise da cidade do Rio de Janeiro e sua política de atenção primária por meio da saúde da família, entre 2010 e 2020.

Foi realizada uma revisão bibliográfica da categoria território usado, a partir da concepção de Milton Santos, à luz do papel do Estado na distribuição dos serviços públicos. Os conceitos de sub-cidadania e espoliação urbana, de Lúcio Kowarick (1983, 1991, 2002, 2009) fazem um paralelo à instituição de política de saúde no Brasil e à questão do acesso às políticas públicas frente às desigualdades territoriais. Concluímos o ensaio com uma breve reflexão sobre o direito à cidade (LEFEBVRE, 1976, 2001, HARVEY, 2013), referindo a utopia experimental proposta por Lefebvre, onde o território, com suas desigualdades e possibilidades, mas, acima de tudo, dialético, também deve existir como um "lugar do possível".

### **A CATEGORIA DE TERRITÓRIO USADO, AS DESIGUALDADES DE ACESSO E O PAPEL DO ESTADO.**

A categoria território foi historicamente constituída na relação entre poder e Estado, atravessada por contradições e conflitos que revelam uma tensão permanente, mesmo antes da formação do Estado moderno (HERNANDEZ, 2015). Assim, o território nasceu como expressão de poder, com suas respectivas necessidades de delimitação espacial e econômica, bem como o exercício do controle social, dentro da formação do Estado, este último como "componente especificamente político em uma sociedade territorialmente delimitada" (O'DONNELL, 1978, p. 2). Desde o século XIII, o Estado territorial foi estabelecido a partir da arrecadação de impostos e da organização do exército, e assim promove e controla o crescimento da população, no entanto, sem evitar os constantes conflitos que o constituem (BOBBIO, 2017; ELIAS, 1993). Com a consolidação do Estado, as novas bases territoriais e a necessidade de controle do poder também são definidas, por meio de diversas estruturas capilarizadas que atingem toda a população, expressas principalmente nas diferentes formas e níveis de organização governamental.

Devido à diversidade e às relações que permeiam o território, não há uma definição dentro de uma delimitação ou função espacial, mas pelas implicações políticas, sociais e econômicas dessas relações nele estabelecidas, com seu caráter multidimensional e atravessado por relações de poder conflitantes ou cooperativas (SILVA, 2013). Na constituição da categoria território é necessário, portanto, correlacionar as dimensões política e econômica,

considerando-a como uma construção histórica e social que modifica as condições, amplia e configura o espaço, através da intervenção permanente das instituições e das pessoas e das respectivas relações sociais que ali se desenvolvem. As relações sociais cotidianas são estabelecidas de acordo com a produção e as relações sociais de produção, ordenando o espaço social e determinando formas e práticas espaciais, sob a ação expansiva e, em geral, violenta do capital. As ordens espaciais e geográficas e, por conseguinte, o território, são um produto histórico das relações sociais, que promovem uma "geograficidade" com desenvolvimentos desiguais e sociabilidades espaciais que se cruzam ou articulam (HERNADEZ, 2015). A relação entre as classes é por si só desigual, inerentemente conflitante, cuja posição de cada classe já determina em grande parte a desigualdade, criando a diferenciação de acesso na sociedade (O'DONNELL, 1978).

Milton Santos (1999, 2005, 2014) reúne em sua definição de território as dimensões da vida social atravessadas pelo tempo, técnica e informação, mediadas por redes que interligam tanto o rural quanto o agrícola com o urbano, bem como a produção e a política, em uma dialética do território que não permite vislumbrar a realidade de forma hermética ou idealizada. Para ele, o território como base da vida social deve ser entendido como *um território usado*, dada a complexidade das relações nele estabelecidas. Para Santos (2005), o território utilizado reflete objetos e ações como espaço humano e habitado. " O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence." (Santos, 2015, p. 96). A categoria território usado é extremamente relevante para o campo das políticas públicas, dada a necessidade de construção de parâmetros de análise e implementação de políticas que incorporem dialética e diferentes mediações inerentes aos territórios.

Um dos pontos cruciais nesta discussão, para nós, é incorporar a dimensão das desigualdades territoriais e o acesso às políticas públicas, garantindo, em conformidade com Santos uma "efetividade redistributiva de políticas públicas e, portanto, de justiça social" (2014, p. 18). Com efeito, devemos analisar a correlação entre o sistema capitalista e a concepção de direitos, uma vez que no capitalismo a acumulação é sempre prerrogativa frente aos direitos e à justiça social. Para Harvey (2013), a desigualdade e as divisões de classe moldam as cidades, criando divisões raciais, étnicas e religiosas sob a falsa premissa da liberdade de mercado. Apesar do crescimento das cidades, a maioria da população está excluída dos benefícios urbanos, devido à concentração de poder econômico e político daqueles concomitantes à segregação e desigualdade para a maioria.

No planejamento das políticas públicas, na etapa de sua formulação, deve-se ter em conta seus efeitos na redução de situações de vulnerabilidade social, e os estudos de características territoriais podem e devem representar a multiplicidade de fatores que influenciam a vida das pessoas atendidas. Esse cenário pressupõe que do ponto de vista territorial a existência de diálogo entre atores e níveis de governo constituir-se-á uma interface de ação alinhada com a experiência da população, suas ausências e possibilidades.

