



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



“Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?”

por

Gracia Maria de Miranda Gondim

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências
na área de Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Christovam de Castro Barcellos Neto

Rio de Janeiro, fevereiro de 2011.

Esta tese, intitulada

“Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?”

apresentada por

Gracia Maria de Miranda Gondim

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Raul Borges Guimarães

Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Lobato Tavares

Prof. Dr. Christovam de Castro Barcellos Neto – Orientador

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

G637 Gondim, Grácia Maria de Miranda
Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?
/ Grácia Maria de Miranda Gondim. Rio de Janeiro: s.n., 2011.
256 f., il., graf., mapas

Orientador: Barcellos, Christovam

Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Territorialidade. 2. Atenção Primária à Saúde.

3.

Ao Lucas, filho,
Por quem minha vida faz sentido.

A Elza, mãe,
Por onde minha existência é identidade.

Ao Nordeste, território,
Por quanto minha história é caminho e memória.

Agradecimentos

Agradecer é um gesto humano de reconhecimento: admitir no existir do outro a essência do nosso viver cotidiano. Expressa o sentimento de não se estar só, da capacidade de conhecer, reconhecer e se reconhecer nas relações sociais e afetivas. Nesse momento (meu) de síntese discursiva, confesso não saber se o sentido-sentimento é concluir, continuar ou reconstruir. A única certeza a que me ateno nesse relato são caminhos, pessoas, intenções e falas. Substrato necessário para agradecer. Não sendo possível nominar a todos que compartilharam “a dor e a delícia” desse meu tempo-espaço, remeto essa reverência afetiva a alguns viajantes, testemunhas da práxis dessa tese exercitada no espaço da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da FIOCRUZ e em lugares da cidade do Rio de Janeiro, onde entre amigos e encontros, por mais de 17 anos, o TERRITÓRIO tornou-se a mim - nordestina que sou longe de casa, objeto de pensar e processo de fazer: *territorializar*.

Aos alunos trabalhadores do SUS - Agentes de Controle de Endemias; Agentes Locais de Vigilância em Saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Residentes em Saúde da Família; Equipes de Saúde da Família da Clínica Victor Valla, e aos Alunos do Ensino Médio e dos Cursos Técnico da EPSJV - Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde e Agentes Comunitários de Saúde, com os quais, em inúmeros momentos em sala de aula e em atividades de campo, tive a oportunidade de reafirmar minhas convicções sobre o potencial e a força do ‘território’ para dar voz à população e aos trabalhadores da saúde, e para efetivar as políticas do SUS.

Aos companheiros do Núcleo de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente da EPSJV - NUVSA, com quem pude aprofundar desde 1996 as reflexões sobre os recortes territoriais da produção de saúde, iniciadas na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, no ano de 1986 – marco do movimento de reforma sanitária, em textos mimeografados em ‘azul’, cujas autorias me apresentavam, pela primeira vez, Eugênio Villaça, Carmem Teixeira, Jairnilson Paim, Ana Luiza Vilasbôas e Carmem Unglert.

Aos velhos amigos e aos novos colegas do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde da EPSJV, espaço criativo, inquieto e desafiador, no qual estamos construindo, com o equilíbrio dos navegadores, uma base sólida de saberes e práticas sobre os sentidos e os usos do território na saúde.

A Gladys, Adrimaria, Maria, Malu, Lina, Nilton, Wilka, Graça, Claudia e Marilu pela amizade sólida, o apoio necessário e o carinho discreto em horas difíceis. Sem vocês não haveria para mim território nem identidade fora do lugar.

Ao Maurício, Batistella, Mauro e Luiza Rojas pelas discussões/elaborações, sobre o território e a territorialização no Modelo de Atenção de Vigilância da Saúde, metodologia e caminho para desvelar nos territórios ‘da’ saúde os objetos e as ações do discurso Miltoniano, incorporado no Programa de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – PROFORMAR.

Aos companheiros do TERRAMATA, espaço simbólico da educação territorializada, onde me apaixonei por idéias e práxis revolucionárias, forjadas em territórios de exceção para enfrentar a vileza dos poderosos e a violência das desigualdades.

A Dina, paciente conselheira nos momentos iniciais dessa tese, suas indicações me ajudaram a achar um rumo para a qualificação e a seguir caminhando.

A Alda, pela solidariedade com a qual contei em inúmeras conversas e momentos de angústia de nossas produções acadêmicas.

A Beth, Edilene e Mônica, pela ajuda voluntária e inestimável na formatação, nas ‘providências’ e nos ‘arremates’ finais deste trabalho.

Ao Christovam, orientador, amigo e mestre. Co-presença central dessa tese: livre pensador, crítico, genial. Criamos Nós, inventamos tramas, desenhamos cartografias – no trabalho, na vida e nesta carta final de autoria.

A Tina, Junior, Henrique, Patrícia, Bruno e João: família, lugar, caminho. Lembrança diária, incentivo e coragem.

Por fim, e, sobretudo, a LUCAS, ELZA e JOSÉ (em memória), pedaços de mim, metades arrancadas de mim: territorialidades. Linguagem: espaço e força das palavras.

Muito Obrigada!

O retorno do Território

(Milton Santos)

“Vivemos com uma noção de território herdada da Modernidade incompleta e de seu legado de conceitos puros, tantas vezes atravessando os séculos praticamente intocados. É o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele o objeto da análise social. Trata-se de uma forma impura, um híbrido, uma noção que, por isso mesmo, carece de constante revisão histórica. O que ele tem de permanente é ser nosso quadro de vida. Seu entendimento é, pois, fundamental para afastar o risco de alienação, o risco da perda do sentido da existência individual e coletiva, o risco de renúncia ao futuro”.

Homens e Caranguejos

(Josué de Castro)

“No mangue, tudo é, foi ou será caranguejo, inclusive o homem e a lama”.

Último Pau-de-Arara

(Venâncio e Curumba)

“A vida aqui só é ruim
Quando não chove no chão
Mas se chover dá de tudo
Fartura tem de montão
Tomara que chova logo
Tomara meu Deus tomara
Só deixo o meu cariri
No último pau-de-arara
Enquanto a minha vaquinha
Tiver o couro e o osso
E puder com o chocalho
Pendurado no pescoço
Eu vou ficando por aqui
Que deus do céu me ajude
Quem sai da terra natal
Em outros cantos não para
Só deixo o meu cariri
No último pau-de-arara”.

Coisa do Mundo minha Nega

(Paulinho da Viola)

“As coisas estão no mundo só que eu preciso aprender “

RESUMO

A tese contextualiza e sistematiza em um quadro analítico os diferentes discursos do gestor federal, sobre as delimitações territoriais onde se organizam os serviços e as ações de saúde da Atenção Básica (ABS), em especial aquelas sob a responsabilidade da Estratégia Saúde da Família (ESF). Analisa a política de ABS e outras normativas a ela vinculadas, de modo a identificar os territórios onde são instituídas as práticas de saúde, articulando-os ao contexto institucional e operacional do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), nas esferas nacional, estadual e municipal. No esforço de situar a problemática em pauta, fez-se um olhar retrospectivo sobre a política de saúde e os modelos de atenção vigentes no período 1986-2006, como momento significativo de constituição e fortalecimento do SUS e como construto empírico da análise. Os discursos proferidos nos textos oficiais junto aos contidos em artigos científicos e teses sobre o tema compuseram o *corpus* necessário ao trabalho de pesquisa, para o qual se utilizou o referencial metodológico da análise de discurso proposta por Orlandi. O SUS se consolida desde 1988 por meio de modelos de atenção e arranjos organizacionais que respondem em cada contexto histórico, às necessidades e aos problemas de saúde; aos perfis de mortalidade e morbidade; a composição demográfica regional e ao crescimento populacional, e, sobretudo, a organização espacial dos lugares, de modo a oferecer acesso aos serviços de saúde de qualidade próximos dos cidadãos, e cuidados humanizados de forma descentralizada e equânime para cumprir os princípios da universalidade e integralidade da atenção. A partir dos anos 90, dispositivos infraconstitucionais (leis, portarias e normas) reafirmaram princípios e diretrizes do SUS e propuseram estratégias para o reordenamento do sistema, vinculando serviços e usuários a sistemas municipais de saúde, estruturados por redes de atenção em subsistemas municipais de base territorial, orientados segundo os princípios de regionalização e hierarquização. A ABS colocada como pilar da organização do sistema de saúde no Brasil desde os anos 70 equivale à atenção primária à saúde preconizada pela conferência de Alma Ata em 1978. A busca de instituí-la no país por mais de 30 anos se concretiza com a Portaria nº 646/GM de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e destaca a ESF como prioritária para mudança do modelo de atenção. Verifica-se nos enunciados dos documentos oficiais analisados no período 1990-2006 uma multiplicidade de termos que indicam o “território” como o *locus* privilegiado das práticas de saúde e do fortalecimento da relação profissional, usuário e comunidade, e a “territorialização” como estratégia de reconhecimento e localização dos problemas e necessidades de saúde.

Palavras-chaves: Territorialidade; Atenção Primária a Saúde; Programa Saúde da Família; Descentralização; Política de Saúde.

ABSTRACT

This present thesis contextualizes and systematizes in an analytical framework the different discourses of national level managers about territorial demarcations, where services and activities of Basic Health Care (ABS in Portuguese) are organized, in particular those under the responsibility of Family Health Strategy (ESF in Portuguese). ABS policy and other related normative are analysed ,to identify the territories where health practices, take place, articulated to institutional and operational context of the Brazilian health system (SUS in Portuguese), along the national, state and municipal levels. In order to to address this agenda, a retrospective outlook on health policy and the existing health attention models was performed focusing during the period of 1986-2006, as a significant moment of constitution and strengthening of SUS and as a construct for empirical analysis. The discourses registred in official documents, as well as scientific articles and thesis composed the necessary corpus to the research work, using the methodological approach of discourse analysis proposed by Orlandi. The SUS has been consolidated since 1988 by means of health attention models and organizational arrangements according to each historical context, health problems and necessities, morbidity and mortality profiles; regional demographic composition and population growth, and especially the spatial organization of places, intending to offer access to quality and humanized health care services to citizens, according to the principles of decentralization, integralization and equity. From 1990s, infra-constitutional documents (laws, norms and guides) reaffirmed SUS principles and guidelines and proposed strategies for a system political shift linking services and users to municipal health systems, which were structured by health care networks configuring municipal subsystems onto a territorial basis, following the logic of regional and hierarchical arrangements. The ABS is assumed as a base stone of health care organization in Brazil since the 1970s, in agreement to the recommendations of 1978 Alma Ata Conference. The effort of institutionalization during 30 years has been materialized with norm 646/GM of 28 March 2006, which approved the national policy for health basic care (PNAB in Portuguese) and highlighted the ESF as a priority to change the health care model. Several official documents during the period 1990-2006 enunciate a multitude of terms that indicate the "territory" as privileged locus of health practices and strengthening the relationship among health professionals, users and community. In this sense, "territorialisation" is assumed as a strategy for recognition and location of health problems and necessities.

Keywords: territory; Territorialization; Basic care; Family health Strategy; Health policy

SUMÁRIO

página

APRESENTAÇÃO: OPÇÕES METODOLÓGICAS E ESTRUTURA DO TRABALHO	16
i. O contexto da investigação	16
As questões de Estudo.....	22
ii. As opções metodológicas	23
A pesquisa documental	23
iii. O percurso da Análise	30
A Análise de Discurso	31
iv. A Organização do Corpo do Trabalho	38
INTRODUÇÃO	42
Contextualização o Tema	42
Situando o Discurso sobre o Território nas Políticas de Saúde.....	44
CAPÍTULO 1: MARCOS TEÓRICOS DE APROXIMAÇÃO ENTRE A GEOGRAFIA E A SAÚDE COLETIVA	66
1.1. Categorias Geográficas de Uso no Campo da Saúde Coletiva.....	66
1.1.1. O Espaço.....	68
1.1.2. O Lugar.....	72
1.1.3. O Território.....	73
1.1.4. A Região	77
1.2. Primeira Aproximação: o espaço e o processo saúde – doença	80
1.3. Segunda Aproximação: território e os determinantes sociais	87
CAPÍTULO 2: OS (CON)TEXTOS DE USO DO TERRITÓRIO NO SUS NO PERÍODO 1986-2006	97
2.1. Antecedentes da Reforma Sanitária Brasileira: o Espaço sem Território.....	98
2.2. O Movimento de Reforma Sanitário: O Espaço-Região	101
2.3. Marcos da Reforma Sanitária e do SUS: o Espaço-Território	106
2.4. O SUS e os Modelos de Atenção: o Território-Processo	110
2.5. Os sentidos do Território nas Políticas de Saúde e no SUS.....	120
CAPÍTULO 3: ATENÇÃO BÁSICA: A FORÇA DO TERRITÓRIO E A FRAGILIDADE DA POLÍTICA	135
3.1. Primeiros Recortes Territoriais	135
3.1.1. Atenção Primária à Saúde (APS).....	142
3.1.2. Modelos Centrados na Família.....	146
A. O Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS).....	147
B. O Programa de Saúde da Família (PSF).....	150
3.1.3. A Atenção Básica à Saúde	158
CAPÍTULO 4: A PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE – TERRITÓRIO, CONTEXTOS, ATORES E RELAÇÕES SOCIAIS	165
4.1. Produção Social e Saúde	165
4.1. A Teoria da Produção Social – um jogo.....	167
4.1.1. Ator Social - jogador situado.....	170
4.1.2. Situação - qualidade intrínseca ao ator social.....	172
4.1.3. Ação Social – intencional e reflexiva.....	174
4.1.4. Motivação do Ator – interesse e valo.....	175
4.1.5. Poder do ator – interação de força.....	176
4.2. Modelos de Produção Social da Saúde.....	178
4.2.1. Promoção à Saúde.....	181
4.1.2. A Vigilância da Saúde.....	186
A. O Planejamento Estratégico Situacional (PES).....	190

B. A Territorialização em Saúde.....	195
C. Intersetorialidade e Práticas Locais	200
D. Organização do Processo de Trabalho.....	202
EPÍLOGO: O TERRITÓRIO DA ATENÇÃO BÁSICA - MÚLTIPLO, SINGULAR OU INEXISTENTE?	208
A. Sistematizando os Discursos sobre o Território da ABS	208
B. Território Múltiplo e Uno – entre a práxis social e individual	215
C. Os Significados da ABS – dimensões da realidade.....	217
D. Territórios da ABS – múltiplos, singulares ou inexistente?.....	227
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	218

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica em Saúde
AC	Alta Complexidade
ACE	Agente de Controle de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AL	América Latina
APS	Atenção Primária em Saúde
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde Coletiva
CENDES	Centro de Desenvolvimento Econômico Social
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNDSS	Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CS	Centro de Saúde
DS	Distrito Sanitário
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EAS	Estabelecimento Assistencial de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
GPAB-A	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
HND	História Natural da Doença
IAP	Instituto de Assistência Previdenciária
IMS	Instituto de Medicina Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicadas
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MC	Média Complexidade
MF	Médico da Família
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral e a Criança

PAISM	Programa de Atenção Integral e a Mulher
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PFL	Partido da Frente Liberal
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PLUS	Plano de Localização de Unidade de Serviços
PNABS	Política Nacional de Atenção Básica
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue
PNE	Projeto Nordeste
POI	Programação e Orçamentação Integradas
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPLS	Planejamento e Programação Local em Saúde
PRB	Partido Republicano Brasileiro
PSDB	Partido Social Democrata Brasileiro
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RS	Reforma Sanitária
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEIAS	Territórios Integrados de Atenção à Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
TRO	Tratamento de Reabilitação Oral
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento a Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VISAU	Vigilância da Saúde

APRESENTAÇÃO: OPÇÕES METODOLÓGICAS E ESTRUTURA DO TRABALHO

O Contexto da investigação

Esta tese, iniciada em 2006, passou por algumas inflexões teóricas e metodológicas em sua consecução, motivadas pelo momento histórico em que algumas definições políticas e organizacionais relevantes no campo da saúde pública brasileira estavam sendo gestadas: a reafirmação do SUS como política de Estado e de seus princípios e diretrizes como fundamentos para a cidadania; a implementação de políticas com foco no fortalecimento da gestão e reorganização das práticas de saúde, dando ênfase à descentralização das ações sobre o território; a criação de instrumentos normativos e de financiamento voltados para ampliar a ação intra e intersetorial e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2006a; ANDRADE, 2006; NASCIMENTO, 2007).

O contexto político deste ano foi marcado pelos resultados das eleições presidenciais, colocando em disputa dois projetos: de um lado a consolidação do programa de Governo do Presidente Luis Inácio Lula da Silva do PT, com maior abertura as classes populares via inclusão social e erradicação da pobreza, e de outro, um conjunto de municípios brasileiros representados por “novos¹” gestores cuja filiação política fez ressurgir na cena política brasileira a antiga posição conservadora apoiada por setores empresariais e na classe média. Essa polarização de projetos políticos delineava também, os contornos de uma nova configuração territorial entre as regiões e os municípios brasileiros (MAGDALENO, 2010).

“Os resultados oficiais das eleições por estados no primeiro turno reforçaram a percepção de uma polarização regional que, supostamente, se refletiu no interior de cada região, confrontando segmentos populares, de um lado, e as camadas médias da sociedade brasileira de outro. De fato, a geografia eleitoral das eleições de 2006 mostrou uma esmagadora vitória de Luiz Inácio Lula da Silva (PT/PRB/PC do B) entre os eleitores dos estados do norte e nordeste, enquanto os eleitores dos estados do sul e sudeste escolheram, em sua maioria, Geraldo Alckmin (PSDB/PFL). Algumas análises sugeriam que a explicação para uma possível divisão do país entre norte/nordeste, de um lado, e sul/sudeste, de outro lado, era bastante simplista” (HOLZHACKER&BALBACHEVSKY, 2007).

¹ Há uma mudança na correlação de forças na eleição municipal de 2004, onde o partido do governo (PT) perde espaço para partidos de filiação mais conservadora mudando o desenho político-territorial.

Ao mesmo tempo em que o “momento político” trazia inquietação sobre “nova correlação de forças” e “nova territorialização” na distribuição do poder no Governo, no âmbito da saúde coletiva, retomava-se, após 20 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a discussão sobre os pressupostos da reforma sanitária brasileira, entendendo-a como fenômeno sócio-histórico, ainda inconcluso, em processo e em movimento, dado que não foi possível, neste percurso, se alcançar plenamente todos os indicativos de mudanças que tanto mobilizou nos anos 70-80 os trabalhadores da saúde, a população, os movimentos sociais, os sindicatos e mesmo alguns setores da igreja (SCOREL, 1999; NASCIMENTO, 2007; PAIM, 2008, 2009; RODRIGUES & SANTOS, 2009).

O Ministério da Saúde em parceria com Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) motivados pelo cenário de renovação do ideário da reforma sanitária e do SUS lança um conjunto de dez documentos denominados “Série Pactos pela Saúde²”, que objetiva disseminar políticas, instrumentos e orientações como suporte a gestão na implantação de inovações advindas com o Pacto pela Saúde. Essas normativas são colocadas para serem pactuadas e implementadas pelos três entes federados, em seus âmbitos de competência.

A série é um instrumento de cooperação entre os gestores da saúde que assumem com a adesão ao Pacto responsabilidades pela saúde da população - a equidade social, a construção de um modelo de atenção que considere os princípios do SUS, a integração das ações de promoção atenção primária, assistência de média e alta complexidade e a vigilância em saúde, e o compromisso com as instâncias deliberativas CIB e CIT para fortalecer o controle social. Destaca-se em seus conteúdos a ênfase dada à descentralização - com o protagonismo do município; a integralidade das ações - com o fortalecimento da atenção básica e a expansão da ESF, e a regionalização - com ênfase nos mecanismos de gestão e financiamento pactuados, orientados por desenhos territoriais que organizam a oferta de atenção e cuidado, de modo a responder com

² O volume 1: Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão; o volume 2: Regulamento dos Pactos Pela Vida e de Gestão; o volume 3: Regionalização Solidária e Cooperativa: Orientações para Implementação do SUS; o volume 4: Política Nacional de Atenção Básica; o volume 5: Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde; o volume 6: Implantação de Complexos Reguladores; o volume 7: Política de Promoção da Saúde; o volume 8: Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Não Transmissíveis: Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência; o volume 9: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e o volume 10: Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intra-estadual: Orientações para Organização e Funcionamento.

maior eficiência e resolutividade aos problemas e necessidades de saúde de populações no âmbito dos territórios (BRASIL, 2006a).

Dentre esses documentos, foram selecionados, após a leitura do conjunto, aqueles designados por meio de Portaria do MS, e outros que, embora não instituídos em portaria, estabelecem maior relação e oferecem mais subsídios aos objetivos da tese. Os documentos, Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, Política de Atenção Básica e a Regionalização Solidária e Cooperativa trazem em seus textos e enunciados o território e a territorialização como propostas de ordenamento e organização da rede de atenção à saúde e os elementos para sua operacionalização no SUS. Contém, portanto os conteúdos discursivos centrais à estruturação do *corpus* desta investigação.

A Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 institui o Pacto pela Saúde 2006, cujo tema é a “Consolidação do SUS” e aprova diretrizes operacionais para sua efetivação. O Pacto foi firmado entre os gestores do SUS e contempla três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Resultou de intenso debate estabelecido por cerca de dois anos, envolvendo técnicos e direção de diversas áreas do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS sendo aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

“Sua implementação possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam a alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social” (BRASIL, 2006b:7).

A Política de Atenção Básica instituída pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, traz como propósito redefinir a Atenção Básica nos marcos do Pacto pela Saúde, revisitando suas diretrizes e normas no que tange às ações designadas para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Na oportunidade o MS transforma o PSF em uma estratégia de abrangência nacional em face da experiência acumulada, com vista à sua expansão em municípios de diferentes portes populacional, os quais devem assumir a responsabilidade sanitária pela saúde de populações em territórios específicos e bem delimitados.

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde” (BRASIL, 2006d).

O documento Regionalização Solidária e Cooperativa foi elaborado com base nas definições da Portaria nº 399/GM que institui o Pacto pela saúde e estabelece relação estreita com o Pacto de Gestão e a Política de Atenção Básica. A regionalização inscreve-se no contexto das políticas de redemocratização do país vivenciadas desde a Constituição Federal de 1988, que inovou o desenho federativo nacional, atribuindo autonomia aos três entes federados, definindo suas competências e promovendo a descentralização política e administrativa das unidades de governo. Nesse sentido, o documento apresenta a regionalização como diretriz estruturante do SUS, e traz em seu texto orientações específicas para sua implementação. No entanto, valem destacar que ainda existem questões estruturais não resolvidas e que necessitam serem superadas para êxito deste processo.

“A implementação da estratégia de regionalização em um país de dimensões continentais como o Brasil é um desafio sem paralelo, mais ainda se considerarmos as desigualdades regionais profundas que persistem em nosso sistema federativo, sem tradição de relacionamentos intergovernamentais cooperativos, sendo que grande parte dos 5.562 municípios apresenta grande dependência financeira dos entes estadual e federal. (...) é uma estratégia importante para a governabilidade do país também por abranger medidas que promovem o desenvolvimento sócio-econômico da nação e reduzem as desigualdades sociais (...) a governabilidade desejada para o setor Saúde se expressa por e sua capacidade de ampliar o acesso da população às ações e serviços assistenciais e, também, às estratégias de prevenção e promoção da saúde” (MS, 2006b) .

Na seqüência dos acontecimentos, em 2007 a 13ª Conferência Nacional de Saúde: “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento” teve a coordenação, pela primeira vez, do presidente do Conselho Nacional Saúde, simbolizando, frente à proposta da regionalização cooperativa e solidária em curso no âmbito do SUS, o desenvolvimento e o amadurecimento do pacto federativo constitucional e da sociedade brasileira, representado na participação de 4.430, os quais

expressaram suas posições e vontades nas Conferências Municipais de Saúde, significando 77% de todos os 5.564 municípios do país. Esse fato soma-se à participação de 5.000 delegados entre trabalhadores da saúde, usuários, gestores, parlamentares e professores, possibilitando uma análise crítica sobre os rumos das políticas públicas futuras, tendo como reflexão a memória passada (BRASIL, 2007).

“O Conselho Nacional de Saúde converteu-se em aparato ressoante dos anseios populares no que diz respeito à saúde e seus determinantes sociais, junto aos executores de nossas Políticas Públicas de Saúde. [...] Reflexões e deliberações sobre a intersetorialidade, a inversão do modelo de atenção, a regulamentação do financiamento do SUS, a reestruturação e o fortalecimento da rede pública, o combate à precarização do trabalho e a implantação dos cargos de carreira única do SUS, entre outros, foram resultados do qualificado processo de apreciação de demandas provenientes de todos os setores que compõem e utilizam o Sistema ao longo de todas as etapas da Conferência” (BRASIL, 2007:10).

Dessa forma a 13ª CNS, com o apoio de um conjunto expressivo de municípios, ratificou a preocupação com a qualidade de vida, o desenvolvimento social e o respeito ao direito humano, evocando o conceito positivo de saúde como sinergia de elementos constitutivos das condições gerais de existência das pessoas em seus territórios, destacando enfaticamente, no texto final, a necessidade de se enfrentar a exclusão e a injustiça social, diminuindo as desigualdades e as iniquidades em saúde. Para tanto afirmou a descentralização e a intersetorialidade como dispositivos operacionais e práticas políticas indispensáveis à consolidação do SUS, ampliação da cidadania e garantia do direito à saúde e a cidade.

“O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde, em conjunto com os municípios, devem reverter o modelo hierárquico do SUS, expresso em sua organização por níveis de atenção (atenção básica, de média e alta complexidade), substituindo-o pela organização em rede de atenção a saúde, além de organizar e regular uma rede de regionalização solidária, cooperativa e hierarquizada de atenção à saúde, contemplando municípios/microrregiões/regiões do Estado e implementar o tratamento fora do domicílio (TFD), implantando e mantendo um Sistema Integrado de Informações dos Usuários (Cartão SUS) em todos os municípios” (BRASIL, 2007:121).

O novo cenário político-institucional e seus desdobramentos no MS, no que tange à organização da atenção e do cuidado, confirmam a Atenção Básica como política a ser desenvolvida pelos municípios tendo na Estratégia Saúde da Família o elemento central para mudança do modelo assistencial. A ABS nessa perspectiva deveria atender a maior

parte dos problemas de saúde de populações em territórios específicos, sendo complementada por ações de média e alta complexidade que vão requerer maior densidade tecnológica, de modo a cumprir os preceitos da integralidade das práticas e da efetividade do cuidado à saúde.

O compasso de espera da pesquisa aos ‘acontecimentos políticos’ no período 2006-2008 foi estratégico para se ter maior nitidez sobre os contornos do contexto institucional das políticas de saúde nesse momento. Ao mesmo tempo, possibilitou o aprofundamento de alguns recortes teóricos fundamentais³ relacionados à reforma sanitária; ao SUS; a geografia política, humana, crítica e da saúde; ao planejamento estratégico situacional; a teoria da ação e do jogo social, como suportes a contextualização do objeto de investigação da tese.

Em 2008, o projeto de tese apoiado nos aportes teóricos e normativos recentes passa, após a qualificação, por algumas modificações em seus objetivos e na metodologia de modo a atender às demandas solicitadas pela banca, bem como para responder a indagações surgidas após a revisão da literatura e dos documentos oficiais do SUS selecionados.

Constatou-se uma enorme “polifonia” no uso da categoria “território”, *vis a vis* a pouca clareza apresentada sobre o seu significado e a sua operacionalização no campo da saúde. Essa evidência foi reforçada em momentos distintos quando pude ministrar aulas sobre os temas Território, Territorialização e Vigilância em Saúde junto a diferentes alunos profissionais do SUS⁴, ampliando a percepção sobre o distanciamento entre as palavras, seus usos e as práticas em saúde.

Com esse balizamento a investigação voltou-se para uma abordagem teórica, centrando-se na pesquisa documental e na análise do discurso para conhecer e consubstanciar o entendimento dos atores institucionais sobre as bases territoriais definidas pelo Sistema

³ Andrade, 2006; Nascimento, 2007; Paim, 1985, 1986, 1991, 1992, 1993, 1994, 1998, 1999, 2001, 2002, 2003, 2008, 2009; Rodrigues & Santos, 2009; Santos; 1985, 1988, 1992, 1994, 1996, 1998, 2002, 2005; Haesbaert, 2007; Araujo & Haesbaert, 2007; Barcellos, 2000, 2002; Monken & Barcellos, 2007; Gondim, et al, 2008; Matus, 1993, 1996, 1997; Testa, 1992, 1995.

⁴ Ministramos aulas em cursos de Residência em ESF e Especialização em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ, de 2007 a 2009, e, no curso Técnico de Nível Médio ACS da EPSJV em 2008. Embora a prática docente não conste como parte dos procedimentos metodológicos da tese, não pode deixar de influenciar e contribuir, para conformar os questionamentos da pesquisadora sobre os significados e a apropriação das categorias território e territorialização no campo da saúde.

Único de Saúde, em suas dimensões: política-institucional, organização da atenção, cuidado integral e práticas de saúde, destacando os sentidos e as escalas propostas e sua mediação com os princípios e diretrizes dos SUS.

Por se tratar de uma investigação que enseja resgatar no processo de análise os contextos onde se situam as mudanças institucionais nos discursos do gestor federal e de atores estratégicos da saúde coletiva, foi necessário durante o caminhar da pesquisa, corrigir rumos, modificar estratégias e planos, de modo a possibilitar uma maior compreensão sobre a incorporação dos conteúdos territoriais no campo da saúde, desde a concepção de espaço até aquela que situa as práticas de saúde como dimensão do território usado (GONDIM, 2008; MONKEN et Al, 2008; MONKEN&BARCELLOS, 2005; GONDIM et al, 2008).

O foco deste trabalho é o estudo dos diferentes recortes territoriais definidos pelo sistema de saúde brasileiro ao longo de 20 anos, em especial os múltiplos territórios destinados ao desenvolvimento das ações da Atenção Básica à Saúde, onde foram destacadas suas características principais e as implicações política e sócio-cultural para os modelos de atenção e a organização dos serviços de saúde. Para facilitar o processo investigativo algumas questões foram elaboradas no sentido de respondê-las ao final do percurso oferecendo elementos à reflexão e ao desenho de cenários prospectivos para organização do SUS em base territorial.

As Questões de Estudo

1. A definição e o uso de base territorial pelo SUS contribuem para maior compreensão dos determinantes sociais da saúde-doença-cuidado em populações?
2. Qual o conceito de território subjacente aos recortes territoriais da ABS que orientam a organização e o desenvolvimento das práticas de saúde pelas equipes da ESF no nível local?
3. Na organização dos serviços de ABS os conteúdos do território são acionados para possibilitar a universalidade do acesso, a integralidade das ações e a efetividade da atenção?
4. Os territórios da ABS potencializam o processo de trabalho em saúde evidenciando na relação dominação-resistência-apropriação o espaço dialógico

para o fortalecimento da equipe de saúde e dos projetos terapêuticos locais para a produção social da saúde?

5. O processo de territorialização proposto pelo SUS possibilita efetivar mudanças na gestão e no modelo assistencial de modo a fortalecer a participação comunitária e o controle social?

As Opções Metodológicas

Para responder as assertivas do estudo, optou-se por uma abordagem eminentemente qualitativa, de cunho analítico e histórico, mediada por recursos das ciências sociais em saúde, por meio dos quais se descrevem cenários, contextos e situações relacionadas aos recortes territoriais contidos nas políticas de saúde e sua institucionalização junto às estruturas operacionais do setor em 20 anos de SUS.

Para MINAYO (2008) o método qualitativo é o que melhor se ajusta às investigações de grupos e coletivos delimitados, de histórias sociais relatadas por atores, de relações e para análise de documentos e de discursos.

“Ele permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Pode ainda, ser utilizado para elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (p.57)”.

Cabe ainda destacar que o objeto das Ciências Sociais e Humanas em Saúde é complexo, contraditório e inacabado e está, assim como a sociedade, em permanente transformação e que a realidade social e seus fenômenos só podem ser apreendidos por aproximação sucessiva, dado que esta é mais rica do que qualquer teoria elaborada sobre ela.

A Pesquisa Documental

Definiu-se a pesquisa documental como procedimento a ser utilizado na investigação recorrendo-se a métodos e técnicas adequados para a apreensão, compreensão e análise do material selecionado: a) textos oficiais do Ministério da Saúde (normas, portarias), sistematizados em uma Matriz Interpretativa, e b) teses e artigos científicos relacionados ao tema da tese, cujos autores são reconhecidos no meio acadêmico da saúde coletiva.

A pesquisa documental traz uma série de vantagens: em primeiro lugar, os textos documentais se constituem em fonte estável de dados e por subsistirem ao longo do tempo, tornam-se imprescindíveis em qualquer pesquisa de natureza histórica. Segundo, os custos são muito baixos se comparados com o de outras pesquisas, a maioria dos procedimentos requeridos, dependem da capacidade do pesquisador, o que exige apenas disponibilidade de tempo. Em terceiro não exige contato direto com os sujeitos da pesquisa, fato que, muitas vezes, dificulta o desenvolvimento da investigação ou a torna inviável, e ainda, as informações fornecidas pelos sujeitos, ficam prejudicadas em função de circunstâncias que envolvem o contato (GIL, 2002).

As limitações desse tipo de pesquisa “*referem-se à não-representatividade e à subjetividade dos documentos*” (GIL, 2002:28). São argumentos fortes, que o pesquisador deve considerar tanto na busca como na análise dos documentos, pelo menos em parte para contornar as dificuldades que venham advir dessas lacunas. Quando há possibilidade, a estratégia para assegurar a representatividade é tomar como referência um grande número de documentos e realizar uma seleção pelo critério de aleatoriedade. Na investigação em tela, o número de documentos embora extenso não podem ser reduzido por aleatoriedade pelo significado contextual que representam.

No que tange a objetividade, as limitações são as mesmas que estão mais ou menos presente em toda investigação de cunho social. Daí a importância que o pesquisador deve dar aos diferentes aspectos implicados com os documentos estudados antes de formular sua conclusão definitiva. É oportuno destacar que algumas pesquisas de base documental se tornam importantes não porque respondem em definitivo a um problema, mas porque proporcionam uma visão ampliada sobre essa problemática ou, ainda, possibilitam a formulação de hipóteses que conduzem à sua verificação por outros meios.

Para OLIVEIRA (2007:69) “*a pesquisa documental caracteriza-se pela busca de informações em documentos que ainda não receberam nenhum tratamento científico*”. Nesse sentido, não faltam argumentos que incentivem o uso e a valorização de documentos em pesquisa. A riqueza das informações que deles se pode extrair e resgatar reforça o seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais, dado que possibilitam ampliar o entendimento de objetos cuja contextualização histórica e

sociocultural se faz necessária e imprescindível. Reconhece-se também que os documentos acrescentam à dimensão do tempo a compreensão do social e favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (CELLARD, 2008).

Oportuno demarcar que a pesquisa documental assemelha-se à pesquisa bibliográfica, no entanto, existem diferenças significativas que devem ser destacadas em uma e em outra. A pesquisa bibliográfica analisa livros, periódicos, enciclopédias, ensaios críticos, dicionários e artigos científicos, em fontes secundárias. É um “*estudo direto em fontes científicas, sem precisar recorrer diretamente aos fatos/fenômenos da realidade empírica*” (OLIVEIRA, 2007:69). A sua principal finalidade é oferecer ao pesquisador contato direto com artigos, obras ou documentos que versam sobre um tema em pauta, e que se têm, a priori, a certeza de estar trabalhando com fontes secundárias reconhecidamente de domínio científico.

Já na pesquisa documental a busca de informações pauta-se em documentos ainda em estado bruto do ponto de vista de sua análise. O elemento diferenciador está na natureza das fontes, onde se recorre àquelas chamadas primárias. Portanto, depreende-se que o pesquisador deva realizar um trabalho bastante cuidadoso com o texto localizando em minúcia elementos significante para sua compreensão (GIL, 2002; OLIVEIRA, 2007):

a) É desejável que em todas as etapas do estudo situe o contexto histórico no qual o texto foi produzido, o universo sócio-político do autor e daqueles a quem a fala está dirigida, não importa a época em que o documento tenha sido produzido. A contextualização sócio-histórica é sempre indispensável, seja em relação a documento referido há um tempo muito remoto, seja aquele que se situa em um passado recente. Neste último caso, tem-se o desafio do pouco distanciamento do pesquisador dos fatos produzidos.

b) Conhecer a conjuntura econômica, política e sócio-cultural que propiciou a produção do documento. Isso é fundamental para se apreender os esquemas conceituais dos autores, seus argumentos, refutações, reações e, ainda, identificar pessoas, grupos sociais, locais e fatos, aos quais o texto remete. A análise do contexto permite ao pesquisador compreender as singularidades da

produção e organização dos conteúdos, evitando interpretações pessoais ao documento em decorrência de seus valores e daqueles impostos pelo cotidiano (GIL, 2002; OLIVEIRA, 2007; CELLARD, 2008).

c) Situar a autoria do texto é indispensável no momento da análise: saber das razões, dos interesses e a quem a fala está dirigida – se em proveito próprio ou do coletivo. Dessa forma torna-se mais fácil avaliar a credibilidade dos seus conteúdos, a interpretação dos fatos que o circunscreve e as posições que deixa transparecer em descrições afirmativas ou negativas sobre acontecimentos e situações reais ou mesmo em proposições e apreciações sobre o futuro.

d) Conferir a procedência do documento de modo a assegurar a qualidade da informação transmitida, inclusive ponderar a relação que o autor estabelece com o que ele escreve: se foi testemunha daquilo que relatou; qual o decurso de tempo entre o fato e a sua descrição; se a fala de outros atores sociais está incluída e se estas são coerentes; qual a posição que ocupava no momento do acontecimento relatado e o quanto isso pode ter influenciado suas observações e seus julgamentos.

e) Verificar a natureza do texto a qual contribui para explicitar o arcabouço teórico, metodológico, técnico e político utilizado pelo autor ao escrevê-lo. A estrutura de um texto pode revelar de acordo com o contexto em que foi escrito, as particularidades e o grau de iniciação no campo social onde foi situada sua produção, de modo a fazer sentido para o leitor.

e) Localizar palavras-chaves delimita adequadamente para o pesquisador o sentido das palavras no texto, avaliando sua importância e coerência segundo o contexto preciso em que eles estão empregados. Por fim, é útil examinar a lógica interna, o esquema ou o plano textual, de modo a conferir como certos argumentos foram desenvolvidos e quais os eixos centrais dessas argumentações. Essa contextualização pode ser um suporte bastante importante, quando se trabalha ou comparam-se vários documentos da mesma natureza (SÁ-SILVA & ALMEIDA & GUIDANI, 2009).

Na pesquisa documental a fase de análise preliminar dos documentos é o momento de se produzir ou (re)elaborar conhecimentos e criar novas formas de entender os fenômenos. É necessário mencionar os fatos, por se constituírem como objetos da pesquisa, porém, por si só, não explicam nada. Para isso, as informações devem ser interpretadas e sintetizadas, as tendências apontadas e quando possível realizar inferências. É preciso ter claro que os documentos não existem isoladamente, por isso precisam ser situados em uma estrutura teórica para que o seu conteúdo seja entendido (MAY, 2004).