No entanto, dentro da lógica da descentralização e da territorialização, a diversidade territorial brasileira torna-se tanto uma força motriz quanto um ponto de ação política limitante, tendo em vista os desafios regionais e locais impostos pelas desigualdades socioterritoriais nacionais. A partir dos acordos institucionais promovidos pelo governo federal na perspectiva territorial, houve uma busca pela integração horizontal - por meio de políticas públicas setoriais - e verticais - entre os diferentes entes federados (FAVARETO E LOTTA, 2013). Mas, foi a partir dos anos 2000, com base na abordagem territorial, que a categoria território esteve presente em diferentes políticas públicas setoriais.

Silva (2013) analisa como no Brasil a categoria território foi apropriada pelo Estado em diferentes áreas de intervenção em políticas públicas, num cenário de profundas desigualdades sociais e federativas. Um dos principais obstáculos, no entanto, foi como o processo de descentralização ocorreu desde a década de 1990, sem considerar as diferenças e deficiências das unidades federativas, o que reforçou o cenário de desigualdades existentes, intensificado pela falta de coordenação política federal. Essa situação reforçou a sobreposição de áreas de negociação, coordenação e ação política, bem como desigualdades territoriais na prestação de serviços nos diversos entes federados (SILVA, 2013). Contraditoriamente, a partir daí também houve avanços em termos de participação e controle social, gerando a necessidade de novas estratégias de planejamento e coordenação da ação governamental, incorporando uma tendência de mediação social e multidimensionalidade do território, na medida em que foi criada, nas palavras de Fleury (2006), uma "nova territorialidade para a cidadania". Embora tenha existido progresso, persistiu uma dispersão de iniciativas de políticas públicas no âmbito social, prejudicando a integração entre elas no âmbito territorial, caracterizada por ações isoladas com interesses não convergentes, muitas vezes permeadas pelo clientelismo e corrupção (FLEURY, 2006).

Há, portanto, a necessidade de ação integrada entre os entes federados e atores de políticas públicas na formulação e implementação, no que diz respeito a ações descentralizadas

nos territórios, incorporando, no planejamento, a categoria de território usado e a dimensão da desigualdade territorial, que historicamente modifica e agrava a possibilidade de acesso público a bens e serviços públicos. Nesse sentido, a gestão do território por parte da administração pública deveria garantir uma distribuição geral de bens e serviços públicos, o que daria a todos os seus habitantes os bens e serviços necessários, garantindo a efetividade redistributiva das políticas públicas e, portanto, da justiça social (SANTOS, 2014). O território deve estar organizado de forma de alcançar um projeto social igualitário, onde deveríamos associar desigualdades sociais às desigualdades territoriais, buscando superar o que ainda prevalece como "disparidades na distribuição espacial da pobreza" (Santos, 2014, p. 109). Santos correlaciona bens sociais e acesso no território, delimitando o que define como "geografização da cidadania", associada aos direitos territoriais:

mais do que um direito à cidade, o que está em jogo é o direito a obter da sociedade aqueles bens e serviços mínimos, sem os quais a existência não é digna. Esses bens e serviços constituem um encargo da sociedade, por meio das instâncias do governo, e são devidos a todos. Sem isso, não se dirá que existe o cidadão (SANTOS, 2014, p. 158).

No entanto, contraditoriamente, o Estado funciona como um "agente ecumênico" (KOWARICK, 2009), cujas ações ao mesmo tempo favorecem o acúmulo de capital, não excluindo totalmente as classes trabalhadoras, uma vez que o acesso aos bens de consumo coletivo permite a reprodução da força de trabalho para o capital, ainda que esse acesso seja precário e residual. As desigualdades geradas pela apropriação do território pelo capital tornam as condições de vida das pessoas ainda mais precárias. O Estado desempenha um papel fundamental nessa desigualdade, pois geralmente apoia, por meio da política econômica e fiscal, grandes monopólios e corporações em detrimento da população mais desfavorecida (O'DONNEL, 1978, SANTOS, 2005, KOWARICK, 2009).

A definição de uma política redistributiva, que agregue justiça social às demandas sociais efetivas, refletiria o direito à cidade, e não a expulsão das pessoas de acordo com as leis do processo produtivo (SANTOS, 2014). Por meio das análises relativas à categoria de território usado e à sua associação com a distribuição territorial de bens e serviços públicos e, conseqüentemente, à justiça social, podemos supor que as políticas sociais devem desempenhar seu papel redistributivo em relação à localização de seus equipamentos públicos e à possibilidade de acesso da população.

## NOTAS GERAIS SOBRE DESIGUALDADES TERRITORIAIS E ACESSO NO BRASIL

Apesar da expansão dos serviços sociais públicos, especialmente desde os anos 2000, ainda há um mapa de exclusão traçado nas principais cidades brasileiras, agravado pela impossibilidade de acesso devido a diversos fatores, principalmente relacionados à falta de infraestrutura, escassez de recursos financeiros, deficiências crônicas no sistema rodoviário, e à violência, que afeta diretamente a população que vive nas periferias ou nas áreas mais remotas.

Isso significa que o local onde uma pessoa está localizada implica no tipo de acesso aos serviços, pois exige que a oferta esteja a uma distância acessível, o que determina o efeito que a distribuição espacial dos serviços tem sobre a desigualdade. Apesar do aumento significativo da cobertura em políticas essenciais, como educação, saúde, acesso à eletricidade e distribuição de água que o Brasil experimentou entre 1980 e 2010, isso não se converteu em universalização do acesso (ARRETCHE, 2015), ressaltando a existência de áreas opacas, desiguais e excludentes (FLEURY, 2010).