Foram selecionados 04 documentos básicos para o aprofundamento da análise: 1) Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS 01/96 – nº 2.202, de 5/11/96); 2) Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS Portaria MS/GM nº 373 de 27/02/02); 3) Diretrizes do Pacto pela Saúde (Portaria MS/GM nº 399 de 22/02/06); 4) Política de Atenção Básica (Portaria MS/GM nº 648 de 28/04/06), os quais sistematizam as direções que se referem a implementação da Atenção Básica no SUS como ordenadora do sistema e a Estratégia Saúde da Família e a regionalização como racionalidade estruturante da organização territorial da oferta de serviços de atenção à saúde. Outros documentos oficiais se fizeram necessário de forma complementar a pesquisa documental e a análise: Regionalização Solidária e Cooperativa e a Política de Promoção da Saúde que compõem a série Pacto Pela Saúde, volumes 3 e 7, e as NOBs 01/91, 01/92 e 01/93.

Foi feita uma extensa revisão da literatura, onde se contemplaram temas e conceitos circunscritos ao objeto de estudo da tese, dada a complexidade de sua operacionalização no campo da saúde e as interfaces que estabelece com outros campos de conhecimento. Destacam-se temas da geografia da saúde, da sociologia compreensiva, da teoria do espaço, da Atenção Básica, da Estratégia Saúde da Família, das políticas de saúde, do planejamento e gestão, e dos instrumentos regulatórios do SUS.

Na fase exploratória da pesquisa efetuou-se busca em periódicos indexados orientada por descritores e da combinação entre eles de modo a subsidiar a construção do *corpus* do estudo. A busca foi realizada entre maio e junho de 2008 em bases de dados indexadas da Biblioteca Virtual de Saúde (Lilacs, SciELO, Medeline) utilizando o método por palavra e a localização regional. Fez-se de início uma busca exploratória verificando-se dentre as três bases de dados a que melhor atendia aos objetivos da

investigação. A base Lilacs foi aquela que ofereceu a melhor resposta, contemplando artigos das duas outras e agregando mais especificidades em textos da América Latina e Caribe de interesse para o tema da tese.

Na primeira busca utilizaram-se descritores que articulam as categorias território, saúde e territorialização:

- 1) território (1.219 sendo 509 com texto completo);
- 2) território e saúde (322, sendo 168 com texto completo);
- 3) territorialização (25, sendo 11 com texto completo), e
- 4) territorialização e saúde (22, sendo 7 com texto completo).

Na segunda busca, utilizaram-se descritores que articulam ABS e ESF e as variações de seus usos:

- 5) atenção básica em saúde (1.148, sendo 717 com texto completo);
- 6) saúde da família (5.598, sendo 2078 com texto completo);
- 7) programa saúde da família (1.537, sendo 695 com texto completo);
- 8) estratégia saúde da família (537, sendo 284 com texto completo).

O resultado obtido após a leitura dos títulos dos artigos foi refinado pela combinação dos descritores das 02 buscas anteriores:

- 9) atenção básica em saúde e território (32, sendo 19 com texto completo);
- 10) saúde da família e território (43, sendo 23 com texto completo);
- 11) programa saúde da família e território (20, sendo 12 com texto completo);
- 12) estratégia saúde da família e território (14, sendo 9 com texto completo);
- 13) atenção básica e territorialização (4, sendo 2 com texto completo);
- 14) saúde da família e territorialização (3);
- 15) programa saúde da família e territorialização (1);
- 16) estratégia saúde da família e territorialização (2).

Constatou-se pelo título dos artigos selecionados, a diversidade dos temas, e o distanciamento da maior parte deles do objeto desta investigação – o território. Aqueles que tratam, especificamente de território e territorialização, o significa ora como dimensão jurídica-política ora como sítio geográfico. Os artigos que tratam da ABS e ESF, do mesmo modo, poucos se referem ao território como conteúdo e dispositivo

estratégico para o processo de trabalho das equipes de saúde na sua relação com a população.

Optou-se por ler os resumos dos estudos que possuíam texto completo. O passo seguinte foi à leitura dos artigos que continham as palavras território, territorialização e outras delimitações territoriais (áreas, região, micro-área, dentre outros) e aqueles julgados de maior relevância e pertinência com o objeto da tese. Realizou-se a leitura da bibliografia selecionada agregando também artigos e textos trabalhados na disciplina de doutorado “*Saúde da Família: aspectos teóricos e avaliação de experiências*”⁵. A leitura foi sistematizada em um quadro resumo por meio das categorias território e territorialização e agregadas em dimensões, sentidos e escala.

O território como categoria geográfica rica em conteúdos social, político e cultural, quando mencionada em qualquer dos artigos selecionados, simplesmente destacam o caráter físico ou locacional, referindo-o a uma delimitação político-administrativa definida pela gestão da saúde, destituindo-o de sua força operativa de seu sentido relacional. Limita-se a descrevê-la como um palco/receptáculo onde ações acontecem, no qual se faz necessário agregar mais ações de saúde, de modo padronizado e normatizado, com pouca ou baixa participação dos demais agentes do espaço que produzem e usam o território.

Cumpridas as etapas da seleção e da análise preliminar dos documentos, procedeu-se à análise dos dados: “*o momento de reunir todas as partes – elementos da problemática ou do quadro teórico, contexto, autores, interesses, confiabilidade, natureza do texto, conceitos-chave*” (CELLARD, 2008: 303). Dessa forma, pode-se desenvolver um trabalho no limite da interpretação coerente, tomando como base os questionamentos iniciais. A análise foi desenvolvida por meio da discussão que os temas, categorias e os dados suscitaram, que incluiu o *corpus* da pesquisa, o modelo teórico e as referências bibliográficas.

⁵ Disciplina cursada em 2007, oferecida pela ENSP/FIOCRUZ para alunos de Doutorado, Mestrado e Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da bibliografia constava 50 textos (artigos e documentos) voltados para AB e ESF em seus aspectos conceituais e operacionais, contemplando: Avaliação da Atenção Básica e os estudos Linha base; Concepções de Atenção Primária em Saúde e a experiência Européia; Políticas de Proteção Social em saúde direcionada às famílias; APS e Atenção Básica no Brasil; Equipes de saúde da Família – inserção, organização do trabalho e práticas assistenciais; Integração da APS a outros níveis de atenção; ACS um trabalhador singular; Sistema de Informação e Registro em Atenção Básica; Métodos de Avaliação de Atenção Básica.

O Percurso da Análise

Neste momento da investigação analisou-se em exaustão o material trabalhado na fase exploratória, quando foram destacados os discursos do gestor federal acerca do território e da territorialização em saúde, efetuando o recorte na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família. Considerou-se para efeito do desenvolvimento da análise alguns enunciados orientadores quais sejam:

i) as concepções de saúde e doença, em cada tempo histórico, enunciam percepções e significados que orientam no campo da saúde pública e da saúde coletiva as formulações políticas, os modelos de atenção, as práticas sanitárias e a organização dos serviços;

ii) a política de Atenção Básica à Saúde (ABS) e os arcabouços jurídico, operacional e técnico que a consubstancia articulam-se em um corpo de idéias pautadas no conceito ampliado de saúde e em um conjunto de estratégias e ações coordenadas e organizadas de forma cooperativa nas três esferas de gestão do sistema;

iii) a rede de serviços de atenção à saúde estrutura-se por meio de práticas sanitárias inseridas em processos de trabalhos diferenciados e complementares, mediante um paradigma e um modelo de atenção hegemônico, de modo a responder com efetividade às necessidades e aos problemas de saúde de um território-população;

iv) os múltiplos territórios onde se materializam as ações de saúde são produções sociais historicamente determinadas e circunscrevem, em seus limites, singularidades sócio-espaciais, designadas no campo da saúde como condições de existência e situação de saúde de indivíduos e coletivos humanos, e,

v) o discurso hegemônico sobre a importância do sistema de saúde estar organizado em base territorial necessita, para sua efetiva institucionalização, explicitar em seus enunciados qual o significado e o papel do território para organização do sistema e das práticas de saúde, situando a dinamicidade e a dialética (dominação-resistência) de seus conteúdos (político, institucional,

econômico, cultural e sanitário) e as posições dos outros atores sociais envolvidos em sua estruturação.

Tomando essas premissas como dispositivos para o desenvolvimento do processo de investigação, empreendeu-se a análise do discurso sobre os territórios da ABS junto ao gestor federal (MS) como formulador da política, e junto a atores estratégicos do campo da saúde coletiva, situados como intelectuais orgânicos do movimento sanitário brasileiro, na acepção Gramsciana⁶, formadores de opinião e comprometidos com os rumos do SUS. Esses últimos, no contexto da análise, como possibilidade de posição-oposição dialética à fala do gestor nacional nos contextos sócio-político onde os discursos foram produzidos.

Dos discursos estudados definiram-se algumas categorias de análise as quais foram agregadas em uma Matriz Interpretativa, estruturada em quatro dimensões discursivas: político-institucional; organização da atenção; cuidado integral e práticas de saúde. Nessas dimensões as categorias foram agrupadas levando em conta o sentido posto no texto, a escala geográfica referida e a relação correspondente com os princípios e diretrizes do SUS, de modo a compreender de como são apropriadas e quais estratégias devem ser implementadas para sua efetiva incorporação e operacionalização no campo da saúde.

A Análise de Discurso

Para análise dos documentos recorreu-se à metodologia da análise de discurso (AD) trabalhada por ORLANDI (1996, 1988, 2007) e BRANDÃO (2004). As autoras colocam a AD como procedimento teórico que trabalha a linguagem⁷ e o contexto de sua produção. Portanto, atende aos objetivos da tese, que enseja analisar um conjunto de textos oficiais produzidos pelo gestor federal. Essa ferramenta possibilita conhecer e

⁶ Todo grupo social, ao nascer do terreno originário de uma função essencial no mundo da produção econômica, cria também, organicamente, uma ou mais camadas de intelectuais que conferem homogeneidade e consciência da própria função não apenas no campo econômico, como também no social e político: o empresário capitalista gera junto consigo o técnico da indústria, o cientista da economia política, o organizador de uma nova cultura, de um novo direito etc. (Gramsci, 1978, p. 1.513)

⁷ Na perspectiva deste estudo, o referencial metodológico da AD se inscreve em teorias que se debruçam sobre o estudo da linguagem enquanto material cultural e ideológico (Bakhtin/Volochinov, 1992), e não naquele que trata do estudo da língua “por si mesma e em si mesma”, embora o considere como fundador dessa abordagem (Saussure, 1974).

interpretar a fala dos autores, a qual traz a marca e o traço de um tempo histórico, significado por mudanças no campo da saúde coletiva e da saúde pública brasileira. Para tanto, é pertinente esclarecer a qual AD nos filiamos, de modo a construir a coerência interna e externa da análise e atender aos propósitos da pesquisa.

A proposta intelectual em que se situa a AD é muito recente e nasce do encontro dos campos das Ciências Sociais e da Linguística. Cunhada no interior da Escola Francesa de Análise de Discurso por Michel Pêcheux teve como propósito substituir a Análise de Conteúdo tradicional⁸. Para tanto, foi preciso agrupar três regiões do conhecimento como suporte à compreensão dos discursos tanto do senso comum quanto do político ou do erudito:

- I. O Materialismo Histórico, como teoria das formações sociais - suas transformações e ideologias;
- II. A Linguística como teoria dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação, e,
- III. A Teoria do Discurso como teoria de determinação histórica dos processos semânticos. Esse quadro epistemológico encontra-se atravessado pela Teoria da Subjetividade, que por sua natureza psicanalista deve ser incorporada para explicitar a teia explicativa na formação do significado (MINAYO, 2008; ORLANDI, 2007; BRANDÃO, 2004).

Na AD a língua⁹ é a matéria prima, trabalhada como fato social e incorporada como idéia de curso, de percurso, de palavra em movimento, de prática de linguagem. Dessa forma, é compreendida com *“a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e de sua história (...) a linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural”* (ORLANDI, 2007:15). Portanto, como formas de significar, situada no mundo, com homens falando,

⁸ A análise de Discurso tradicional pautou-se inicialmente em um modelo behaviorista (estímulo-resposta) cujo objetivo era descrever um comportamento como resposta a um estímulo, com o máximo de rigor e cientificidade. Baseava-se em uma relação assimétrica entre o emissor, o estímulo e o receptor. Portanto, uma técnica de investigação cuja finalidade era a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação (Bardin, 1995:15-27). Seu objetivo é extrair sentidos dos textos, buscando responder a questão: o que este texto que dizer (Orlandi, 2007:17).

⁹ Quando mencionamos a língua nos referimos às argumentações de Bakhtin, 1995 (Voloshinov, 1929), as quais discordam de Saussure quanto coloca a língua em oposição à fala. Para Bakhtin a língua é algo concreto fruto de manifestação individual de cada falante, portanto valorizada na fala.

construindo sentidos para sua existência, ora como sujeito ora como parte de um determinado conjunto da sociedade.

“Nos estudos discursivos não se separa forma e conteúdo e procura-se compreender a língua não só como uma estrutura, mas, sobretudo como acontecimento. Reunindo estrutura e acontecimento a forma material é vista como o acontecimento significante (língua) em um sujeito afetado pela história. Aí entra então a contribuição da psicanálise, com o deslocamento da noção de homem para a de sujeito. Este por sua vez, se constitui na relação com o símbolo, na história” (ORLANDI, 2007:19).

Com essa compreensão a AD não se restringe a uma lingüística imanente, como fenômeno em si. Considera outras dimensões que a situa também como formação ideológica, quais sejam: *“o quadro das instituições em que o discurso é produzido, as quais delimitam fortemente a enunciação; os embates históricos, sociais etc. que se cristalizam no discurso, e o espaço próprio que cada discurso configura para si mesmo no interior de um interdiscurso”* (MAINGUENEU, 1987 Apud BRANDÃO, 2004:17). Essas dimensões evidenciam as condições de produção do discurso, as quais se referem fundamentalmente aos sujeitos, as situações e a memória. É o contexto imediato - as circunstâncias sócio-históricas e ideológicas da enunciação.

Por isso, as técnicas de análise de discurso são procedimentos que têm como pretensão inferir a partir da linguagem e de sua organização, relações entre a fala e os processos de sua produção, utilizando os marcos da sociologia da linguagem. Entende, portanto que o discurso traz a marca tanto das determinações histórica dos contextos onde foi proferido, quanto do sistema lingüístico onde está inserido.

Nesse sentido, se coloca como uma proposta crítica e reflexiva, na qual o pesquisador se situa e se implica durante o processo de análise, ao problematizar e interpretar os signos, as falas, seus autores e a realidade de sua materialização, *“(...) não há neutralidade nem mesmo no uso mais aparentemente cotidiano dos signos. A entrada no simbólico é irremediável e permanente: estamos comprometidos com os sentidos e o político. Não temos como não interpretar”* (ORLANDI, 2007:9).

Para interpretar, nos alerta a autora, diante da incerteza da relação do sujeito com o sentido e da linguagem com o mundo, haverá sempre, nas formações sociais, estratégias de se controlar a interpretação em função de suas determinações históricas: localiza-se

quem pode interpretar; como deve fazê-lo e a partir de qual referencial. Existem os interpretes e um corpo social delegado capaz de dar sentido aos discursos – o político, o padre, o professor, o pesquisador, o juiz dentre outros. Os sentidos não estão soltos, pelo contrário, estão sempre “bem administrados”. Por isso, ao se empreender a análise de um determinado discurso, tem-se a necessidade de fazer emergir o encoberto, o invisível subjacente, a fala e seu tempo histórico.

O que se quer ressaltar é que o discurso é um objeto sócio-histórico, onde história e sociedade se interpenetram para dar sentido às falas e ao que significam. Assim, a linguagem está impregnada de ideologia e esta se manifesta nos discursos. Portanto, *“a idéia é que a materialidade específica da ideologia é o discurso e a materialidade específica do discurso é língua, a AD trabalha a relação língua-discurso-ideologia, assim (...) não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia: o indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia e é assim que a língua faz sentido (ORLANDI, 2007:17)”*.

Importante ainda destacar qual o entendimento e qual o papel da ideologia¹⁰ para análise de discurso. Esta se organiza como um sistema lógico e coerente de representações (idéias e valores) e de normas ou regras (conduta), os quais normatizam o pensar e o agir, o sentir e o valorar, dos membros de uma sociedade. Apresenta-se como uma explicação teórica e prática, que em verdade, não consegue explicitar quase nada, dado que, ao se expor corre o risco de se perder e se destruir por evidenciar as diferenças e as contradições sociais. Por isso, o discurso em seu componente ideológico, se caracteriza também por lacunas, por silêncios, por brancos que, em última análise, servem para preservar a coerência do sistema (CHAUÍ, 1980:113).

Assim, a ideologia estaria calcada em três aspectos (ALTHUSSER, 1974:80):

a. *“a ideologia representa a relação imaginária de indivíduos com suas reais condições de existência”* – é conteúdo pelo qual os homens criam formas simbólicas de representação da sua relação com a realidade concreta.

¹⁰ O conceito de ideologia incorporado na AD é aquele trabalhado por Althusser (1974) em seu livro “Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado”, onde afirma que as classes dominantes para manter a dominação geram mecanismos de perpetuação ou de reprodução das condições materiais, ideológicas e políticas de exploração. É nesse momento, que entra o papel do Estado, através de seus Aparelhos Repressores (governo, exército, administração, polícia, tribunais, prisões, etc.) e dos Aparelhos Ideológicos (religião, escola, família, direito, política, sindicato, cultura, informação), os quais são acionados para impor à classe dominada as condições de sua submissão e exploração.

b. “*a ideologia tem uma existência porque existe sempre num aparelho e na sua prática ou suas práticas*” – as idéias dos homens existem nos seus atos, decorre de sua consciência livremente formada sobre aquilo que crê e realiza.

c. “*a ideologia interpela indivíduos como sujeitos*” – são nos rituais materiais da vida cotidiana que os indivíduos são transformados (interpelados) em sujeitos, se inserem, a si mesmo e suas ações, em práticas reguladas por aparelhos ideológicos.

Visto assim, é possível afirmar que os discursos que chegam até nós, em nosso cotidiano, estão impregnados de ideologia. Embora não se saiba como foram elaborados, tem-se a clareza de que fazem sentido em nossas vidas e em cada um de nós. Por isso, não coincide com o esquema simplista dos elementos da comunicação – emissor, mensagem, código, referente, receptor.

O discurso, a língua não são simplesmente códigos a serem decifrados em uma seqüência linear, ao contrário, se realizam em um processo de significação que não está separado de forma estanque. O funcionamento da linguagem coloca em movimento e em interação sujeitos e sentidos afetados pela língua, a história e a ideologia, “*um complexo processo de constituição de sujeitos e produção de sentidos e não meramente transmissão de informação [...] identificação de sujeitos, de argumentação, de subjetivação, de construção de realidade*” (ORLANDI, 2007:21).

Por isso, o sentido na AD não é algo em si mesmo, é compreendido como relação, dado que estará sempre significando alguma coisa, um objeto simbólico. Daí a necessidade de se analisar o gesto de interpretar - seus limites, suas possibilidades e seus mecanismos, como parte do processo de significação. Com isso fica clara a existência de um método, um *corpus* teórico que orienta o pesquisador a utilizar seu dispositivo para compreender o texto.

Nessa perspectiva, a leitura do texto deve estar orientada por três elementos teóricos que mediam o movimento entre a descrição e a interpretação: a inteligibilidade, onde basta conhecer a língua, para que um enunciado tenha sentido; a interpretação, onde o sentido do enunciado se faz por sua articulação com outras frases do texto e com o contexto imediato, e, a compreensão, que busca entender como um objeto simbólico (o discurso, o enunciado) produz sentido (ORLANDI, 2007).

Para cumprir com esses dispositivos teóricos de interpretação o pesquisador tem sob sua responsabilidade a formulação de questões que irão orientar o percurso da análise. Por isso, cada analista terá uma formulação própria para interpretar um discurso, desde a escolha do material, das categorias até a organização dos resultados e a sistematização da análise. A articulação entre os dispositivos teóricos de interpretação e os dispositivos analíticos construídos pelo analista, é o que imprime a singularidade, a forma e o sentido de cada análise.