As desigualdades territoriais têm relação direta com um baixo índice de cobertura, que historicamente afeta as regiões mais pobres. Na década de 1970, houve uma concentração de cobertura nas regiões Sul e Sudeste, que apenas muito tardiamente expandiu-se para as demais regiões. Isso indica de forma significativa a desigualdade entre as regiões brasileiras, com concentração de cidades mais ricas e mais bem atendidas em algumas áreas do sul-sudeste do país, além da considerável prevalência de desigualdades intrarregionais.

É essencial estabelecer uma conexão entre a discussão de Milton Santos sobre a dimensão da desigualdade territorial ao conceito de sub-cidadania urbana (KOWARICK, 2009), que se define como o processo político que produz uma concepção reduzida e excludente na produção do espaço urbano, e nega o acesso a benefícios básicos nas cidades, expressando o status de uma porção populacional que não tem direito à cidade. O conceito de sub-cidadania está associado à vulnerabilidade em relação aos direitos básicos, diante da precariedade ou restrição de acesso (KOWARICK, 2002, 2009). Assim, detecta-se uma situação de desproteção social, agravada pelas desigualdades territoriais de acesso, que, apesar da previsão de direitos contidos em nossa Carta Constitucional de 1988, não se traduziu em direitos básicos acessados pela população em geral.

As cidades seguem partidas e desiguais, o acesso a bens e serviços públicos foi historicamente projetado para deixar de lado grande parte da população, e não há sinais de reversão deste cenário. Cartas cartográficas oficiais continuam a demonstrar regiões com grandes manchas sociodemográficas desiguais e díspares, com notáveis privilégios e ausências, que tendem a se aprofundar à medida que o contexto nacional abandona a garantia de direitos até então essenciais, abandona a atuação mobilizadora dos atores políticos e o registro de tais direitos no rol de documentos normativos. As cidades estão passando por uma complexa situação de violência institucional e histórica do Estado, que é agravada por uma guerra sem fim que ocupa os lugares menos assistidos pelas políticas públicas, em nome de um suposto combate à criminalidade. A população é penalizada com inacessibilidade e mortes, mostrando que a ação estatal se expande quando se trata do uso de força desproporcional e se contrai quando a questão é a aquisição de direitos sociais e civis. A sub-cidadania é cada vez mais demarcada pela restrição de acesso e desigualdade territorial intensificada diante de tais circunstâncias.

### **ESPOLIAÇÃO URBANA, NEOLIBERALIZAÇÃO E ACESSO À SAÚDE NO BRASIL**

No Brasil, a Seguridade Social está prevista na Constituição Federal de 1988 (CF/88), no artigo 194, e visa garantir, por meio de um conjunto integrado de ações das autoridades e da sociedade, os direitos à saúde, à segurança e à assistência social. A Seguridade Social teve sua história no Brasil tecida pela dualidade de sua execução nas esferas pública e privada, bem como na formação de um sistema que beneficiou de forma diferente as parcelas mais favorecidas da população, criando um distanciamento naturalizado entre ricos e pobres, apesar das tentativas de ampliar o acesso previsto com a Constituição de 1988. No entanto, a consolidação de um sistema desigual é resultado da constituição histórica do Estado brasileiro e latino-americano, cujo selo patrimonialista e personalista vem das raízes da exploração europeia desde o início do colonialismo.

Na previsão constitucional, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, e as ações de prevenção, promoção e proteção estão amparadas pelo acesso universal e igualitário às políticas públicas de saúde. Além disso, a universalidade da cobertura e da atenção estão ligadas à reafirmação do caráter democrático, participativo e descentralizado da gestão administrativa. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído com a Lei nº 8.080, de 1990,

mas somente em 2011 foi o Decreto Presidencial nº 7.508 que regulamentou a lei e definiu pontos específicos da organização do Sistema. O Decreto também estabelece as "Portas de Entrada" do SUS, onde a atenção primária desempenha um papel ordenador da demanda, promovendo o acesso universal e igualitário. Em relação ao papel do território nessa abordagem, o Decreto delimita a categorização dos "Mapas da Saúde", que são definidos como a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos, serviços públicos e privados de saúde, investimentos e estudos da capacidade instalada do Sistema.

De acordo com o Artigo 6º da CF/88, são direitos sociais: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. Desde a versão primeira da CF/88, este artigo foi alterado 3 vezes, sendo a última alteração em 2015, quando o transporte foi incluído como direito social. As demais inclusões foram a moradia e a alimentação. Os Artigos 7º e 8º, que também compõem os direitos sociais, estão relacionados aos direitos dos trabalhadores urbanos e rurais e sobre a associação sindical e profissional. Ou seja, em uma primeira observação, fica clara a configuração histórica que os direitos sociais se expressam no Brasil, voltados ao trabalho enquanto categoria fundante de garantia de direitos. Nesta perspectiva, o inciso IV do Artigo 7º prevê o "salário-mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender às suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social".

Nessa lógica, o conceito de "cidadania regulada" (SANTOS, 1979) localiza o desenvolvimento da cidadania no Brasil dentro de um sistema de estratificação ocupacional, consolidado a partir de categorias profissionais regulamentadas pelo Estado, estabelecendo, desta forma, a diferenciação de acesso a serviços e benefícios. O cidadão era aquele não somente inserido no mercado de trabalho, mas com a profissão regulamentada. Muito se vê desta herança na conformação dos direitos sociais no Brasil. O que se mostra alarmante, entretanto, é que historicamente amplas parcelas da população tiveram uma inserção marginal no mercado de trabalho, significando o subemprego e a informalidade. A integração do mercado de trabalho em toda a América Latina se deu por meio da exclusão ou subalternização: negros, índios, crianças, mulheres, entre outros, aumentando a massa dos pobres na região (OLIVEIRA, 1998). Em geral, esse quadro não só se perpetua, mas também piora, com a persistência de uma esfera pública restrita com diferentes graus de inserção social (FLEURY, 2006, FERNANDEZ, WALDMALLER & VEJA, 2020).

A história do mercado de trabalho brasileiro está ligada ao seu passado escravista e ao estabelecimento de uma sociedade marcada pela desigualdade, associada à coerção estatal, que, ao garantir o crescimento capitalista, tornou a informalidade no mercado de trabalho uma regra (OLIVEIRA, 1988, 1998, 2000, 2003). A informalização é parte do processo de industrialização e, associado a isso “o Estado se funcionaliza como uma máquina de arrecadação para tornar o excedente disponível para o capital. E a exceção está em que as políticas sociais não têm mais o projeto de mudar a distribuição de renda” (OLIVEIRA, 2000, p. 11). Isso resulta na formação de uma sociedade marcada pela exploração e enorme desigualdade na distribuição de renda, na qual o papel do Estado e o consequente investimento insuficiente em políticas sociais, informalidade e baixa renda do trabalho significam que a população sobreviva em condições cada vez mais degradantes (FLEURY, 2006).

Kowarick (1991) fornece uma reflexão de como as políticas sociais desempenham um papel importante no reforço das ausências e condições precárias de vida dos brasileiros. O conceito de espoliação urbana formulado por ele (KOWARICK, 1983) nos dá a chave para avaliar como as condições de vida da população estão diretamente associadas à ausência ou precariedade do acesso aos bens e serviços públicos devido à natureza histórica e conjuntural da dinâmica econômica vigente no país. Kowarick indica que a reprodução dos trabalhadores é mediatizada pelo Estado, que gera os bens de consumo coletivo essenciais à reprodução urbana dos trabalhadores, contudo, a configuração espacial da cidade e os diferentes graus de inclusão-exclusão no acesso aos benefícios denotam o processo de espoliação urbana, visto que há uma segregação socioeconômica e espacial em áreas desigualmente providas de bens e serviços (KOWARICK, 2009, p. 99). O conjunto de situações denominado espoliação urbana configura-se como uma:

somatória de extorsões que se opera pela inexistência ou precariedade de serviços de consumo coletivo, que juntamente ao acesso à terra e à moradia apresentam-se como socialmente necessários para a reprodução dos trabalhadores e aguçam ainda mais a dilapidação decorrente da exploração do trabalho ou, o que é pior, da falta desta (KOWARICK, 2009, p. 22).

Dessa forma, a ação estatal gera bens e serviços que se tornam elementos indispensáveis para a reprodução da força de trabalho e a consequente expansão do capital. A cidadania inexistente pela perda ou ausência de direitos e pela precariedade dos serviços coletivos, deliberadamente por uma configuração espacial da cidade que limita ou impede o acesso a tais direitos no processo de espoliação urbana. Neste contexto, a política de saúde, dentro de suas funções e objetivos, é redesenhada de acordo com o parâmetro de exclusão histórica ao qual

grande parte da população brasileira está submetida (KOWARICK, 2009). Até então, a constituição normativa da política de saúde faz parte de um pressuposto de universalização e acesso a direitos que parecem dissonantes com a realidade do país.

Basile (2018, 2020) aponta que a saúde global, baseada em aspectos como o financiamento da economia, a mercantilização da vida, a destruição de direitos, entre outros, está embasada na racionalidade liberal e da economia neoclássica, com seus fundamentos epistemológicos e conceituais na mundialização neoliberal e na globalização. Transforma-se o papel do Estado, que antes era responsável por garantir a saúde como direito universal, para o promotor de um "bem de mercado" a ser adquirido pela população (BASILE, 2018), promovendo a substituição da esfera pública pela lógica privada, com a ampliação do acúmulo de capital e a crescente exclusão de indivíduos que não podem pagar por serviços e cuidados.

Em consonância com o contexto global, as políticas de ajuste estrutural fazem parte do cenário histórico brasileiro e se intensificam a partir dos anos 1990, com a expansão do neoliberalismo no governo de Fernando Henrique Cardoso, sempre "vendidas" como as reformas necessárias para a retomada do crescimento econômico e fiscal do país. No entanto, seus custos sociais sempre foram elevados, refletindo exatamente os objetivos da ideologia neoliberal, que é fortalecer o mercado e enfraquecer o papel do Estado na prestação de direitos sociais. Desde a década de 1990, o país passou por "rodadas de neoliberalização" (BRANDÃO, 2017) que, apesar do avanço da política social estabelecida em 2003 e 2015, foram caracterizadas por um processo contraditório, especialmente desigual e dependente, marcado pelo rápido crescimento das cidades com característica combinada de urbanização precária e destituição de direitos para a maioria da população (BRANDÃO, 2017).