Segundo FOUCAULT (1990) o discurso é uma dispersão, seus elementos não estão ligados para compor uma unidade, portanto, está no âmbito do pesquisador descrever esta dispersão localizando regras e ritmos capazes de reger a formação dos discursos. Essas regras são chamadas de “regras de formação” e possibilitam identificar no discurso: os objetos, que caracterizam um “espaço comum” discursivo; os diferentes tipos de enunciação, que atravessam o discurso; os conceitos, nas formas como surgem e se transformam em um campo discursivo em relação a um sistema comum, e, os temas e as teorias, que estruturam e relaciona as estratégias que constroem uma dada formação discursiva. São esses elementos em sinergia que permitem ao pesquisador a passagem da dispersão para a regularidade do discurso de modo a interpretá-lo.

Essas regras definem uma formação discursiva (FD) constituída como um sistema de relações entre objetos, tipos de enunciado, conceitos e estratégias. Isso facilita entender que *“um discurso é um conjunto de enunciados que tem seus princípios de regularidade em uma mesma formação discursiva (Foucault, 1971, p.146)”*. Com esse entendimento a análise de uma (FD) é o resultado da descrição dos enunciados que lhe fazem parte, e estes devem ser entendidos como unidade elementar, central, que forma um discurso.

Os enunciados possuem características que devem ser apreendidas pelo pesquisador para o desenvolvimento da análise: a) o enunciado possui um referencial – aquilo que o enunciado enuncia, podendo ser percebidas as relações entre os objetos e frase; b) a relação do enunciado com o sujeito, entendendo que é ele quem dá sentido as formas vazias da língua empregando signos que expõe as múltiplas posições que pode ocupar no discurso; c) a existência de um domínio, um campo adjacente que se associa ao enunciado e lhe amplia a compreensão, e d) a condição material do enunciado, o lugar de onde foi proferido (ORLANDI, 2007; BRANDÃO, 2004).

Portanto, entende-se o discurso como uma prática que nasce da formação dos saberes e que se articula com outras práticas não discursivas. É considerado um jogo estratégico e polêmico, de ação e reação, de pergunta e resposta, de dominação e de esquiva e também de luta. É o espaço em que saber e poder se articulam, pois quem fala, fala de algum lugar, a partir de um direito reconhecido institucionalmente – o discurso que veicula saber gera poder, daí sua produção ser controlada, selecionada, organizada e redistribuída por determinados artefatos cuja função é eliminar qualquer ameaça a permanência desse poder (FOUCAULT, 1990:247; BRANDÃO, 2004:37).

Com esse balizamento, é possível sair da superfície lingüística - do material de linguagem bruto coletado tal como existe, para entrar no objeto discursivo - o material selecionado que já recebeu um primeiro tratamento de análise superficial e já se encontra em um *corpus* de-superficializado pelo analista, ou seja, a materialidade lingüística: o como se diz; o quem diz, em que circunstâncias; etc. Os procedimentos da AD levam o analista a “*compreendê-la pela observação dos processos e mecanismos de constituição de sentidos e de sujeitos, lançando mão da paráfrase, da polissemia e da metáfora como elementos que permitem certo grau de operacionalização dos conceitos*” (ORLANDI, 2007:77).

A paráfrase denota aquilo que em todo enunciado sempre se mantém, representa no discurso o retorno aos mesmos espaços de dizer, na busca de preservar as fronteiras de sua identidade. É um mecanismo de “fechamento”, de “delimitação” de uma formação discursiva, – é a memória, a estabilização. Já polissemia, ao contrário, são processos de deslocamento, de ruptura dos processos de significação, um jogo de equívocos, de contrários, de mistura das fronteiras – é a pluralidade, a multiplicidade de sentidos. A metáfora é o efeito de deslize, próprio da ordem do simbólico - é o lugar da interpretação, da ideologia, da historicidade (BRANDÃO, 2004:48; ORLANDI, 2007:77-78)

É preciso deixar claro que não se pretendeu, em hipótese alguma, realizar uma análise lingüística do material analisado por não ser essa a finalidade deste estudo, embora se tenha tomado o referencial da AD como instrumental privilegiado da organização do *corpus* e do percurso da análise. Assim, o foco das análises foi o processo discursivo - os enunciados e os sujeitos (coletivos) que formulam as políticas de saúde, situando-os nos contextos de sua produção.

Para tanto, a análise adotou a seqüência do Esquema 1 para interpretar o corpus da pesquisa, de modo a extrair dos discursos os sentidos do território nos enunciados dos documentos estudados. A elaboração foi feita por etapas, que tem como seu correlato, o percurso que se fez para passar do texto para o discurso no contato com o corpus a ser trabalhado (o material empírico).

Esquema 1 – Análise do corpus

1ª Etapa: Passagem da	Superfície Lingüística para o	Texto (Discurso)
2ª Etapa: Passagem do	Objeto Discursivo para a	Formação Discursiva
3ª Etapa:	Processo Discursivo	Formação Lingüística

Fonte: Orlandi, 2004:77

Por fim, o que se deseja entender nos processos discursivos onde são elaborados os sentidos do território, são os significados na articulação do conjunto de textos oficiais do MS, evidenciando, a cada enunciação, o lugar do falante, das forças sociais e das condições concretas que colaboraram para emissão de cada discurso.

A Organização do Corpo do Trabalho

Optou-se por organizar o trabalho em capítulos, para ordenação lógica do caminho da investigação. No Capítulo 1 “*Marcos Teóricos de Aproximação entre a Geografia e a Saúde Coletiva*” estão destacados os referenciais teóricos dos campos que circunscrevem o objeto de estudo, os quais deram sustentação a todo o percurso da pesquisa - a fase exploratória, a análise dos documentos, os resultados e a discussão das evidências encontradas. Apresenta conceitos, temas e contextos que se articulam e configuram uma nova área de investigação na interface saúde coletiva, saúde pública e geografia.

Expõem ainda as formas de uso dos conteúdos geográficos por duas grandes vertentes da saúde coletiva e da saúde pública. De um lado a epidemiologia, no entendimento do processo saúde-doença, como duplo indissociável e constitutivo da existência material e imaterial das pessoas em seus espaços de vida e não apenas como fenômeno manifesto

da esfera biológica de indivíduos. De outro, o planejamento em saúde, como possibilidade de expressão política dos diferentes atores sociais e seus projetos, manifestos na relação dominação-emancipação. Ambos enfoques utilizam a categoria território como meio para assegurar as condições necessárias ao acesso universal e equânime a serviços de atenção à saúde, e organizar arranjos territoriais de cuidado integral progressivos às pessoas e aos coletivos, consoantes suas necessidades e os contextos de sua produção.

No Capítulo 2, “*O Território no Contexto das Políticas de Saúde no Brasil no Período 1986-2006*”, traça-se o movimento político de constituição dos modelos de atenção à saúde no Brasil no período indicado, o médico-assistencial-privatista; o sanitarista e as propostas de modelos alternativos. Neles, destacam-se as concepções de território e territorialização que subjazem à organização da rede de serviços de saúde. O pano de fundo dessa argumentação são os contextos - político, social e epidemiológico, onde os modelos de atenção foram forjados, *pari e passu* com os movimentos da saúde pública e as concepções teóricas da saúde coletiva sobre a saúde e a doença e as práticas sanitárias que influenciaram na definição do arcabouço assistencial público.

No Capítulo 3, “*Os Territórios da Atenção Básica: a força do território e a fragilidade da política*” descrevem-se as trajetórias de incorporação da concepção de atenção básica no Brasil, sua racionalidade política, técnica e operacional em cada período e contexto de sua formulação. Destacam-se ainda o arcabouço teórico-conceitual que deu suporte a esta proposição, em especial a atenção primária à saúde, o relatório Dawson e as experiências dos modelos centrados em famílias, ressaltando nessas propostas, os elementos que reforçaram a indicação de recortes territoriais para organização dos serviços e da atenção à saúde.

No marco da Constituição Federal de 1988 e da instituição do SUS em 1990, se constrói o centro da argumentação desse capítulo, onde instrumentos normativos (NOB/91/93/96, NOAS/01/02) e programas de saúde voltados para famílias em áreas específicas (agentes comunitários e saúde da família) evidenciam a força do território e da territorialização na cena da saúde pública brasileira, como possibilidade operacional para consolidação dos princípios e diretrizes do sistema, mudança de modelo de atenção e das práticas de saúde.

O Pacto pela Saúde e a Política de Atenção Básica em 2006 reforçam o projeto federativo de 1988 explicitando no desenho organizativo do sistema de saúde a importância dos arranjos territoriais, correlacionando níveis hierárquicos de atenção e cuidado com capacidade operacional e responsabilidade sanitária, numa trama de relações institucionais compartilhadas, com a participação comunitária e o controle social.

No Capítulo 4, “*O Território e a Produção Social da Saúde - Contextos, Atores e Relações Sociais*”, retomam-se os conceitos de território e territorialização destacando a polifonia dos discursos trabalhados nos Capítulos 1, 2 e 3, para situá-los na concepção de saúde como produção social, multidimensional e determinada pelas condições de existência das pessoas e no contexto de um novo modelo de atenção, a vigilância da saúde.

Ao mesmo tempo em que se resgata do discurso passado os objetos discursivos e seus significados no presente, constroem-se novos sentidos para estes conceitos no futuro. O referencial utilizado é MATUS (1989, 1993, 1996, 1997), o planejamento estratégico situacional e, principalmente, suas últimas elaborações sobre a Teoria do Jogo Social (2005), os quais fazem emergir das práticas de saúde os conteúdos geográficos do território como elementos sinérgicos entre os diferentes atores sociais, suas falas e suas práxis.

No Epílogo, “*O Território da Atenção Básica: múltiplo, singular ou inexistente?*”, toma-se o título referência da tese, para contextualizar e problematizar os achados, com o suporte nos marcos teóricos no capítulo 1, referidos aos campos da Saúde Coletiva e da geografia, e dos instrumentos normativos estudados, para efetuar um diálogo com os autores dos discursos analisados, de modo a esclarecer posições epistemológicas e ideológicas, erigir questionamentos e deixar em aberto as lacunas que possam contribuir para novos estudos e nova produção de conhecimento.

Apresenta-se uma proposta interpretativa e operacional dos conceitos de território e territorialização, como subsídios à gestão em suas diferentes esferas de decisão, de modo a informar as concepções, as políticas, os modelos e as práticas de saúde. A Matriz Interpretativa é orientada por dimensões de análise que organizam os sentidos e as escalas dos conceitos trabalhados, correlacionando-os com os princípios e diretrizes

do SUS, em um desenho que sistematiza e articula os diferentes níveis de atenção do sistema com a as estruturas da rede de serviços.

Para elaborar o desenho lógico da Matriz tomou-se como direção a teoria dos sistemas hierárquicos adaptativos, incorporada por CASTELLANOS (1991, 1996, 1997) na análise de situação de saúde; a teoria da constituição de GIDDENS (2009) e a teoria de campo social e do habitus de BOURDIER (1983a,1989), para criar uma concepção gráfico-interpretativa que possibilitasse compreender a complexidade, a interdependência e a interpenetração dos conceitos, seus sentidos e escalas nos múltiplos usos propostos pelo SUS.

INTRODUÇÃO

Contextualizando o Tema

É fundamental explicitar nessa introdução, a complexidade teórico-metodológica exigida pelo objeto de estudo da tese – os territórios da atenção básica, em especial, no percurso da análise do material compilado, um conjunto de documentos do Ministério da Saúde (MS), nos quais os sentidos da categoria território no interior da proposta da Atenção Básica à Saúde (ABS) são significados ora como espaço instrumental da ação do Estado, para cumprir princípios e diretrizes do SUS, ora como forma-conteúdo da prática social, que incorpora em sua dinâmica atores e processos estratégicos para formulação das políticas de saúde.

Esse duplo foco analítico suscitou a recuperação sistemática de contextos históricos anteriores aqueles demarcados no período da investigação (1986-2006), de modo a situar os diferentes momentos de produção de sentidos sobre o território no campo da saúde, os quais o coloca como materialidade discursiva das relações de poder, implicadas nas políticas de saúde no Brasil.

É na direção da análise das relações territoriais de poder, que se constrói e consubstancia o centro argumentativo da tese. Situa o território, enquanto categoria estratégica do campo da saúde coletiva e da saúde pública brasileira expressa no discurso do gestor federal, e localizada no interior do processo de descentralização das ações e dos serviços de atenção à saúde do SUS.

Evidencia que os múltiplos sentidos atribuídos ao território não são neutros, nem tão pouco apenas técnicos ou instrumentais. Carregam em cada situação em que estão colocados intencionalidades e projetos políticos dos atores sociais (agentes) implicados em sua apropriação e operacionalização.

“Ser um ser humano é ser um agente intencional, que tem razões para suas atividades e também está apto, se solicitado, a elaborar discursivamente essas razões (inclusive mentindo a respeito delas). Termos tais como, “propósitos” ou “intenção”, “razão”, “motivo” etc. têm de ser tratados com cautela, porquanto o seu uso na literatura filosófica tem sido muito freqüentemente associado a um

voluntarismo hermenêutico, e porque eles retiram a ação humana da contextualidade de espaço-tempo (GIDDENS, 2009:3)”.

Assim, afirma-se que os territórios são formas dinâmicas, cujas características de sua produção e existência, encerram e materializam em suas paisagens as ações/intenções humanas realizadas em diferentes tempos históricos. São produções sociais complexas e seus usos traduzem em seus limites os movimentos de dominação-resistência-apropriação da sociedade. Daí sua importância para compreensão das diferentes estratégias espaciais que a sociedade encontra para se organizar e se estruturar no espaço – uma combinação entre instâncias¹¹ fundamentais da estrutura social, para produzir e reproduzir as condições materiais e imateriais da existência (SANTOS, 1996; CASTELLS, 1983; HAESBAERT, 2007).

Para CASTELLS (1983:194) toda sociedade concreta (e sua expressão espacial) pode ser apreendida a partir da articulação histórica dos diferentes modos de produção, vistos como matriz particular que combina diferentes instâncias fundamentais da estrutura social, essencialmente, a econômica, a político-institucional e a ideológica:

1. O sistema econômico estabelece ligações entre a força de trabalho, os meios de produção e o não trabalho, que se combinam segundo duas relações principais: a relação de propriedade e o processo técnico de trabalho. Sua expressão espacial pode ser encontrada por meio da dialética entre a produção e o consumo - atividades produtoras de bens, serviços e informações; atividades de apropriação social, individual; atividade de troca entre a produção e o consumo, e a regulação das relações entre produção, o consumo e as trocas.
2. O sistema político-institucional se expressa em torno de duas relações essenciais: a dominação-regulação e a integração-repressão. Sua expressão espacial revela de um lado a divisão do espaço para abrigar diferentes estratos sociais, e de outro, as ações sobre a organização econômica do espaço por meio da regulação-domação que as instituições exercem sobre os elementos do sistema econômicos via processo de gestão, e,
3. O sistema ideológico organiza-se marcando o espaço com uma série de signos, cujos significantes são constituídos de formas espaciais que representam as posições e os conteúdos ideológicos dos diferentes atores sociais, cuja eficácia deve ser verificada a partir dos seus efeitos sobre o conjunto da estrutura social.

¹¹ Para Castells (1983), as “instâncias” da vida social são “sistemas de práticas” e representam, em essência, dimensões econômica, político-institucional e ideológica (p.193).

Compreender essas múltiplas formas espaciais e seus sistemas de objetos e ações, no estudo dos usos e dinâmicas dos territórios, é fundamental para a apreensão dos significados que lhes são atribuídos e incorporados nos discursos dos formuladores das políticas públicas de Estado. Nesse sentido, a apropriação recente do território como categoria analítica e operacional das políticas de saúde, deixa transparecer “intencionalidades” ainda pouco estudadas, as quais ao serem analisadas e interpretadas, podem contribuir significativamente com as propostas de organização do sistema de saúde no nível local, redefinir práticas de saúde e incorporar efetivamente as comunidades no processo de produção social de saúde.

Surge daí a complexidade enunciativa desta tese, traduzida tanto nos significados dos discursos oficiais proferidos sobre o território, quanto naqueles que versam sobre a ABS. Ao juntá-los em um único texto, amplificam-se as possibilidades de interpretação e análise dos documentos no período selecionado, dada a não linearidade temporal dos discursos que situam os recortes territoriais do sistema de saúde, os quais só fazem sentido quando se estabelecem, a todo o momento, os vínculos necessários com o passado, o presente e suas projeções futuras.

Sendo assim, não se pretendeu ser exaustivo na abordagem do tema em seus aspectos epistemológicos e históricos, tão pouco efetuar uma cronologia precisa dos movimentos do setor saúde e de suas representações territoriais. Buscou-se, sobretudo, evidenciar processos e contextos históricos que contribuíram, em cada situação político-institucional, incorporar no discurso da saúde, os diferentes sentidos da categoria “território”, destacando no trajeto da pesquisa, as possibilidades de melhor compreender o seu uso nos campos da saúde coletiva e da saúde pública bem como sua operacionalização pelo sistema de saúde brasileiro.

Situando o Discurso Sobre o Território nas Políticas de Saúde

Chama a atenção, em especial nos últimos 30 anos, o ressurgimento e o interesse pela categoria território como vertente da aproximação histórica entre os campos da saúde coletiva e da geografia. No Brasil essa associação tem sido positiva e bastante expressiva, iniciada com o resgate do conceito de espaço por alguns autores nos estudos sobre o estado de saúde de populações (SILVA, 1985, 1997; SABROZA, 1992a, 1992b, CZERESNIA&RIBEIRO 2000), para em seguida, ser incorporado pelo Sistema Único

de Saúde como elemento estratégico para a reorganização dos serviços e a integralidade das práticas (UNGLERT, 1993, 1986, 1997; MENDES, 1993; MONKEN, 2003; MONKEN & BARCELLOS, 2005, 2007; GONDIM, et al, 2008).

Vem sendo destacada, em vários documentos normativos do Ministério da Saúde (MS), a importância da rede de atenção à saúde estar organizada em base territorial, de modo a assegurar a efetividade da política, a eficiência das ações e a eficácia dos sistemas de saúde local. Apesar da considerável produção teórica acumulada no campo da saúde coletiva e das ciências sociais acerca da estreita relação entre os processos de produção e reprodução social e as configurações territoriais, a associação entre espaço, contextos de vida e o processo a saúde-doença e, a necessidade do trabalho em saúde se desenvolver em territórios delimitados, há uma enorme polifonia acerca do conceito e pouca clareza sobre seus conteúdos e potencialidades (SANTOS 1998, 2005; MONKEN & BARCELLOS, 2005; PEREIRA & BARCELLOS, 2006; GONDIM et al., 2008; GONDIM, 2008; MONKEN et al., 2008; ROJAS & BARCELLOS, 2003; PEITER, 1998; 2000).

Constata-se nas múltiplas falas institucionais do MS uma ausência de entendimento sobre os sentidos e significados da categoria território no âmbito SUS, situando-os em diferentes abordagens: na organização da rede de serviços, na análise de risco e dos determinantes sociais da saúde; nas práticas de acolhimento; no reconhecimento dos contextos de vida local; no atendimento às necessidades e aos problemas de saúde, dentre outras, tornando sua operacionalização mais difícil e complexa, dado o afastamento histórico entre a gestão, o sistema, os profissionais, os usuários e suas relações sociais (BRASIL, 1994, 1996, 1997, 2000, 2001, 2002, 2006a, 2006b, 2006c, 2006d)

Esse distanciamento entre a fala e a ação dos atores que usam o território e realizam o trabalho em saúde, oblitera o olhar e reduz a compreensão sobre a dinâmica e as diferentes relações que animam a vida dos lugares, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções fragmentadas e pouco efetivas, na maior parte das vezes focadas em doenças e doentes. Mesmo assim, a história recente da saúde pública brasileira tem demonstrado a relevância do papel do Estado como ator social fundamental para proteger e assegurar o bem-estar às pessoas e aos grupos sociais, de

modo a atender a singularidade dos problemas e das necessidades manifestas em diferentes escalas territoriais (MONKEN, 2003; PAIM, 2002; ROCHA, 1997).

O Sistema Único de Saúde (SUS) utiliza uma variedade de nomenclatura e divisões territoriais para operacionalizar suas ações, quais sejam: a região, o município, o distrito sanitário, a área, a micro-área, a área de abrangência de unidades de saúde, dentre outros, são recortes e recursos de atuação de caráter administrativo, gerencial, econômico e político, que se estruturam no espaço e criam territórios próprios, dotados de poder. Essa intervenção estatal, embora pautada nos discursos da democratização, descentralização e compartilhamento, não é implementada dessa maneira, tornando os territórios da saúde - formas e conteúdo, apartados do território dos demais agentes.

Para GIDDENS (2009), o poder criado pelas estruturas do Estado e da sociedade civil organizada se institui através das redes de relacionamento humano que se constituem no espaço. *“O poder em sistemas sociais que desfrutam de certa continuidade no tempo e no espaço pressupõe relações regularizadas de autonomia e dependência entre atores ou coletividade em contextos de interação social (p.18)”*. Desse modo, a estruturação e organização do sistema de saúde, passa necessariamente pela compreensão dos modos como este é produzido e reproduzido na sociedade, a partir de certos fundamentos forjados nas atividades cognoscitivas de determinados atores que se sustentam em regras e recursos, na multiplicidade de contextos de ação.

Dessa forma, as bases para a estruturação do SUS foram constituídas a partir de uma grande reflexão realizada ao longo dos anos 70-80 pelo movimento de Reforma Sanitária Brasileira acerca das práticas de saúde, o modelo de atenção e as necessidades sociais da população. Teve como suporte analítico um diagnóstico situacional do contexto político-econômico e seus desdobramentos no setor de saúde, no qual se destacam algumas considerações significativas relacionadas ao setor e aos serviços por ele ofertados à população:

- Excessiva centralização de poder e recursos, implicando na maior parte das vezes em inadequação na alocação de serviços e ações, com notório conflito de interesses, dado o distanciamento entre os locais de decisão e aqueles onde ocorrem os problemas;
- Desarticulação das ações assistenciais das ações de saúde pública, com predomínio das primeiras;

- Desintegração da rede de serviços de saúde, com sobreposição na oferta de ações em alguns lugares e ausência em outros;
- Baixa cobertura assistencial, com segmentos populacionais excluídos do direito e acesso à atendimento de saúde, em especial os mais pobres e as regiões mais carentes.
- Baixa efetividade, com desperdício e fragmentação das práticas de saúde no enfrentamento dos problemas e necessidades apontadas nas diferentes regiões e populações brasileiras (MENDES, 1993, 1996; TEIXEIRA et al, 1998; PAIM, 2008).

As colocações acima aludem a não integração do sistema, a inadequada e desigual distribuição de recursos e serviços de saúde em todo o território nacional, reproduzindo, no campo da saúde, as iniquidades sociais e econômicas do país, consequência do modelo de desenvolvimento econômico desigual e excludente e do regime político antidemocrático instalado no país pós 1964.

Como consequência imediata ao quadro caótico do país, propõe-se, neste momento, no plano das idéias do movimento sanitário a formulação de um novo sistema de saúde, orientado por princípios doutrinários capazes de imprimir mudanças para a superação do quadro exposto. Essa proposta se consolida na Carta Magna de 1988 com a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) em cujos princípios e diretrizes estão explicitados nas formas de gestão e arranjos territoriais para sua ordenação. Como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade, e, como diretrizes organizacionais, a regionalização e a descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios, a municipalização (TEIXEIRA, et al, 1998; PAIM, 2003).

Após 1988 o gestor federal como agente social competente dispõe em uma formulação discursiva um conjunto de regras (Leis 8.080 e 8.142 de 1999), com as quais enseja constituir novos significados e sanções aos modos de conduta social no que tange ao setor saúde. Estes instrumentos infraconstitucionais reafirmam o que foi posto na Constituição Federal e definem algumas estratégias para o funcionamento do novo sistema, duas delas são marcos de mudanças radicais nas modalidades de oferta e de acesso aos serviços de saúde.

A regionalização, inicialmente de caráter racionalizador, entende a organização dos serviços segundo níveis de complexidade tecnológica, localizados em áreas geográficas delimitadas com populações definidas. Pretende, a partir de um arranjo administrativo-gerencial, oferecer às populações referidas atendimento integral em todos os níveis de atenção do sistema - primário, secundário e terciário. Ou seja, organiza-se 'regiões assistenciais' que articulam uma rede de serviços de saúde de vários municípios ou estados para dar 'cobertura' a um contingente populacional delimitado, a partir da capacidade instalada de cada unidade sanitária tendo como horizonte o que cada uma produz em relação às ações de proteção e recuperação da saúde.

A articulação entre a regionalização e a proposta da municipalização na saúde teve como imagem-horizonte um movimento articulado e integrado entre de descentralização x centralização das ações, considerando os serviços de saúde existentes no município como os principais responsáveis pelo atendimento à população. O nível regional composto por agregados de municípios ou estados com serviços de diferente complexidade se encarregaria de atender a população referida pelos municípios desse pólo de atenção. Assim, um município com serviços de maior complexidade - atenção secundária ou terciária, deveria atender a populações de vários municípios e estados sob a égide da regionalização (GONDIM et al, 2008).

Já a municipalização dos serviços de saúde colocada como diretriz operacional do novo sistema de saúde trouxe como idéia-força do novo desenho organizacional, as noções de espaço e território, como categorias organizativas da ação sanitária dada à urgência de se delimitar, para cada sistema de saúde municipal, uma base territorial de abrangência populacional, na perspectiva de se organizar uma rede de serviços local e se implantar novas práticas de saúde com capacidade para responder com efetividade - equidade e integralidade de ações, às necessidades e aos problemas de saúde de cada área delimitada.

Inicialmente, o marco teórico da geografia que sustenta a afirmação do município como local é a categoria espaço entendido como sinônimo de território. Calcada no enfoque epidemiológico latino-americano essa abordagem traduz o lugar do desenvolvimento de ações em sistemas locais de saúde no qual se reconhece a situação de saúde e as condições de vida de populações. Segundo CARVALHO (1992) Apud HEIMANN et

al (1992:31-32)¹² o espaço-território foi incorporado no campo da saúde a partir de algumas reflexões:

- “a) Como algo concreto, síntese de múltiplas determinações, resultado de um processo desenvolvido pela prática social que age sobre a sociedade e a natureza;
- b) a prática social se desenvolve cheia de conflitos de interesses dos vários grupos que constituem a sociedade;
- c) a mesma prática social que desenvolve as forças produtivas da sociedade institui as idéias e as representações teóricas, que interagem com a base material da sociedade, influenciando-se reciprocamente, e é condição imprescindível para a construção do espaço geográfico pela sociedade capitalista;
- d) como espaço social que expressa em sua configuração às contradições existentes no interior da sociedade;
- e) espaço geográfico que é ao mesmo tempo resultado da ação da prática social e condição para a sua realização, podendo favorecer ou dificultar as ações sociais;
- e) resultado de um processo histórico, ação de homens concretos historicamente determinados, o espaço geográfico possui um movimento, uma certa indeterminação e, assim como a história humana se faz no cotidiano;
- f) o espaço-território não é algo pronto e acabado, mas encontra-se em permanente transformação, em constante (re)produção”.

Assim, o discurso sobre o município assume o sentido de ‘espaço local’, das práticas de saúde próximas aos cidadãos, da possibilidade de compartilhamento de co-responsabilidade sanitária, de identificação e localização dos problemas de saúde para intervenções mais eficazes e efetivas. Mesmo com esse entendimento no discurso, na prática a municipalização ainda transita entre descentralização e desconcentração. Nesta última em um nítido movimento burocrático-administrativo no qual o repasse de serviços e unidades de saúde para serem gerenciadas e coordenadas por esse nível de atenção, não corresponde à ampliação de sua autonomia, obstaculizando o processo de gestão da saúde municipal.

Embora com alguns percalços, a municipalização representa uma das expressões de consenso entre muitos e diferentes agentes públicos. Daí a importância de se tentar compreender quais elementos estão contidos nesta proposta, como enunciado que expressa, formalmente, a opinião desses atores sociais portadores de diferentes projetos políticos, inscritos, seja nas suas agendas políticas, seja nas suas pautas sanitárias. Por

¹² O estudo desses autores é de grande importância para compreensão da municipalização no Brasil, dado que se realizou “dentro” do contexto da reforma sanitária e de constituição do SUS. As reflexões de um conjunto de jovens sanitaristas paulistas inseridos nos serviços de saúde se iniciam em 1983 e se consolidam em uma investigação desenvolvida em 572 municípios do Estado de São Paulo, publicada em 1992. Ver HEIMANN et al (1992). O Município e a Saúde. São Paulo: Hucitec.

isso, para defender a municipalização é preciso se ter uma visão crítica do processo, seus pontos de inflexão, as diferentes concepções, as modificações do contexto e os próprios limites da proposta na conjuntura atual dos municípios brasileiros (MENDES; 1993; BRASIL, 2006b).

O processo de municipalização tem um saldo bastante positivo, motivado pelo significado de ampliação da autonomia municipal para maior dinâmica na vida da população, e pela importância política e social de reforçar o poder municipal. No entanto, até hoje ainda é pouco considerada na formulação das políticas a heterogeneidade da malha municipal do país para o desencadeamento do processo.

Constatam-se ainda hoje grandes disparidades jurídico-política e operacional entre os municípios, onde se vê, de um lado, aqueles com mais de 1.000.000 de habitantes, com grande potencial político, administrativo e financeiro, e, de outro, os que não atingem uma população de 5.000 pessoas - com baixa capacidade operacional e pouca autonomia (BRASIL, 2001,2006a; GONDIM et al, 2008; PAIM, 2008).

“Existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema de saúde completo, ou seja, capaz de oferecer ações de saúde de todos os níveis de complexidade, assim como existem dezenas de maior porte que são pólos de atração regional. Da mesma forma, nas áreas contíguas às divisas interestaduais, é freqüente que a rede de serviços de saúde deva se organizar com unidades situadas em ambos os lados da demarcação político-administrativa. Qualquer solução para esses problemas não pode passar por restrições burocráticas de acesso, para garantir a universalidade e a integralidade do SUS e evitar a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e o conseqüente risco de atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos (BRASIL, 2001)”.

A análise crítica feita pela NOAS 01/01 sobre o desenho federativo, e suas conseqüências para a municipalização da saúde em pequenos municípios, não pode ser entendida como restritiva a diretriz da descentralização. Reconhecem-se as dificuldades gerenciais e operacionais de muitos municípios brasileiros, em relação à oferta de serviços e ações de saúde compatíveis com as necessidades de atenção e cuidado de suas populações. No entanto, isto não se constitui em impedimento para que os pequenos municípios participem do processo, recebendo incentivos para desenvolver, de acordo com sua capacidade, ações e serviços aos cidadãos. Cabe ao gestor federal

tomar como pressuposto operacional essa peculiaridade e criar mecanismos de indução que assegurem sua inserção no processo.

Existem condições políticas, sociais, econômicas, culturais e até geográfico-ambientais com potencial para desenvolver e consolidar o processo de municipalização (PAIM, 1992, 2002). No entanto, tanto no passado quanto na atualidade, essas condições podem ser absolutamente muito favoráveis ou irremediavelmente desfavoráveis, a depender das estratégias e dos critérios definidos para sua operacionalização. Por isso, há de se considerar, antes de qualquer desenho organizacional, alguns elementos fundamentais relacionados aos conteúdos dos municípios, como estratégicos para o processo de municipalização:

“A expressiva heterogeneidade dos municípios brasileiros e os interesses políticos que atravessam a administração pública têm resultado em formas e ritmos diferenciados de municipalização. A desconcentração de atividades, recursos e serviços de saúde, no sentido do município dispõe de respaldo legal e pode corresponder a um patamar preliminar para o desenvolvimento de uma política de municipalização em saúde. Para cada uma das competências propostas pela Lei para o município caberia a discussão da possibilidade ou não de exercê-la, parcial ou integralmente” (PAIM, 1992:42).

A colocação de Paim é bastante coerente, pois, nas propostas de aproximação da ação político-assistencial junto à população para assegurar maior resolutividade das intervenções, o município se transforma quase que em mito apoiado na consideração sugestiva de que *“quanto mais perto do fato à decisão for tomada, mais chance haverá de acerto”* (MS, 1990:5). Nesse contexto, a municipalização por sua vez, é tida como o caminho que irá assegurar a implantação do SUS, sintetizada na sentença ‘o melhor remédio para a saúde é o município’.

Embora desejado – município e municipalização, não podem ser incorporados ao simples movimento de desconcentração administrativa, repasse de responsabilidade e gestão de unidades de saúde de uma instância sub-nacional à outra, tão pouco por si só, asseguram a democratização do sistema e o acesso universal a atenção e ao cuidado. Os municípios se não articulados a mecanismos de repasse financeiros diretos e sistemáticos, pautados na sua capacidade gerencial, técnica e operacional, como parâmetros de governabilidade, e a participação e ao controle social como agentes moduladores do processo de municipalização e de governança, podem ao contrário,

dificultar a integralidade das ações e a efetivação do SUS (PAIM, 1992, 2002; ANDRADE, 2006).

Assim, as diferenciações intermunicipais devem ser consideradas de forma mais radical para o sucesso da efetivação da municipalização proposta pelo SUS. Mesmo evidenciada a importância de o setor saúde atuar em territórios bem definidos, sobre problemas e necessidades de saúde para a efetividade das intervenções, isso só se fará possível quando se conseguir respeitar as condições sociais, culturais, institucionais e epidemiológicas dos níveis local, regional, ou microrregional, deixando em aberto a possibilidade de adaptações e alternativas operacionais segundo as especificidades dos territórios, inclusive as do nível municipal (PAIM, 1992; GONDIM et al, 2008).

Na trajetória desses movimentos - descentralização, municipalização, regionalização, são múltiplos os termos propostos para significar o território e sua apropriação pelo sistema de saúde. MENDES (1993:166) considera que se desenvolveram duas correntes de pensamento: uma que vê o território como espaço físico, geopolítico, com uma visão topográfica-burocrática e outra que entende o território-processo, como produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena política. A primeira coincide com a mais reconhecida e tradicional forma de entender o território, definido formalmente, e muitas vezes imposto, ao menos no primeiro nível de fragmentação territorial sub-nacional, e, na segunda, aproxima-se do território usado, sinônimo, segundo SANTOS (1996), de espaço geográfico.

Concorda-se, portanto, que em um sistema de saúde como o SUS, formulado para ser descentralizado, o território deva ser o foco de suas abordagens conceitual e prática. Porém, em função de muitas incorreções na apropriação e uso do conceito, corre-se o risco de enfraquecê-lo perdendo sua riqueza e complexidade no trajeto que realiza, desde seu lugar de origem na geografia, passando pelas formulações territoriais do planejamento urbano e regional, chegando por fim ao campo da saúde, onde se encontra pressionado de um lado pela epidemiologia clássica, por outro pela administração racional dos serviços de saúde e por último pela definição do usuário do sistema (MISOCZKY, 2002).

Nessa direção, a primeira formulação discursiva coerente com a noção de território, nasce junto com as diretrizes da regionalização e a municipalização. A proposta de

estruturação de ‘distritos sanitários’ como uma estratégia para a implementação do SUS, concebida para funcionar como uma unidade operacional básica mínima do Sistema Nacional de Saúde coloca o território junto com a abordagem local dos problemas de saúde no centro das discussões da produção social da saúde-doença (MENDES, 1993; MISOCZKY, 2002).

Essa proposição, no momento em que é colocada, recupera as propostas teórico-metodológicas dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), entendidos como um processo social e político de transformação de práticas e uma estratégia, apoiada pela OMS/OPAS, para melhoria das condições de saúde das populações dos países em desenvolvimento, especificamente na América Latina, as quais perderam, progressivamente, sua força e visibilidade (MENDES, 1993, 1996; TEIXEIRA, 1994).

A distritalização da saúde teve impulso no Brasil no início dos anos 80 paralelamente ao enfoque estratégico situacional no planejamento, desenvolvido em crítica ao economicismo do método CENDES/OPAS¹³, e apropriado pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), na perspectiva de romper com a lógica autoritária e vertical na organização dos serviços (TEIXEIRA, 1993; MENDES, 1993).

Foi dessa época o surgimento de diversas experiências exitosas no país, a partir de uma cooperação técnica Brasil-Itália, onde vários municípios brasileiros - Pau da Lima-BA, Natal-RN, Cachoeira de Macacu-RJ, e outros, desencadearam a estruturação de distritos sanitários, tendo como diretriz a definição de território, de áreas de abrangência de unidades de saúde e a adscrição de população aos serviços de saúde (PAIM, 1993, 1994; MENDES, 1993; TEIXEIRA, 1994; VILASBOAS, 1998).

A noção de distrito sanitário (DS) parte do entendimento de espaço operativo, definido como aquele onde o sistema de saúde se realiza, tem materialidade. É onde se estabelecem relações diretas e recíprocas entre as unidades que produzem serviços de saúde, sob a gerência de uma autoridade sanitária e da população usuária, que demanda atenção aos seus problemas e necessidades, materializados em um território específico (MENDES, 1993:139). Sua natureza processual dada por suas dimensões política,

¹³ Este método surge de uma encomenda da OPS ao Centro de Estudos Del Desarrollo (CENDES) no sentido de adaptar elementos do planejamento econômico para o planejamento em saúde, resultando no documento ‘Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de La Salud’, o qual teve por finalidade dimensionar a necessidade de recursos a serem destinados a saúde .VER: Mattos, 1993. O processo de construção conceitual do Método CENDES/OPS. Rio de Janeiro:UERJ/IMS.

ideológica e técnica e as relações de interdependência que estabelece com outras instâncias organizativas do sistema de saúde, permite a identificação de espaços de transformação tanto do modelo de atenção quanto das práticas sem saúde.

Nessa concepção, o DS é considerado como unidade organizacional estruturante do sistema de saúde que possui uma base territorial definida geograficamente, com uma rede de serviços de saúde com perfil tecnológico adequado às características epidemiológicas da população distribuída em seu interior. Sua configuração geográfica pode coincidir com o território do município, ser parte dele ou, ainda, constituir-se como um consórcio de municípios. Nessa última modalidade, deve ser escolhido dentre os municípios consorciados, um deles com maior capacidade tecnológica e resolutiva para ser a sede do distrito sanitário. A partir desse desenho se constitui uma rede articulada e hierarquizada de serviços com atenção progressiva à saúde da população (MENDES, 1993, 1996).

Do ponto de vista conceitual a proposta de distrito sanitário como estrutura operativa deve ser capaz de resolver com efetividade todos os problemas e atender a todas as necessidades em saúde da população de seu território, circunscrevendo três níveis de atenção à saúde:

1. O primeiro, voltado para o cuidado à saúde individual e coletiva, com ações de promoção e prevenção capazes de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população de seu território;
2. O segundo, com competências para oferecer assistência ambulatorial especializada, para responder às necessidades de saúde encaminhadas do nível anterior, dotado de maior resolutividade e capacidade tecnológica ampliada, e,
3. O terceiro, responsável pela atenção a situações emergenciais, internações e com um aparato tecnológico mais complexo e especializado (MENDES, 1993).