A última grande vitória dos interesses neoliberais veio com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95, em 2016, logo após o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff. Essa alteração, conhecida no processo de aprovação como "PEC da Morte", estabeleceu um novo regime tributário com limitação/congelamento de gastos por 20 anos. Até 2036, as despesas primárias para órgãos federais, estaduais e municipais estarão limitadas<sup>3</sup>. O resultado prático tem uma reação direta às políticas sociais. Além da extinção da política de valorização do salário-mínimo, a EC nº 95 limita a correção dos gastos com educação e saúde, que tem previsto mínimos constitucionais, causando maior precariedade na prestação de serviços

---

<sup>3</sup> Em março de 2021, o governo lança para aprovação parlamentar outra Emenda Constitucional que elimina a necessidade de investimento mínimo em educação e saúde.

públicos e reforçando a atuação do mercado na comercialização dos direitos sociais. A relação entre cortes profundos nos investimentos e gastos sociais e altas taxas de desemprego não só aumenta o reflexo das desigualdades, mas também a desproteção de centenas de milhares de brasileiros, que historicamente já tem a proteção social debilitada em função de uma ordem jurídica de garantias enfraquecida. No país, a deficiência histórica para garantir a universalização dos direitos recomendados pela CF/88 encontra espaço na instabilidade política, econômica e social e na crise permanente que justifica o aumento da exclusão.

Ao associar o acesso aos direitos materializados como bens de consumo coletivos, avaliamos o papel do Estado em provê-los, bem como a promoção da universalização desses direitos. No cenário de desmonte e depreciação dos direitos sociais, os bens de consumo coletivos seguem uma tendência de esgotamento, seja pela ausência ou insuficiência para atender a população, seja pelo processo de privatização de serviços, como no caso da saúde (BASILE, 2020).

Com as imposições de medidas neoliberalizantes sofridas desde a década de 1990, uma parcela maior dos serviços passa a ser operadas com perspectiva de lucro pela iniciativa privada, e tiveram ampliação em número e em regulação, que efetivou seu pleno funcionamento e expansão sob a lógica de mercado. Desde a década de 1990, também há uma tendência crescente de participação do setor privado na oferta de proteção social, associada à "universalização restrita", com universalidade limitada na cobertura e atenção às políticas de saúde, educação e seguridade social (ALMEIDA, 2017, CARDOSO JUNIOR, 2018, BIRN, 2011).

Em relação à política de saúde, Anne-Emanuelle Birn (2011) atribui a esse processo os efeitos da "Globalização na saúde", gerando, desde a década de 1990, a entrada de um número crescente de organismos e instituições particulares na "saúde global", que também representam a oportunidade de expansão das associações público-privadas no campo da saúde. A globalização, argumenta Birn, traz efeitos muito desfavoráveis sobre a saúde, com centralidade nas desigualdades sociais, criando assim uma política de privatização do acesso aos serviços sociais. A influência dos atores privados também se expandiu no campo decisório, e aumentou seu poder político junto às agências internacionais, como a ONU e a OMS, que desempenham um papel decisivo nas reformas sanitárias e, conseqüentemente, no acúmulo de capital (UGALDE & HOMEDES, 2007, ALMEIDA, 2017, BASILE, 2020).

No Brasil, o projeto de universalização da saúde enfrentou, desde a década de 1980, desafios práticos e operacionais que contrastam com a luta histórica dos agentes públicos

mobilizados com a expansão da saúde pública. Mesmo que os importantes marcos legais tenham sido estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e na lei que instituiu o Sistema Único de Saúde no final da década de 1980, a hegemonia neoliberal avançou, causando fragilidade na implementação da política, sob as premissas de instabilidade monetária e ajustes fiscais recorrentemente anunciados pelos governos. Como aponta Fleury (1999, 2001, 2004, 2006, 2010), isso constituiu a defesa de uma estabilidade precária das políticas sociais e, por suposto, a universalidade da política de saúde contrastou com a focalização e a privatização.

Mesmo com o avanço dos governos mais progressistas nas primeiras décadas do século XXI, o avanço do capital financeiro global permaneceu forçando a tensão entre universalização e focalização, obviamente ocasionando a implementação de políticas por meio de serviços públicos de baixa qualidade e fragilidade institucional que são facilmente desmantelados junto com a queda dos governos, criando mais desigualdade e dificuldades de acesso.

### **ACESSO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E TERRITÓRIO: NOTA SOBRE A CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

Como exemplo, indicamos a situação da cidade do Rio de Janeiro (Brasil). A cidade se destaca por suas belezas naturais, mas também por suas disparidades econômicas e sociais históricas e expandiu-se com sérias iniquidades na distribuição de serviços e infraestrutura e com o aguçamento da acumulação por despossessão: nas primeiras décadas do século XX vimos a ocupação territorial das áreas sul e norte pelas classes alta e média, tendo no Estado o principal elemento de incentivo por meio de políticas públicas de investimento em infraestrutura. Ao contrário, nos subúrbios e Zona Oeste da cidade, áreas mais longínquas, não obtiveram as mesmas condições oferecidas na área mais abastada da cidade, e foram sendo ocupados por uma população migrante atraída pelo crescimento urbano e industrial da cidade e, a partir dos anos 1960, pelo deslocamento forçado das áreas central e sul<sup>4</sup>.

A violência nos territórios mais pobres é incessante, com um grande número de áreas tomadas por milícias e tráfico de drogas, aumentando as mortes violentas (especialmente da

---

<sup>4</sup> O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que a população da cidade seja de 6.718.903 pessoas (2019), sendo a segunda cidade mais populosa do Brasil, atrás apenas de São Paulo. Apesar de sua grandeza, seu produto interno bruto ocupa o número 277 no país, e 1/3 da população tem um retorno mensal de apenas metade do salário-mínimo nacional, que é de cerca de US \$ 200. No país ocupa a posição de 2.831 na taxa de mortalidade infantil, ou seja, uma condição latente de desassistência.

população negra). Nesta direção, a vulnerabilidade social e o risco fazem parte da vida da população mais pobre, fato que exige uma releitura dos territórios de atuação da política de saúde e das demais políticas sociais, bem como o perfil das famílias vitimadas pelas relações de poder e violência, não só institucionais e estatal, mas do crime organizado na cidade. Há muitos desafios de intervenção nos territórios da cidade, e um dos principais fatores, tanto em termos de maior vulnerabilidade e risco social, como de atenção insuficiente, é a violência. Da Zona Sul até a Zona Oeste do Rio de Janeiro, o aumento dos índices de violência em áreas dominadas pelo tráfico de drogas e milícias levam ao fechamento diário dos serviços de saúde, à suspensão das aulas nas escolas e à impossibilidade de atuação de equipes de assistência local, que promove a desassistência nesses territórios. Portanto, a vulnerabilidade social e o risco devido a situações de violência fazem parte do cotidiano da população do Rio de Janeiro, redirecionando a leitura dos territórios e do perfil das famílias afetadas em todos os sentidos pelas relações de poder e violência que se estabelecem nas diferentes áreas da cidade.

Analisar a saúde em um conjunto permanente de riscos nos lembra a noção defendida por Basile (2020) de uma epidemiologia das cidades, onde o espaço urbano contempla estilos de vida em um determinado território social, bem como os processos que geram doenças. Nesse sentido, o conceito de determinação social da saúde abrange tanto as características do espaço vivido quanto os aspectos da vida urbana, que contribuem para uma maior ou menor qualidade de vida da população (BASILE, 2020). Dentro desse contexto de desigualdades, a Saúde Coletiva e a epidemiologia devem prescindir de instrumentos que possibilitem a compreensão dos processos que determinam a saúde dos grupos sociais, incorporando o espaço urbano na análise da epidemiologia crítica e na construção de uma política público-social urbana (BREILH, 2003, 2010, 2015).

Para uma aproximação do tema, utilizamos uma avaliação do processo de ampliação da cobertura de atenção primária à saúde, e a limitação de acesso na cidade do Rio de Janeiro, no período de 2010 a 2020. Ressaltamos que a cidade, em seu quadro de disparidades territoriais, concentra a maioria das instalações hospitalares de grande complexidade nas áreas da Zona Sul e Central, como herança dos tempos de capital do país.

A atenção primária na saúde no Brasil avançou principalmente a partir de 2013, quando por meio do programa “Mais Médicos” houve a contratação de milhares de médicos (a maioria cubanos). O programa foi implantado pelo governo federal para atendimento em áreas mais remotas e com baixa cobertura assistencial. No município do Rio de Janeiro, a atenção primária foi ampliada por meio da Estratégia Saúde da Família, que teve parte de sua ação ligada às

instalações físicas das "Clínicas da Família", que a partir de 2010 passaram a compor a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde. A estratégia também foi ampliada com equipes volantes formadas por diferentes profissionais, mas com a atuação focada na figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS). A Estratégia é uma importante ferramenta no enfrentamento das desigualdades territoriais, promovendo o aumento de cobertura em áreas que historicamente não contam com a presença de equipes ou de equipamentos de saúde, como o caso da Zona Oeste da cidade, onde os poucos serviços anteriormente existentes demonstravam a dificuldade de acesso por parte da população, principalmente em função de distanciamento e falta de mobilidade urbana. Assim, bairros mais longínquos ou comunidades em grandes complexos de favelas passaram a receber este tipo de atendimento e contar com cobertura, ainda que incompleta, de atenção primária.

Em 2011, segundo dados do Ministério da Saúde<sup>5</sup>, a cobertura assistencial por meio da Estratégia de Saúde da Família na cidade era de 15,66%. No final de 2016, esse número chegou a 51,72%. Em 2017 esse número chegou a 67,97%, e desde então, entretanto, a cobertura sofreu os efeitos dos cortes drásticos, chegando ao final do ano de 2020 com apenas 45,98% de cobertura. Quando verificamos a cobertura por meio dos ACS, principal agente nos territórios, em 2020 a cobertura foi de 26,77%, contra 56,33% em 2017. A cobertura, que era apenas de metade da população, foi reduzida para cerca de um quarto. Desde 2018, houve uma mudança na política de atenção básica no município, decorrente da redução no orçamento para a saúde e demissão em massa dos trabalhadores da área de saúde, desenhando o cenário atual de baixa cobertura (FERNANDES E ORTEGA, 2020).

Parte da explicação para a redução da prestação dos serviços não é apenas o contexto nacional, que passa por um período de reformas e cortes de investimentos, mas também o alinhamento da gestão municipal do ex-prefeito Marcelo Crivella com o governo federal, incorporando uma política de morte através da desassistência e do uso privatista da máquina pública. Com a pandemia do COVID-19, houve drástica piora do financiamento dos serviços de emergência e da compra de insumos, agravando ainda mais o quadro dramático que a cidade e o país vivem no enfrentamento da enfermidade.

Consideramos que, apesar da previsão de inserção territorial e de universalidade na Constituição de 1988, a política de saúde continua a enfrentar a realidade das desigualdades, decorrentes de recursos insuficientes: falta de investimento, infraestrutura desgastada e insuficiente e poucos recursos humanos, para a cobertura em grandes áreas com características

---

<sup>5</sup> Fonte: Ministério da Saúde, disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>. Acesso em: 27 fev. 2021.

que vão desde a total ausência de condições de vida decentes até a incidência maciça de violência que não permite locomoção e acesso público a bens e serviços públicos e o escopo mínimo dos direitos sociais.