O desenho organizacional do DS pauta-se no clássico modelo proposto pelo Relatório Dawson de 1920, considerado um dos primeiros documentos que sintetizou de forma específica alguns elementos para formulação de políticas públicas de saúde mediante a criação de Sistemas Nacionais. Alguns dos conceitos deste documento formam incorporados na proposta do DS, os quais, posteriormente, também serviriam de base para o SUS: a operacionalização em rede, a organização de serviços e equipes com base na regionalização e na territorialização, a integração sanitária da clínica e da saúde

pública, e a hierarquização dos serviços em graus diferenciados de complexidade (CAMPOS, 2006)

Nessa perspectiva, os DS embora articulem três níveis de atenção, aparentemente, não há definições precisas dos contornos espaciais dos mesmos, exceto no primeiro nível onde aparece a demarcação de uma base territorial, em função da exigência de adscrição de clientela e da definição de área de abrangência das unidades básicas de saúde. O segundo e o terceiro nível de atenção não têm limite territorial visível definindo-se geograficamente a partir da necessidade de atenção da população, porém localizados no território do distrito que, dependendo de sua configuração, poderiam estar em um município ou em parte de um município ou vários municípios (GONDIM et al, 2008).

Segundo UNGLERT (1993:223), esses novos recortes territoriais dinâmicos, trazem a idéia de reconstrução permanente e podem ser assim identificados:

- Território Distrito sanitário - como delimitação político-administrativa municipal;
- Território Área de abrangência - delimitação da área de responsabilidade de uma unidade de saúde;
- Território Microárea de risco - delimitada com a lógica da homogeneidade sócio-econômica-sanitária;
- Território Domicílio - como lugar de residência da família.

Observa-se que nessa taxonomia, diferente do território-distrito e do território-domicílio, que apresentam uma delimitação evidente, o território-área e o território-microárea compreendem extensões e população indefinidas. Podem ser até considerados territórios de abrangência das unidades de saúde, ainda que as delimitações não tenham sido tão freqüentes, e sua lógica alude à quantidade de população, e não de famílias que habitam num determinado recorte, sob a responsabilidade da unidade de saúde (GONDIM et al, 2008).

Outro aspecto muito importante da organização do DS é sua relativa flexibilidade. Podendo conformar uma região com um município pólo, onde se estabeleceriam fluxos organizados de demanda de serviços de maior complexidade desde municípios pequenos até mesmo a população de assentamentos rurais dispersos, do próprio município ou de outros vizinhos. Essa certa flexibilidade do atendimento especializado

ou emergencial contemplaria até a possibilidade de atenção no local de trabalho, que poderia não coincidir com o da residência. Um distrito poderia também agrupar vários bairros relativamente homogêneos internamente ao interior de uma cidade de grande porte (MENDES, 1993; GONDIM et al, 2008).

Destaca-se como inovador, a idéia subjacente à proposta do DS, a qual evidencia a possibilidade de progressivamente se estruturar serviços de saúde singulares, em diferentes escalas territoriais, definidas não só pelos perfis de morbidade, mortalidade e populacional, mas, sobretudo a partir das relações sociais, das necessidades e suas determinações territoriais. Ou seja, propiciar aos sistemas de saúde no âmbito do estado, do município, da região, do bairro, a oportunidade de se estruturarem para dar cobertura efetiva a uma determinada população em um território - município, área de abrangência, micro-área, família (PAIM, 1994).

Decorrente do movimento de se estruturar o sistema e as ações de saúde em base territorial, outra proposta é feita pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Desde sua criação em 1991, teve como pressuposto básico a definição de 'área geográfica' para a implantação do Programa, cuja prioridade seria lugares onde as famílias estivessem mais expostas aos riscos de adoecer e morrer, e onde as condições de vida e a situação de saúde fossem precárias.

Para cada ACS caberia cadastrar um certo número de famílias adscritas a uma 'base geográfica' as quais estariam sob os seus cuidados. Definia-se que esse conjunto de famílias se situaria entre 150 famílias ou 750 pessoas, em cujo 'território de trabalho' os problemas deveriam ser identificados, por meio de um mapeamento de sua 'área de abrangência', ressaltando as 'micro-áreas de risco'. O agente comunitário percorreria a comunidade no cotidiano de seu trabalho, estreitando os vínculos entre a população e os serviços de saúde, criando uma rede informal de saúde (MOROSONI, et al, 2007).

Simultaneamente ao PACS, o Programa Saúde da Família (PSF) só inicia suas atividades em 1994. Dentre as diretrizes indicadas para sua operacionalização, algumas apontam na direção da definição de territórios, como: a 'adscrição de população' - vinculada a uma unidade básica; 'território de abrangência' - entendido como a área que está sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família e, a 'territorialização' -

vista como uma ferramenta metodológica que possibilita o reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência.

Mais recentemente, com a proposta do Modelo da Atenção Básica, o PSF transforma-se em estratégia estruturante da ABS. Como estratégia, a Saúde da Família (ESF) define e é responsável por um recorte territorial, que corresponde à área de atuação das equipes, segundo agregados de famílias a serem atendidas (no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas) e a micro-áreas de trabalho dos agentes comunitários de saúde que segue a recomendação específica de contingente populacional-territorial.

Esses recortes da ESF podem compreender um bairro, parte dele, ou vários bairros, nas áreas urbanas ou em diferentes localidades, incluindo população esparsa em áreas rurais. A equipe mínima definida por unidade básica do ESF para cobrir a população sob seus cuidados é composta por um médico, uma enfermeira, um dentista, um auxiliar de enfermagem, um técnico de higiene bucal e de cinco a seis agentes comunitários de saúde.

Ainda que a ESF focalize o atendimento na atenção e no cuidado às famílias, incluindo atividades de promoção e proteção da saúde, está implícita a atuação sobre os espaços de reprodução social desses grupos sociais. A menor unidade espacial da base territorial do sistema de saúde é este território - a área de abrangência das famílias adscritas a cada unidade básica. Esta é pouco trabalhada enquanto espaço que encerra processos sociais em permanente transformação, é imprecisa em sua delimitação e também como fonte de informação para as análises epidemiológicas e das determinações sociais. Potencialmente, estes territórios têm como vantagem a possibilidade de captar dados demográficos, epidemiológicos, e de condições de vida, incluindo ambientais (GONDIM et al, 2008).

Nessa mesma direção, o Programa de Controle de Endemias¹⁴, efetua uma repartição do território de acordo com a localização e os mecanismos de transmissão de algumas doenças, onde realiza sua racionalidade técnica e operacional sobre o espaço e a população. Para tanto designa um trabalhador de saúde singular – agente de endemias,

¹⁴ Endemia é uma enfermidade, geralmente infecciosa, que reina constantemente em certo país ou região por influência de causa local (MS, 2001:6). O Programa de Controle de Endemias foi implementado pela Portaria nº 1399/99, na qual define como objeto de intervenção os seguintes agravos: Malária; Leishmaniose; Tracoma; Doença de Chagas; Peste; Filariose; Bócio; Febre Amarela e Dengue (p.5).

para desenvolver um conjunto de ações de proteção específica em todo o território nacional.

Inicialmente o agente de controle de endemias (ACE) como agente de vigilância e controle de doenças atua em um recorte territorial definido dentro de uma diretoria ou subdiretoria regional. Seu processo de trabalho é traçado a partir de itinerários a serem percorridos durante atividades de campo – inspecionam imóveis e residências em áreas urbanas, e propriedades, povoados ou localidades em áreas rurais. Essa rotina consiste em visitas para a identificação de focos de vetores ou das condições propícias a sua reprodução. Esses trabalhadores de campo percorrem lugares muito diversificados, desde um pequeno povoado rural concentrado a populações dispersas no território, até condomínios fechados em grandes cidades (GONDIM et al, 2008).

Na especificidade das áreas de vigilância e controle da dengue, os ACE, responsáveis pela prevenção e controle da endemia, delimitam seus territórios de atuação em áreas urbanas segundo um número determinado de imóveis, aproximadamente 800 (de 35 a 40 quarteirões). Estes têm sido denominados distritos ou micro-áreas, onde os agentes de endemias centram sua atuação nos prédios, nas moradias, independente do número de pessoas que os habitem ou os percorram durante o dia (MS, 2001).

As informações contidas nessas unidades falam de índices de infestação de larvas de mosquito e pouco reflete os processos de produção da doença - seus determinantes e condicionantes. São unidades para ação contra o vetor - o inimigo a ser enfrentado, e também de educação da população para sua participação no controle dos fatores que podem favorecer ao surgimento de focos de mosquitos (GONDIM et al, 2008).

Com o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) faz-se uma revisão dos procedimentos e regras com base em lições das experiências nacionais e internacionais, indicando a necessidade de mudanças nos modelos anteriores, inclusive do papel do ACE. Dentre os aspectos sugeridos pelo PNCP destacam-se aqueles que incidem diretamente com o trabalho do ACE no território: ações mais permanentes, uma vez que não existe qualquer evidência técnica de que erradicação do mosquito seja possível, em curto prazo; mobilização das famílias na manutenção de seu ambiente doméstico livre de potenciais criadouros do vetor; a melhoria da qualidade do trabalho de campo de combate ao vetor; a integração das ações de controle da dengue na atenção básica, com

a mobilização dos ACS e da ESF; atuação intersetorial para o fomento à destinação adequada de resíduos sólidos e a utilização de recipientes seguros para armazenagem de água (MS, 2001).

Para ROJAS & BARCELLOS (2003) uma das questões colocadas atualmente é a possibilidade de ampliar o conteúdo do trabalho desses profissionais – ACE, de forma que durante o trabalho de campo consigam avançar na compreensão dos problemas de saúde das famílias e das populações, além da observação exclusiva dos fatores associados às endemias. Resultaria desta proposta, um conteúdo em certo sentido convergente àqueles desenvolvidos pelos ACS, que poderiam se encontrar ou sintetizar avanços na revisão sobre os vários recortes do SUS.

As reflexões dos autores sobre a articulação das atividades desses dois trabalhadores da saúde no território se concretizam seis anos mais tarde, com a Portaria MS/GM 3254 de dezembro de 2009, onde se aprovam diretrizes para o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde, no âmbito da união, dos estados e dos municípios, definindo um conjunto de procedimentos que articula as mais variadas ações desenvolvidas por diferentes agentes de saúde, dentre estes os ACE e os ACS, no interior de seus modelos operativos. O mais importante dessa normativa é a definição das ações de vigilância em saúde e sua forte articulação com Atenção Básica, propiciando a aproximação de diferentes processos de trabalhos que se realizam, na maior parte das vezes no mesmo território – entenda-se no interior da mesma delimitação territorial e populacional.

Dos diferentes períodos onde foram propostos recortes territórios relacionados às práticas e aos arranjos organizacionais do setor saúde até a constituição do SUS, passaram-se cerca de 40 anos. Desse modo, foram se conformando sucessivas aproximações entre determinados conteúdos técnicos a serem desenvolvidos pelos profissionais neles inseridos, sugerindo, na atualidade, a possibilidade de integração das práticas de todos eles, na perspectiva de se ampliar e disponibilizar as fontes de dados, de forma mais completa e abrangente. Na prática dos serviços de saúde vem ocorrendo uma articulação espontânea entre os vários recortes mencionados, sem um acompanhamento sistemático que possa revelar as diferentes formas dessa integração nos territórios designados (GONDIM et al, 2008).

Mais recentemente, ao se avaliar as regulamentações operacionais do SUS - Norma Básica da Atenção, NOB/96 - e a Norma Operacional da Assistência - NOAS/2002 percebem-se uma série de nomenclaturas relacionadas às noções de espaço geográfico e território. Na primeira, NOB-96, a ênfase é dada ao processo de municipalização dos serviços, exigindo-se uma série de procedimentos que devem ser paulatinamente repassados do estado para a gestão do município, implicando em uma série de repasses financeiros que dão sustentabilidade ao sistema. A segunda, NOAS-01/2002, preocupa-se com a regionalização da assistência, com uma forte retomada do poder do estado, na perspectiva de reorganizar o sistema a partir de pólos de atenção com maior capacidade de dar respostas aos problemas e necessidades em saúde daquela região (GUIMARÃES, 2005a; GONDIM et al, 2008).

Na organização da Atenção Básica (BRASIL, 2006d) ficam evidentes em todos os textos normativos os termos espaço territorial, área de abrangência de unidade, adscrição de clientela, referência e contra-referência como a possibilidade de se demarcar um território. Num primeiro momento o objetivo é compreender a dinâmica da população, as relações sociais e econômicas e o processo de produção da saúde ou da doença, como resultante da interação dessas diversas dimensões. Num segundo momento, criar as condições necessárias para vigiar, regular, controlar, organizar e intervir sobre os problemas e necessidades que surgem no território e com a população.

A NOB-96 propõe o reordenamento do modelo de atenção, estabelecendo vínculos entre os serviços e os usuários por meio dos sistemas municipais de saúde. Pressupõe que os estabelecimentos de saúde se organizem em rede, com subsistemas municipais de saúde que, não necessariamente, tem que ter sede no território do município, seguindo a orientação dos princípios de regionalização e hierarquização. As redes de serviços regionalizadas ampliam o acesso aos serviços de saúde com qualidade e menor custo, e devem ter como premissas para a integralidade das ações, a harmonia da oferta, a integração dos serviços e a modernização da atenção para atender ao princípio da descentralização (BRASIL, 1996).

Nessa perspectiva, os serviços municipais devem estar organizados em diferentes níveis de complexidade tecnológica, onde alguns deles atendem a outros municípios mediados pelo estado através do instrumento da Programação Pactuada Integrada - PPI e da Comissão Intergestora Bipartite - CIB (BRASIL, 1996).

Já no processo de organização da assistência (NOAS-01/02), o enfoque principal é a regionalização e a unidade territorial é a Região. Ela representa a fragmentação do território estadual segundo agregados de municípios. Dentro dessa lógica, a organização dos serviços e da rede assistencial obedece a critérios de hierarquização administrativa sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde. A regionalização da assistência se daria, portanto, por níveis de complexidades da atenção (baixa, média e alta), dependendo da capacidade instalada e operacional de cada município habilitado (GUIMARÃES, 2005; GONDIM et al, 2008).

No Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a) vê-se novamente retomada a regionalização como diretriz fundamental do SUS, sendo eixo estruturante para a pactuação e descentralização das ações. Fica explícito nesse documento que o desenho final do Plano Diretor de Regionalização deve levar em conta o reconhecimento das regiões de saúde em suas singularidades, em cada estado e no distrito federal. As regiões de saúde são entendidas como *“(...)recortes territoriais inserido em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território(p.12)”*.

Por fim determina que a região de saúde deva propiciar a organização da rede de serviços e ações de saúde para atender e assegurar os princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado, possibilitando a ação cooperativa e solidária entre gestores e o fortalecimento do controle social. A rede de atenção à saúde deve ser pactuada tanto em relação aos recursos (materiais, financeiros e humanos) quanto no que tange às responsabilidades e ações complementares entre os entes federados. O conjunto de ações que não pode ser compartilhada por mais de uma esfera de gestão refere-se à Atenção Básica e às ações de vigilância em saúde, as quais devem ser assumidas e estar sob a responsabilidade exclusiva do município.

A região de saúde deve estabelecer critérios que assegurem certo grau de resolutividade àquele território delimitado, como suficiência na atenção básica e parte da média complexidade, para isso podem ter diferentes formatos tais como:

- Regiões intraestaduais, formadas por mais de um município, dentro de um mesmo estado;

- Regiões intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;
- Regiões interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados, e,
- Regiões fronteiriças, organizadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos (BRASIL, 2001).

Dependendo da complexidade ou da estratégia de definição das regiões, pode-se identificar nos três instrumentos normativos (NOB/96; NOAS/2001; Pacto de Gestão, 2006a) sub-regiões dentro das regiões, tais como:

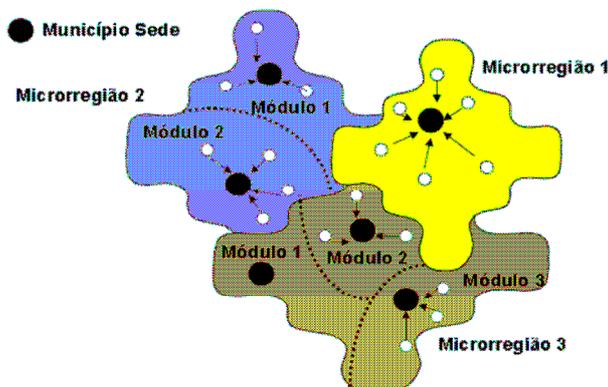
- Região de saúde - base territorial de planejamento, correspondendo a um agregado de municípios;
- Microrregiões - sub-regiões de saúde com maior homogeneidade interna, populacional e epidemiológica que demanda ações específicas;
- Módulo assistencial – módulo territorial com resolutividade correspondente ao 1º nível de referência da atenção à saúde, podendo ser composto por um ou mais municípios;
- Município-sede – município do módulo assistencial habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Oferece a totalidade dos serviços à população do município e a outras a ele adscritas;
- Município-pólo - referência para outros municípios em qualquer nível da atenção; e,
- Unidade territorial de qualificação na Assistência à Saúde – unidade mínima de planejamento regionalizada em cada unidade federada acima do módulo assistencial – região ou microrregião de saúde.

A Figura 1 mostra esquematicamente como pode ser feito o arranjo espacial da regionalização (macro e micro regiões) proposta pela NOAS/01 que deve orientar os Planos Diretores de Regionalização (PDR).

Há ao mesmo tempo agregação e subdivisão de unidades espaciais, dentro e fora do município, e entre os municípios, compondo um mosaico, que intencionalmente deve oferecer auto-suficiência, na atenção básica, na média e alta complexidade a populações referidas a esses recortes territoriais, sob a responsabilidade compartilhada de gestores e profissionais de saúde, possibilitando a integralidade das ações e a efetividade da

atenção e do cuidado. Vê-se claramente uma retomada da proposta dos distritos sanitários, só que agora com uma taxonomia própria.

Figura 1 - Qualificação das Microrregiões na Assistência à Saúde
Estado Exemplo



Fonte: MS/NOAS

Nessa perspectiva, a proposta da regionalização assume, fortemente, a noção clássica de região concebida na geografia, como um todo de síntese única entre as frações de espaço da superfície da terra e cuja característica básica é a demarcação territorial de limites rigorosamente precisos. Nessa concepção a região representa uma unidade, dada por uma forma singular de síntese - dos fenômenos físicos e humanos, em um recorte territorial bem delimitado, que a diferencia dos demais espaços regionais distribuídos na superfície terrestre justamente por esta singularidade (CORRÊA, 1986, 1997a, 1997b).

Nessa contextualização inicial percebe-se que os territórios onde se desenvolvem as práticas de saúde (curativas, preventivas e promocionais), em geral são fragmentados, ainda que estejam circunscritos em um mesmo município, estado ou região. Há uma diversidade de interpretações e múltiplos sentidos ao que se chama de território no campo da saúde.

O que se torna evidente no discurso oficial é a necessidade de definir o 'espaço geográfico' para a estruturação e organização de serviços de saúde compatíveis com as necessidades e os problemas demandados pela população. Isto contribuiria para uma melhor atuação dos profissionais aproximando-os do cotidiano da vida das pessoas sob seus cuidados, e o desenvolvimento de práticas sanitárias efetivas - integrais e humanizadas, que auxiliem na melhoria das condições de vida da população e na produção de saúde (GUIMARÃES, 2005; GONDIM et al, 2008).