Logo, lidar com o acesso aos serviços e garantir políticas públicas é a tradução literal do sentido definido como do direito à cidade. Lefebvre observa que "o direito à cidade é afirmado como um apelo, como uma exigência. [...] Só pode ser formulado como um direito à vida urbana, transformado e renovado" (2001, p. 117). Nesse sentido, também Harvey (2013, 2015) desenvolve a discussão de uma transformação da vida urbana cotidiana que deve buscar a política urbana e uma reconfiguração do papel dos bens comuns.

Assim, de acordo com os elementos abordados neste artigo, a retomada do conceito de território usado e acesso a bens e serviços públicos carece da interpretação técnica e relacional das políticas públicas e sua leitura de situações e demandas, que deveriam servir não apenas como ponto de partida para o planejamento, mas também de constante reorientação da ação, dependendo do desenvolvimento das atividades e das propostas de atuação. Entretanto, o cenário de desmonte de direitos sociais e o esvaziamento da prestação de serviços públicos, principalmente por meio da precarização e corte de investimentos, produz efeitos devastadores na cobertura dos serviços nos territórios, nos fazendo interrogar sobre a prerrogativa de universalização do acesso e desvelando ainda mais situações de destituição de direitos, e, o principal deles, o direito à cidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo com a CF/88 tendo registrado os direitos e garantias no campo jurídico, a concepção de direitos sociais no Brasil seguiu a trilha de uma história da desigualdade de acesso desenhada e consolidada, e não há previsão de reversão desse panorama. Ao contrário, foi criada a base para a consolidação de uma elite predatória e refratária da riqueza nacional, que nunca foi redistribuída justamente por meio de bens e serviços públicos para reprodução da classe trabalhadora no país.

O estabelecimento de marcos democráticos e legais para a garantia de direitos ocorreram em conjunto com o avanço do neoliberalismo e o que acontece no Brasil e nos países do capitalismo dependente é uma dualidade entre a tentativa de avançar na consolidação dos direitos registrados com o desmonte permanente do aparato estatal na prestação desses direitos.

A política de saúde seguiu esse padrão, mesmo nos governos progressistas, quando permaneceu o embate entre a universalização e a focalização dos direitos sociais. Em geral, o que representou um avanço regulatório e expansão da prestação de serviços veio em um contexto de progressiva perda de direitos, causando uma tensão permanente entre a necessidade de universalizar e redimensionar os direitos sociais e a expansão por meio de ações precárias nos territórios. De certa forma, as políticas sociais reforçaram este cenário de condições degradantes de vida da população, em decorrência da crescente falta de responsabilidade do Estado na prestação de serviços coletivos, aprofundando a desigualdade de acesso em todo o país. Com isso, o processo de desmonte dos direitos sociais e o crescimento da privatização dos serviços intensificaram a limitação da universalidade e da cobertura da atenção.

O panorama da extrema desigualdade territorial e as condições de espoliação urbana e sub-cidadania descritas por Milton Santos e Lúcio Kowarick são partes constituintes dos territórios. A própria diversidade de configurações das cidades, suas enormes disparidades espaciais, traduzidas em profundas desigualdades territoriais e de acesso a bens e serviços públicos precários ou inexistentes, dependendo da localização das pessoas, continua sendo uma forte marca e desafio diário dos profissionais que atuam em políticas públicas e, em particular, na saúde, principalmente em tempos de pandemia.

Diante dessa imagem, recorreremos à Henry Lefebvre (2001), que aponta que “o direito à cidade se afirma como um apelo, como uma exigência. [...] Só pode ser formulado como direito à vida urbana, transformada, renovada” (p. 117). O direito à cidade deve ser assegurado, reconhecendo a vida urbana com seus “encontros, confrontos das diferenças, conhecimentos e reconhecimentos recíprocos do modo de viver” (LEFEBVRE, 2001, p. 22).

Lefebvre acredita que a sociedade urbana tem necessidades sociais imanentes, mas muitos vazios e abismos a compõem. Para ele, no entanto, esses vazios também são os "lugares do possível". E para isso, os atores sociais devem buscar a transformação e reformulação das relações sociais a partir do que a vida social oferece. O território, como cenário dialético entre desigualdades e possibilidades, requer uma política de saúde que feche a utopia experimental proposta por Lefebvre, no sentido de buscar redimensionar a relação entre os tradicionais "centros de decisão" e a população atendida, incorporando especificamente os problemas da realidade como força motriz por trás de suas perspectivas de ação. Para tanto, a reversão no quadro de desmonte por meio da mobilização política dos atores em defesa da saúde pública, da vida, e de acesso universal, buscando justiça social, deve ser pauta urgente no atual cenário

brasileiro, onde as reformas e o papel do Estado em garantir a acumulação do capital vem devastando as conquistas sociais alcançadas até aqui.

## REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2017, v. 33, n. Suppl 2. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00197316>>. Acesso em: 21 set. 2019.

ARRETCHE, M. Trazendo o conceito de cidadania de volta: a propósito das desigualdades territoriais. In: ARRETCHE, Marta (org.). *Trajetória das desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos 50 anos*. São Paulo: Unesp, 2015.