Dessa forma, o discurso sobre a categoria território nas políticas e nas práticas do SUS, tem servido para operacionalizar diferentes proposições relacionadas à organização dos serviços e das práticas de saúde:

- Identificar riscos, causas e danos e os determinantes da saúde em suas múltiplas dimensões - social, econômica, política, ecológica, cultural para compreender, analisar e intervir sobre o processo saúde-doença;
- Elaborar diagnóstico de condições de vida e situação de saúde de populações em recortes espaciais específicos de referência;
- Identificar necessidades, situações-problemas e populações específicas para as intervenções em saúde;
- Especializar a rede de serviços de saúde - distribuir e localizar unidades de saúde assegurando o acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde;
- Definir a base populacional, o nível de agregação das variáveis (determinantes e condicionantes) e a escala de observação — base cartográfica, nos estudos epidemiológicos (descritivos e analíticos) e nos epidemiológicos espaciais, e,
- Planejar e alocar recursos (físicos, financeiros, tecnológicos), inclusive pessoas, compatíveis com as necessidades e os problemas de uma área e população específicas.
- Regular a oferta e a demanda de serviços de interesse da saúde prestados a população e que as exponha a riscos.

Todas essas situações dizem respeito às necessidades que o setor e, especificamente, o sistema de saúde tem de promover e proteger a saúde das populações, buscando estratégias e arranjos institucionais para vigiar, controlar e prevenir riscos e agravos, decorrentes das condições gerais da existência humana - da produção, da circulação e do consumo, manifestos nos espaços de vida das pessoas. Por tratar-se de ações e processos sob a responsabilidade das estruturas do Estado sua materialização no território traz em si o caráter de dominação-regulação-coerção, principalmente, por serem desenvolvidas quase que exclusivamente por agentes institucionais.

A baixa participação e o superficial envolvimento dos agentes da sociedade civil na participação e controle das ações e do sistema comprometem fortemente qualquer proposta de política pública que se coloque democrática e emancipatória, diante da exigência de compartilhamento colocada para sua efetividade. Dessa forma não se

consolida a apropriação dessas propostas, o que contribui para sua fragmentação, ineficiência e insatisfação por parte dos usuários.

Há um discurso oficial sobre o território, que procura operacionalizar as ações de saúde e traz consigo uma concepção de atenção e promoção da saúde, que vem se alterando ao longo das últimas décadas, desde antes da constituição do SUS. No entanto, sua tradução nas práticas de saúde pública junto aos atores sociais que compõem a base do sistema de saúde, não expressa a potência que o território possui para efetivar mudanças sociais.

CAPITULO 1: MARCOS TEÓRICOS DE APROXIMAÇÃO ENTRE A GEOGRAFIA E A SAÚDE COLETIVA

1.1. Categorias Geográficas de Aproximação com o campo da Saúde Coletiva

A aproximação de categorias geográficas com o campo da saúde coletiva, não é recente, e não se deu sem que se fizesse uso da polissemia para significá-las. Embora mal compreendida por alguns, a polissemia no uso da linguagem significa a possibilidade de dizer a mesma coisa de outra forma, do múltiplo, do novo, dos muitos sentidos. É um recurso bastante utilizado nos discursos oficiais sobre um determinado tema, e aparece quase sempre em oposição/tensão com a paráfrase, a qual destaca no discurso as semelhanças, o conhecido, o habitual, a repetição de sentidos.

“(…) na paráfrase temos as mesmas palavras com os mesmos sentidos em relação a diferentes locutores e situações; já na polissemia temos as mesmas palavras com sentidos diferentes em relação a diferentes locutores e situações. Isso prova que, o que vale não são as condições imediatas de produção do discurso, mas a incidência do interdiscurso, da memória. Este determina o que é relevante para o processo da significação” (ORLANDI, 2007:36).

É por esse entendimento, entre o ‘instituído’ e sua ruptura, que os discursos da saúde incorporaram e significaram as diferentes concepções de espaço, território, região e lugar e outras noções que lhes são agregadas como sucedâneas (local, área, escala). Essas categorias geográficas assumem múltiplos sentidos ao longo da constituição do campo da saúde coletiva, significando a evolução do conhecimento sobre o processo saúde-doença-cuidado, relacionado a indivíduos e populações, e sua associação com situações e elementos presentes ou ausentes no momento da ocorrência de um evento de saúde, e sobre as formas de organização e oferta dos serviços e das ações de saúde.

Embora se tenha claro a especificidade e a identidade do olhar de cada disciplina sobre os fenômenos que estuda, reflete e questiona, a incorporação de categorias e conceitos de uma disciplina à outra, enriquece o conhecimento e modula outras percepções sobre os objetos de estudo, desde que orientados por questões específicas dos campos de origem destas investigações.

Seguindo esse raciocínio, GOMES (2002) em seu texto ‘A Condição Urbana – ensaios de geopolítica da cidade’, afirma que:

“(…) podemos conceber que os objetos de investigação são construídos pelo tipo de questões a eles endereçadas, sendo estas questões que os conformam, os limitam, os criam, e não o inverso, como, por vezes, tendemos a imaginar” (p.292).

Já SANTOS (1996) em ‘A Natureza do Espaço - técnica e tempo, razão e emoção’, ratifica esse pressuposto e conclui:

“(…) os mesmos objetos podem dialogar com as mais diversas disciplinas (...) a questão que se coloca é, pois, sobretudo, uma questão de método, isto é, da construção de um sistema intelectual que permita, analiticamente, abordar uma realidade, a partir de um ponto de vista” (p.62).

Dessa forma, algumas categorias centrais da geografia vêm sendo incorporadas, sistematicamente, ao campo da saúde coletiva por meio de diferentes abordagens:

1. O espaço no modelo ecológico de análise do processo saúde doença, como “ambiente” ou “meio” para explicar os processos de transmissão pela interação da tríade ecológica – homem-ambiente/meio-agente; nos estudos epidemiológicos clássicos, como “lugar” para compor as perguntas quem, quando e onde (pessoa-tempo-lugar), e mais recentemente, na epidemiologia social, como “local” para responder as determinações singulares (fatores de riscos) que incidem sobre populações inseridas em um dado espaço-local (SILVA, 1997; BARCELLOS, 2000; CZERESNIA&RIBEIRO, 2000).
2. O território na definição e na configuração de recortes de gestão e práticas de saúde, com a finalidade de aproximar os serviços com os usuários e as equipes de saúde com a população sob sua responsabilidade; organizar a rede de atenção à saúde para atender às diretrizes de descentralização, regionalização, municipalização e hierarquização, e, efetivar a integralidade e a intersetorialidade das ações de modo a resolver os problemas e dar respostas às necessidades dos coletivos populacionais dentro e fora dessas delimitações territoriais (BRASIL, 1991; 1993; 1996; 2001; 2002; 2006; GONDIM et al, 2008).
3. A região, como estratégia político-administrativa instrumentalizada nas atividades de planejamento e programação representa uma intencionalidade da

autoridade pública que afirma uma compreensão do território a partir das necessidades de execução de determinados serviços essenciais, do exercício do poder regulatório, ou ainda a focalização das políticas setoriais em determinada parte do território (DE TONI & KLARMAN, 2002; GUIMARÃES, 2005).

4. O lugar como depositário final dos eventos é compreendido como construção social, fundamentada nas relações espaciais diretas, no cotidiano e na articulação entre a cooperação e o conflito. No contexto atual onde fluidez e simultaneidade andam juntas e a informação se constitui como elemento central da relação espaço/tempo/pessoas, o lugar apresenta-se tanto como expressão de resistência como de adaptação à ordem global (SANTOS, 2005; SILVEIRA, 2006).

Se no campo da saúde essas categorias são utilizadas para significar diferentes percepções, do mesmo modo, são também confundidas umas com as outras, para representar o mesmo sentido. Portanto, os vocábulos espaço, território, região e lugar podem ser empregados como noções polissêmicas, que possibilitam, na maior parte das vezes, serem utilizadas como sinônimo, seja pelo senso comum, seja em estudos acadêmicos de diversos campos do conhecimento.

Seus usos por inúmeras disciplinas das ciências sociais e humanas suscitam discussões epistemológicas e reflexões teóricas-práticas sobre os seus sentidos e sua apropriação em cada um desses recortes de saber. Em particular essas noções se associam desde algum tempo, com questões da saúde pública e da saúde coletiva, sendo utilizadas com sentidos e significados muito próximos, porém apropriadas por estratégias diferentes.

1.1.1. O Espaço

O espaço, ao longo do tempo, tem sido o centro de reflexões dos mais variados profissionais de diferentes campos disciplinares. De um lado, há aqueles que o toma como objeto de estudo, de conhecimento, e de outro os que o manuseia como meio para o trabalho cotidiano. Em ambos os casos têm os que o entendem como um produto da história e os que o interpretam como processo histórico (SANTOS & SOUZA, 1986).

Como conhecimento contribui para compreender as formações humanas e refletir sobre as condições de existência do homem, por meio de produções científicas que datam de séculos até os dias atuais, e serve para fazer pensar e propor teorias, axiomas e

paradigmas referentes à sociedade, aos objetos, as relações sociais e as ações sobre a natureza. Como meio de trabalho, serve para projetar e armazenar energia viabilizando a interação homem e natureza, na realização das condições materiais e imateriais de vida em cada tempo histórico (SANTOS, 1994).

Na geografia o termo foi incorporado em períodos e correntes de pensamento diferentes correspondendo a significados bastante diversos, que ainda hoje são empregados indiscriminadamente. Na geografia clássica o espaço não se constituiu como conceito-chave, dado que o foco dessa corrente era a paisagem e a região. No entanto, alguns autores como Ratzel¹⁵, o situa como base estrutural para a vida do homem, não tendo conteúdo em si, mas por aquilo que abriga. Nessa perspectiva o espaço engloba as condições de trabalho naturais e socialmente produzidas (CORRÊA, 1995:18).

Outros afirmam que a noção de espaço é anterior a de território, ou seja, os territórios se conformam a partir do espaço mediante a projeção de trabalho, marcado pelas relações de poder, em qualquer nível e pelos modos de produção que os caracteriza. O espaço é insumo e precede a qualquer produção (ação). Ao se estruturar o espaço, criam-se, ao mesmo tempo, poderes inerentes às relações que ali se estabelecem, as quais ocorrem em qualquer um dos níveis de agregação e desagregação territorial e em qualquer tipo de interação humana (RAFFESTIN, 1993).

Já SANTOS (1985, 1988, 1996) considera o território antecessor a noção de espaço, e, as unidades territoriais tornam-se espaços quando submetidas a sucessivas ocupações históricas, efetivadas por uma sociedade, por meio do trabalho realizado no interior de um determinado modo de produção, mediados por regras que o poder transforma em ações coercitivas. Portanto, o espaço é uma acumulação sucessiva de fatos históricos, que une e significa passado e presente, materializados a partir da produção de territórios.

Por isso, SANTOS (1994:111) ao tentar definir o espaço, diz tratar-se de uma tarefa árdua que vem ao longo do tempo desafiando diferentes especialistas e suas

¹⁵Ratzel,F.(1882-1891). É desse autor à famosa máxima de que “O Estado é Poder”. Sua Antropogeografia ainda hoje influencia a geografia humana e está estreitamente ligada a geopolítica. Suas idéias viam no Estado uma manifestação natural da sociedade destinada à defesa e expansão do território. Por outro lado, suas leis de expansão espacial dos Estados, enxergam o processo civilizatório como crescimento territorial, o qual serviu como justificativa teórica para o movimento de unificação alemã empreendido durante sucessivas guerras.

racionalidades teóricas, técnicas e normativas, desde a geografia até as políticas de planificação territorial. Propõe então uma definição operacional onde o espaço é formado por dois componentes centrais que interagem continuamente: a configuração territorial, um conjunto de elementos naturais, mais ou menos transformados pela ação teleológica humana via sucessivos sistemas de engenharia, e a dinâmica social ou o conjunto de relações que definem uma sociedade em um dado momento.

O primeiro componente, a configuração espacial ou territorial, significa o arranjo dos elementos naturais e artificiais de uso social (os objetos) que variam sobre o território de acordo com cada momento histórico. Os objetos que compõem esse desenho espacial são vistos como meio técnico sobre o qual se assenta a produção, que os subordina e condiciona de acordo com os seus propósitos e funcionamento. O segundo componente, a dinâmica social, resulta da articulação dos sistemas econômico, cultural, político e institucional dentre outros, significados a cada tempo histórico. É essa dinâmica que atribui valor ao meio técnico, realizando no espaço a sua materialização (SANTOS, 1994).

A maior contribuição dessa formulação é o entendimento de espaço como processo e produto das relações sociais, que se realiza enquanto uma instância social: “(...) *um conjunto indissociável, solidário e também contraditório de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único na qual a historia se dá (...)*” (SANTOS, 1996:63).

Por isso, é preciso compreendê-lo para além das geometrias, pois, ao situar as relações sociais como protagonistas de sua produção, ele mesmo se torna em uma categoria relacional, que se realiza como processo, movimento ou fluxo. Isso só é possível porque as formas “(...) *estão sempre mudando de significação, na medida em que o movimento social lhes atribui, a cada momento, frações do todo social (...)*” (SANTOS, 1985:2).

SANTOS (1996) nos alerta que as categorias forma e conteúdo, objetos e ações, sintetizam a discussão sobre o espaço e consolidam um método de análise. Contudo, o fundamental no processo de analítico é extrair de cada uma das categorias a sua

essência, para depois, depurá-las e verificar como se constituem em “elementos¹⁶” indissociáveis do espaço. Nesse sentido, como toda teoria, é indispensável contemplar em suas bases o processo, a ação, o movimento e a dinâmica do espaço.

O autor assevera que a sociedade não existiria se não houvesse uma relação dialética forma-conteúdo que se manifesta também como uma dialética sócio-espacial. Essa relação indissociável em cada tempo histórico dá às formas, não só o caráter singular quanto à torna forma-conteúdo.

“Pode-se dizer que a forma, em sua qualidade de forma-conteúdo, está sendo permanentemente alterada e que o conteúdo ganha uma nova dimensão ao encaixar-se na forma. A ação que é inerente à função é condizente com a forma que a contém: assim, os processos apenas ganham inteira significação quando corporificados” (SANTOS, 1985, p. 2).

A produção do espaço geográfico se realiza nessa dialética sócio-espacial, como uma construção histórica e se insere no processo maior de reprodução social, o qual gera necessidade de organização econômica e social e de um determinado ordenamento espacial. Simultaneamente, e, não excludente, neste processo a vivência e a percepção são dimensões essenciais e complementares, como fenômenos que consolidam os aspectos subjetivos associados a este. A percepção do espaço é marcada por afetividade e referências de identidades socioculturais - o homem como promotor da construção do espaço geográfico, ao aferir valores a esse processo afirma-se também como sujeito social e cultural (GEIGER, 1994; CARLOS, 1994; MONKEN et al, 2008; ARAÚJO & HAESBAERT, 2007).

Nesse entendimento, o espaço como categoria de análise não corresponde a um cenário onde fatos são representados, nem tão pouco, se assemelha a um receptáculo onde dados e informações são armazenadas. Pressupõe nessa concepção compreendê-lo como conteúdo e contingente resultado das relações que o materializam. Um processo constante e indissolúvel de interações entre sistemas de objetos e sistemas de ações, uma totalidade assim como a própria sociedade que o anima (SANTOS, 1996).

Considerá-lo dessa maneira constitui-se uma questão de método cuja prática vai exigir que se busquem no processo de análise, possibilidades de dividi-lo em seus

¹⁶ Milton Santos propõe para o entendimento de sua base conceitual utilizar a referência de Bertrand Russel, onde os “elementos” seriam a “(...) base de toda dedução; princípios óbvios, luminosamente óbvios, admitidos por todos os homens” (Russel apud Santos, 1985, p. 05).

componentes constituintes: os homens, as firmas, as instituições, o meio ecológico e as infra-estruturas. Para SANTOS (1985; 1988) forma e função são indissociáveis, do mesmo modo que o são as infra-estruturas e o meio ecológico:

- Os homens na condição de consumidores ou fornecedores de mão-de-obra no processo produtivo;
- As firmas vinculadas à produção de bens, serviços e idéias;
- As instituições com as normas, ordens e legitimações;
- O meio ecológico são os complexos territoriais que consubstanciam a base física do trabalho humano.
- As infra-estruturas, caracterizadas como o trabalho humano materializado e geografizado.

Com esse entendimento o autor afirma que o homem ao produzir suas condições de existência modifica o espaço natural por meio das técnicas (trabalho) e cria uma segunda natureza. Essa abertura possibilita atribuir ao espaço o *status* de “lugar” onde se realiza a produção cotidiana da vida, e ao mesmo tempo, se criam às condições para sua reprodução (SANTOS, 1996).

Essa lógica incorporada ao campo da saúde coletiva é análoga àquela que relaciona o meio ambiente ao processo saúde-doença pelo enfoque ecológico, o que facilita, em certa medida, a compreensão do espaço enquanto determinante das condições de vida e saúde de uma população em um tempo e lugar (GONDIM et al, 2008).

1.1.2. O Lugar

O conceito de lugar aqui trabalhado é aquele que atribui a cada elemento constituinte do espaço um valor particular - singularidades espaciais. Um conjunto de objetos que têm autonomia de existência pelas coisas que o formam - ruas, pontes, edifícios, tubulações, indústrias, empresas, restaurantes, eletrificação, calçamentos, mas que não têm autonomia de significação, pois todos os dias novas funções substituem as antigas, novas funções se impõem e se exercem (SANTOS, 1988; SABROZA & LEAL, 1992; TAKAHASHI, 1998).

“(...) assim a geografia seria então uma ciência dos lugares, como a quase um século já nos dizia Vidal de La Blache, ou se apenas seria uma ciência dos homens. Parece-nos que, hoje, a geografia tende a ser

cada vez mais a ciência dos lugares criados ou reformados para atender a determinadas funções, ainda que a forma como os homens se inserem nessa configuração territorial seja ligada, inseparavelmente, à história do presente. Se os lugares podem, esquematicamente, permanecer os mesmos, as situações mudam. A história atribui funções diferentes ao mesmo lugar (SANTOS, 1988:52)”.

Portanto, seria incorreto considerar o lugar como se ele fosse capaz de explicar tudo por si mesmo, sem tomar a história das relações, dos objetos sobre os quais se dão as ações humanas. Por entender que fixos e fluxos mantêm ligações dialéticas, onde o objeto (fixo) acolhe as relações sociais (fluxos), e estas impactam os objetos. Sendo assim, não seria adequado se trabalhar apenas a função ou a estrutura, sem se reconhecer o movimento que as produziu – a história. Impõe-se, na análise dos lugares o olhar sobre objetos e ações como um todo, de modo que se possa refletir e compreender a totalidade.

MONKEN et al, (2008) afirmam que o espaço como totalidade, agrega e articula conjuntos de lugares e de territórios, nos quais inúmeros acontecimentos são produzidos simultaneamente e cujas repercussões, por se tratar de fatos sociais, são sentidas em toda a sua extensão e de maneiras diversas. Cada fato é percebido, em maior ou menor intensidade, de acordo com a organização sócio-espacial, cultural, político e econômica de cada população que habita e produz cada um desses lugares.

Se o espaço é a totalidade que contém uma coleção de lugares e territórios, depreende-se que estes trazem em si a idéia de parte, diversidade, singularidade. O conceito de território na abordagem territorial aparece como uma noção que permite explicar tanto o papel do contexto quanto do espaço social. Não sendo um conceito exclusivo da Geografia, tem sido apropriado e desenvolvido em diversos campos do conhecimento como a Ciência Política, a Antropologia, a Sociologia, a Ecologia dentre outros. Inspirado nos estudos dos naturalistas do final do século XVIII.

1.1.3. O Território

Menciona-se originário do latim ‘territorium’, que deriva de terra, o termo quando utilizado nos tratados de agrimensura assumia o significado de ‘pedaço de terra apropriada’. Em uma acepção mais antiga poderia significar uma porção delimitada da superfície terrestre. Do ponto de vista etimológico o termo se assemelha tanto a terra-

territorium (apropriação) quanto a terreo-terror (terror, aterrorizar). Desse modo traz em seu nascedouro um duplo significado: de um lado a dominação da terra, um recorte jurídico-político e de outro a noção de medo, imposição do terror, numa conotação simbólica (HAESBAERT, 2004; SOUZA & PEDON, 2007).