BASILE, G. "La colonialidad ética del Sistema Internacional de Cooperación: el caso Haití". Dossier de Salud Internacional Sur Sur Ediciones del GT de Salud Internacional CLACSO. Buenos Aires: CLACSO, 2018

\_\_\_\_\_. SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Brasil, 25, p. 3557-3562, 2020.

BIRN, A. E. Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina. *Rev Panam Salud Publica*;30(2) 101-105, agosto 2011. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892011000800002](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000800002). Acesso em: 12 dez. 2019.

BOBBIO, N. *Estado, Governo, Sociedade – fragmentos de um dicionário político*. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017.

BRANDÃO, C. Crises e rodadas de neoliberalização: impactos nos espaços metropolitanos e no mundo do trabalho no Brasil. *Cad. Metrop, São Paulo*, v. 19, n. 38, p. 4569, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cm/v19n38/2236-9996-cm-19-380045.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2019.

BREILH, J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (4): 937-951, 2003.

\_\_\_\_\_. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva*, 6, 83-101, 2010.

\_\_\_\_\_. Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Out – Dez 2015: 18 (4): 972-982, 2015.

CARDOSO JR., J. C. P. A CF-1988 na Berlinda: trinta anos de disputas por um projeto nacional de desenvolvimento nos trópicos. *Saúde Debate*, v. 42, n. especial 3, p. 18-32, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe3/0103-1104-sdeb42-spe03-0018.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2019.

ELIAS, N. *O processo civilizador*. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

FAVARETO, A., LOTTA, G. S. *O papel dos territórios nos novos arranjos institucionais brasileiros*. XVIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Montevideo, Uruguay, 2013. Disponível em:

- <https://cladista.clad.org/bitstream/handle/123456789/7420/0074905.pdf?sequence=1&isAllo wed=y>. Acesso em: 04 dez. 2019.
- FERNANDES, L., ORTEGA, F. A atenção primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30 (3), 1-11, 2020.
- FERNÁNDEZ, A. G., WALDMÜLLER, J., & VEGA, C. Comunidad, vulnerabilidad y reproducción en condiciones de desastre. Abordajes desde América Latina y el Caribe. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, (66), 7-29, 2020.
- FLEURY, S. Reforma del estado en América Latina. *Nueva sociedad*, vol. 160, p. 58-80, 1999.
- \_\_\_\_\_. Reforma del estado. *Revista de Administração Pública*, 35(5), 7-48, 2001.
- \_\_\_\_\_. Construcción de ciudadanía en entornos de desigualdad. *Instituciones y desarrollo*, Nº. 16, 2004.
- \_\_\_\_\_. Democracia, Ciudadanía y Políticas Sociales. [Editorial]. *Salud Colectiva*, 2(2):109-112, 2006.
- \_\_\_\_\_. ¿Qué protección social para cuál democracia? Dilemas de la inclusión social en América Latina. *Medicina Social*, 5, 2010.
- HARVEY, D. *Las grietas de la Ciudad capitalista*. Entrevista a David Harvey, 2013.
- HARVEY, D. Ciudades rebeldes. Del derecho de la ciudad a la revolución urbana. *Estudios sociológicos*, 33(99), 688-693, 2015.
- HERNÁNDEZ, E. L. Geografía crítica: Espacio, teoría social y Geopolítica.
- Holloway, J. (1992). La reforma del Estado: capital global y Estado nacional. *Perfiles Latinoamericanos: Revista De La Facultad Latinoamericana De Ciencias Sociales*, Sede México, 1(1), 7-32, 2015.
- Lefebvre, H. *O direito à cidade*. São Paulo: Centauro, 2001.
- \_\_\_\_\_. *Espacio y política; el derecho a la ciudad, II*, No. 04; HT153, L4, 1976.
- Kowarick, L. *A espoliação urbana*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- \_\_\_\_\_. Cidade e Cidadania – cidadão privado e subcidadão público. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, nº 2, p. 9-30, 1991.
- \_\_\_\_\_. Viver em risco: sobre a vulnerabilidade no Brasil urbano. *Novos Estudos CEBRAP*, São Paulo, nº 63, p. 9-30, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Viver em Risco: sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil*. São Paulo: 34, 2009.
- O'DONNELL, G. Apuntes para una teoría del Estado. *Revista mexicana de sociología*, 1157-1199, 1978.
- OLIVEIRA, F. O flanco aberto. *Revista São Paulo em perspectiva*, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 10-12, jul./set. 1988.
- \_\_\_\_\_. *Os direitos do antivalor – a economia política da hegemonia imperfeita*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- \_\_\_\_\_. Passagem na neblina. In: OLIVEIRA, Francisco; STEDILE, João Pedro; GENOINO, José. *Classes sociais em mudança e a luta pelo socialismo*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

\_\_\_\_\_. O Estado e a exceção: ou o Estado de exceção? *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 9-14, 2003.

SANTOS, Milton. O território e o saber local: algumas categorias de análise. *Cadernos IPPUR*, v. XIII, n. 2, 1999.

\_\_\_\_\_. *O retorno do território*. OSAL: Observatório Social de América Latina, Buenos Aires, n. 16, 2005. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>. Acesso em: 04 set 2019.

\_\_\_\_\_. *O espaço do cidadão*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2014.

SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1979.

SILVA, S. P. Considerações analíticas e operacionais sobre a abordagem territorial em políticas públicas. *Políticas Sociais - acompanhamento e análise*, nº 21, Brasília: IPEA, pp. 549-570, 2013.

UGALDE, A., HOMEDES, N. América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. *Salud colectiva*, 3, 33-48, 2007.