Essa marca de origem abriga elementos que marcam até hoje o uso e o discurso sobre o território. Por analogia, temos de um lado, muitos atores sociais subjugados à dominação, cujo terror ('terreo-terror') é serem alijados de se apropriar da terra ou impedidos de entrar no território ('terra-territorium'), e por outro, aqueles que ao usufruírem desse privilégio, constroem uma relação positiva de identidade e pertencimento, efetivando a 'apropriação'.

Há também uma vinculação do termo território a vida de uma espécie, como *habitat* onde esta desempenha a totalidade de suas funções vitais durante todo o seu desenvolvimento. Portanto, nessa acepção assemelha-se à idéia de ambiente e sua relação com a sobrevivência das espécies, ou seja, as condições vitais necessárias sobre a superfície terrestre para continuidade da vida.

Na geografia duas grandes vertentes trabalharam a noção de território. A primeira, advinda da geografia política clássica possui forte conotação jurídica-política, por estabelecer estreita relação entre o Estado e o território. Incorpora o pensamento de Friedrich Ratzel, onde o território relaciona o homem a terra, ou seja, o território sinônimo de solo, como dimensão eminentemente política cujo fulcro do poder (hegemonia e soberania) se revela na entidade do Estado-nação como totalidade. Há certo reducionismo nessa concepção, dado que apenas legitima o poder institucionalizado na delimitação de territórios, limitando-o exclusivamente a uma única dimensão, a estatal. A partir dessa corrente do pensamento geográfico amplia-se o conceito de território, no sentido de incorporar novos atores, além do Estado, como seus produtores (MONKEN et al, 2008).

RAFFESTIN (1993), em período mais recente faz a crítica à geografia política clássica e amplia o conceito. Reafirma o poder como conceito-chave para o estudo do território, agora compreendido não só como capacidade do Estado, mas também exercido por atores que emergem da população. Para ele "[...] o território não poderia ser nada mais

que o produto dos atores sociais. São eles que produzem o território, partindo da realidade inicial dada, que é o espaço (p. 7-8)”.

Para o autor, território corresponde a uma área delimitada por fronteiras estabelecidas, e, existe um processo permanente em seu interior, onde se manifestam todas as formas de relações de poder. Como todo e qualquer espaço marcado pela presença de um poder se caracteriza como “*espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder*” e este ‘*surge por ocasião da relação*’, e ‘*toda relação é ponto de surgimento do poder*’ (p.54)”. Quando coexistem em um mesmo espaço várias relações de poder dão-se o nome de ‘territorialidades¹⁷’, de modo que uma área que abriga várias territorialidades pode ser considerada, vários territórios.

A territorialidade na concepção das relações de poder expressa não só a dimensão política, mas também a econômica e cultural. Nessa perspectiva, encontra-se fortemente relacionada às múltiplas representações de como as pessoas usam a terra, como se organizam no espaço e como dão significado ao lugar.

“A territorialidade, como um componente do poder, não é apenas um meio para criar e manter a ordem, mas é uma estratégia para criar e manter grande parte do contexto geográfico através do qual nós experimentamos o mundo e o dotamos de significado” (SACK: 1986:219).

A segunda vertente da geografia – a etológica, afirma que a produção de territórios resulta do comportamento humano, numa analogia à territorialidade animal. Essa abordagem foi bastante criticada, em razão da comparação direta entre o comportamento do homem e do animal, incidindo no risco de trazer para o campo da geografia, teses que defendem uma correspondência quase irrestrita entre um e outro. O perigo maior desta comparação é postular a origem dos homens entre os predadores dando margem a se justificar não só um instinto agressivo, mas, também enaltecer a necessidade biológica de dominar uma delimitação de terra (HAESBAERT, 2007a).

¹⁷Para ROBERT SACK (1986) a territorialidade é uma estratégia dos indivíduos ou grupo social para influenciar ou controlar pessoas, recursos, fenômenos e relações, delimitando e efetivando o controle sobre uma área. A territorialidade resulta das relações políticas, econômicas e culturais, e assume diferentes configurações, criando heterogeneidades espacial, paisagística e cultural - é uma expressão geográfica do exercício do poder em uma determinada área e esta área é o território.

Agrega-se a vertente etológica outra linha que fala da noção de territorialidade referida às formas e estratégias do homem se organizar, controlar e influenciar os espaços que faz uso. A melhor tradução para compreender essa peculiaridade das sociedades humanas é dada por SACK (1983:55) “[...] a territorialidade em seres humanos é melhor compreendida como uma estratégia espacial para afetar, influenciar, ou controlar recursos e pessoas, pelo controle de uma área ... e como territorialidade pode ser ativada e desativada”. Vinculando-se às relações de poder, como uma estratégia ou um dispositivo que pode ser acionado de acordo com o grupo social e o seu contexto histórico e geográfico (PEITER, 2000).

Discussões recentes sobre o território incorporam outras dimensões a sua materialidade entendendo que este carrega sempre, de forma indissociável, uma dimensão simbólica, ou cultural em sentido estrito, e um componente material, de natureza, eminentemente, econômica-política. Assim, a concepção de território estaria se deslocando do político para o cultural: das fronteiras entre os coletivos humanos aos limites do corpo e do afeto entre as pessoas em um movimento de identificação, classificação.

“(...) identificar-se é também, de alguma forma, classificar, estas classificações com que re-significamos o mundo, nós e os outros, inclusive através dos territórios, são objetos de intensas disputas entre aqueles que têm o poder de formular e mesmo de fixar estas classificações” (HAESBAERT, 2007b:37).

Nesse sentido, é correto afirmar que os conceitos de território e territorialidade dizem respeito à espacialidade humana, as relações de poder e suas expressões territoriais, e por isso recebem contribuições de várias outras áreas fora da geografia:

“Enquanto o geógrafo tende a enfatizar a materialidade do território, em suas múltiplas dimensões (...) a Ciência Política enfatiza sua construção a partir de relações de poder, ligada à concepção de Estado; a Economia, que prefere a noção de espaço à de território, percebe-o muitos vezes como um fator locacional ou como uma base da produção (...); a Antropologia destaca sua dimensão simbólica, principalmente no estudo das sociedades ditas tradicionais (...); a Sociologia o enfoca a partir de sua intervenção nas relações sociais, em sentido amplo, e a Psicologia, finalmente, incorpora-o no debate sobre a construção da subjetividade ou da identidade pessoal, ampliando-o até a escala do indivíduo” (HAESBAERT, 2007a:37)

Isto indica novos recortes teóricos e metodológicos, cujas bases devem pautar-se na proposição Miltoniana de operacionalizar o conceito de território a partir dos seus usos

(SANTOS, 2001) na escala social do cotidiano. Essa abordagem abre profícuas possibilidades para as análises em saúde, em particular para a atenção básica e a estratégia saúde da família, para o entendimento contextual do processo saúde-doença, principalmente em espaços locais e comunitários (MONKEN et al, 2004).

Por isso, o território na saúde, não pode estar limitado a um simples recorte político-jurídico e operacional do sistema de saúde. Traduz-se, simultaneamente, como *locus* de materialização da prática social e de interação entre a população e os serviços no nível local, onde se encontram situadas, em delimitações singulares, populações com *habitus* e estilos de vida diferentes, os quais determinam e condicionam suas condições de existência e sua organização espacial – o território.

Donde se conclui que as intervenções de saúde em territórios necessitam ser dialogadas, compreendidas e visualizadas espacialmente por formuladores e usuários (profissionais, gestores e população) que produzem e usam as distintas estruturas prestadoras de serviços de saúde. Esses territórios apresentam, muito mais que uma extensão geométrica, mas, sobretudo um conjunto de perfis - demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que os caracteriza e se expressam no território em permanente transformação (MENDES, 1993; MONKEN & BARCELLOS, 2007).

1.1.4. A Região

A região teve grande importância na fundação da Geografia. O geógrafo Vidal de La Blache utilizou esse conceito como forma de conceber a relação entre homem e natureza, que seria variável em cada região do planeta. Essa relação teria fortes influências históricas e seria moldada pelas características físicas do local habitado, mas também pela cultura que se forma nessa relação. Dessa maneira, o espaço seria formado por um mosaico de subespaços com características fisiográficas e humanas próprias, não necessariamente semelhantes aos vizinhos (CORRÊA, 1986).

O conceito é utilizado na saúde como sinônimo de território como espaço-região, que pode tanto ser concebido como uma realidade concreta, construída ao longo de sua história, como ser objeto de criação intelectual a partir de parâmetros estatísticos que a caracterizem em função de objetivos preestabelecidos (CORRÊA, 1986). Esta

abordagem tem como principais pressupostos a homogeneidade interna e a independência das unidades espaciais de agregação e análise de dados (OPENSHAWN, 1996). A região seria, portanto, uma unidade de análise natural para a geografia.

Segundo GUIMARÃES (2005), em um estudo sobre a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001) que regulamenta as diretrizes gerais para a organização regionalizada da assistência à saúde no Brasil,

“A construção do significado do conceito de região passaria a se confundir, assim, com a busca por uma leitura política espacializada baseada em um modo consistente de expor as conexões entre as diferentes escalas, o que aproxima o debate a respeito das regiões de saúde da concepção dialética da totalidade. Essa abordagem nos remete a uma compreensão do conceito de região como parte e todo, ou seja, uma totalidade aberta e em movimento (...)” GUIMARÃES, (2005:1021).

A interpretação de Guimarães é fundamental para o uso do conceito de região no campo da saúde, deslocando-o do seu sentido original para situá-lo no movimento dialético entre todo e parte, conteúdo e contingente. Nessa perspectiva (des)constrói a visão estática de homogeneidade e polarização, como noções fechadas, exclusivas e excludentes a qualquer diferenciação sócio-espacial e de fechamento e concentração de poder e funções.

Assim, a divisão regional do SUS estria de acordo com as políticas de saúde voltadas para atender, ao mesmo tempo à complexidade e a heterogeneidade do território nacional e as singularidades dos territórios onde as práticas de saúde se materializam em intervenções técnicas e tecnológicas sobre os problemas e necessidades de saúde de populações. Expressando acordos e pactuações entre os atores políticos das três esferas de gestão do sistema, por meio de arranjos físicos e político-administrativos que intentam dar concretude ao sistema e efetividade a um conjunto de ações.

“Nesses termos, a região se impõe como um espaço de manifestação da solidariedade entre os parceiros que compartilham a gestão do sistema. Ela não existe sem disputa política e pode ser definida como o espaço de solidariedade e de sinergias necessárias para a concretização do SUS, em seu plano operacional” (GUIMARÃES, 2005:1021).

Incorporada para subsidiar as propostas de descentralização, a regionalização também expressa à intencionalidade de viabilizar e compatibilizar os instrumentos de

planejamento e programação, ajustando demandas, necessidades e metas aos recursos financeiros, humanos e tecnológicos existentes em cada espaço sub-nacional (estados e municípios) contidos em sua extensão territorial.

DE TONI & KLARMANN (2002:520-21) trazem para o debate teórico sobre a delimitação regional alguns elementos importantes para a regionalização em saúde, na medida em que expõem e contextualizam três tipos de critérios que subjazem a estruturação do conceito de regionalização: a homogeneidade; a polarização e o planejamento:

- A região homogênea baseia-se na possibilidade de agregação territorial a partir de características uniformes, arbitrariamente especificadas. Há uma grande variabilidade nos padrões de comparação e de agregação, podendo ser definidos pela estrutura produtiva, fatores geográficos, dinâmica do consumo interno, recursos naturais específicos, topografia. Ainda podem ser considerados fatores políticos ou culturais.
- A região polarizada assume a tese da polarização espacial como um campo de forças que se cria entre unidades produtivas, centros urbanos ou aglomerações industriais. Nessa perspectiva os fluxos de produção e consumo e as conexões intra e inter-regionais são de grande relevância, pois revelam a existência de redes e de hierarquias. A região é considerada heterogênea e funcionalmente estruturada e o foco de análise é a dinâmica do modo de articulação e das tensões entre os pólos do que nos limites das fronteiras regionais.
- A região de planejamento atende a critérios político-administrativos instrumentalizados na atividade de planejamento. A regionalização definida a partir desse marco representa uma intencionalidade da autoridade pública que afirma uma compreensão do território a partir das necessidades de execução de determinados serviços públicos, do exercício do poder regulatório do Estado ou, por exemplo, da focalização das políticas setoriais em determinada parte do território.

Esses critérios apropriados no campo da saúde podem elucidar o melhor caminho que a gestão do SUS (federal, estadual e municipal) deva seguir na definição dos recortes territoriais do sistema. A homogeneidade pode indicar áreas cujas características evidenciam certos determinantes sociais da saúde que conformam um dado perfil epidemiológico, contribuindo para melhor alocação de recursos e ações. A região

polarizada coincide com proposta da regionalização da saúde, no entanto, é preciso estar atento a esse formato, dado que a polarização na saúde não se coaduna com o princípio da descentralização/municipalização, portanto, é um critério que deve ser utilizado com bastante parcimônia, sempre pautado na autonomia dos municípios, e no modelo de atenção proposto. A região de planejamento, embora tenha um viés político-administrativo forte, pelo foco na ação estatal, pode ser a estratégia definidora dos territórios da saúde, pelo uso do planejamento estratégico situacional de base ascendente, incorporando os demais critérios na organização da atenção.

1.2. Primeira Aproximação: o Espaço e o Processo Saúde-Doença

Nos últimos 30 anos a categoria geográfica espaço vem sendo utilizada com grande ênfase no campo da saúde coletiva, como uma abordagem fundamental para dar suporte, inicialmente ao conceito de risco, em função das múltiplas possibilidades que se tem em identificar e localizar populações, objetos e fluxos, e depois para espacializar os determinantes da situação de saúde e de condições de vida por meio da distribuição de variáveis sócio-econômicas, sanitárias e ambientais que revelam o estado de saúde dos conjuntos populacionais que vivem em seu interior (GONDIM, et al, 2008; PAIM, 1997)

No entanto, o homem sempre desejou compreender de como o seu entorno, o ambiente que o envolve contribui na ocorrência das doenças e das mortes. Por isso, a crença na harmonia e no equilíbrio entre o homem e o ambiente é bastante antiga, remonta o século V ac., período onde se fazem as primeiras tentativas para se criar uma teoria científica racional e responder às causas das doenças (PAIM,1997; AYRES, 1997; CZERESNIA, 2000).

Hipócrates em seu clássico ‘Ares, Água e Lugares’, relata uma série de relações associativas entre os elementos do meio físico e o adoecimento, destacando, dentre eles, a importância do solo, do clima, da água, do modo de vida e da alimentação. Para ele, esses fatores em interação, contribuíam para a permanência de doenças, por longos períodos na população, classificadas de doenças endêmicas (ROSEN, 1994).

Por sua vez, a higiene pública, antiga prática vinculada ao Estado, evidencia em períodos diversos, preocupações com a saúde que extrapolam a cura de doenças, pela

apreensão dinâmica e integrada dos fenômenos epidêmicos. As ações para limpeza de logradouros e canais, a vigilância de nosocômios e cemitérios, a segregação de ambientes para o isolar pessoas suspeitas de portarem doenças ‘comunicantes’ e a polícia médica, são exemplos da utilização do espaço, como instrumento de vigilância e controle sobre o social e sobre os corpos (ROSEN,1994; FOUCAULT, 1990a, 1990b).

O legado dessa prática sanitária vai oferecer mais adiante bases para o nascimento da epidemiologia e da geografia como disciplinas que vão operacionalizar, de formas distintas, pelo aprofundamento do processo de fragmentação e dicotomia do conhecimento, o conceito de espaço nos campos das ciências naturais e das ciências sociais (CZERESNIA & RIBEIRO, 2000).

CZERESNIA (1997) argumenta que a mudança operada entre o conceito “contágio” para o de “transmissão” corresponde simultaneamente a uma ruptura epistemológica na percepção do espaço como determinante da saúde e da doença, e a uma nova ordem paradigmática da ciência na relação homem e natureza demarcada pela emergência da medicina moderna.

Assim, a história da saúde pública se constrói, desde tempos remotos, voltada para preocupações com o espaço, nas quais se destacam, no recorte das intervenções técnicas, ações voltadas para o ambiente físico na intenção de se antecipar a ocorrência de agravos e evitar danos à saúde dos indivíduos e das populações. Nesse contexto, o espaço é apreendido como lugar que pode favorecer e propiciar o acometimento de doenças (MARQUES, 1994; NAJAR, 1998).

Uma das primeiras contribuições para a incorporação das noções de espaço e de território no campo da saúde surge nos anos 30 com PAVLOVSKY (s/d), o qual formula a idéia de foco natural nos estudos das doenças transmissíveis. Nesse cenário, destacam-se os elementos do sítio geográfico (clima, vegetação, solo, etc.) como condições que podem favorecer a ocorrência de eventos negativos à saúde. Introduz-se pela primeira vez o conceito de foco antropúrgico, no controle de endemias rurais na Rússia, o qual atesta por um lado, que são as condições naturais do espaço as responsáveis pela circulação dos agentes de doenças, e de outro, que a presença humana altera as condições iniciais de circulação desses agentes (CZERESNIA & RIBEIRO, 2000).

MAX SORRE (1982, 1984), em suas obras ‘Os Fundamentos da Geografia Humana (1943-1952)’ e ‘O Homem na Terra (1962)’ avança e agrega às formulações de Pavlovsky novos elementos associados à relação do homem com o ambiente - a biogeografia. Considera o espaço a morada do homem, cujo conceito central é o de habitat. Para o autor, a atividade humana se desenvolve dentro de três grandes planos: o físico, o biológico e o social, e são, ao mesmo tempo, condicionantes e condicionados pelo homem. Amplia o olhar restrito sobre o ambiente físico e centra suas reflexões nas alterações do meio decorrente da ação antrópica. Elabora os conceitos de complexo patogênico (ambiente e doenças) e gênero de vida (condições do ambiente), ambos relacionados com as formas de como o homem se organiza e produz o espaço geográfico.

O que diferencia as perspectivas de Pavlovsky e de Sorre é que no primeiro há uma relação entre o espaço interno e o externo do homem na busca de um equilíbrio fisiológico. No segundo, inclui-se ao conceito de meio tudo o que é produzido no espaço pelo homem - o conjunto da organização social em seus aspectos objetivos e subjetivos. Essas duas abordagens, especificamente, os conceitos de gênero de vida (condições ambientais) e de foco natural (condições do sítio geográfico) vão se juntar e mais à frente contribuir para a consolidação da geografia médica no Brasil.

Nos anos 60-70, a noção de foco natural se expande a partir de teses que se debruçam com maior ênfase sobre a contribuição da ação humana na transformação da paisagem geográfica onde se desenvolvem as doenças. ROSICKY (1967) afirma que um foco natural pode se manifestar com a presença indireta do homem (domesticação de animais, atividades agrícolas) e, portanto algumas características dos vetores e dos reservatórios podem ser alteradas contribuindo para sua exacerbação ou erradicação. SINNECKER (1971) cunha o conceito de ‘território nosogênico’ para associar aspectos ecológicos com sociais e afirmar que as doenças se distribuem de forma diferente em territórios distintos, em função das atividades humanas que alteram as condições naturais do ambiente.

LEAVELL & CLARCK (1976) por meio da tríade ecológica (agente, meio, hospedeiro), estruturam uma teoria da história natural das doenças (HND), na qual o espaço é incorporado como receptáculo que pode facilitar ou impedir contatos entre esses três elementos, propiciando o adoecimento. Nessa acepção não são consideradas

as dinâmicas e as interações que ocorrem no espaço, as quais podem modificar de forma significativa a relação proposta por esses autores.

Do mesmo modo, o trabalho de MACMOHON & PUGH (1978) ao estudar a distribuição geográfica das doenças em populações, destaca o papel e a relevância do espaço na formulação de hipóteses etiológicas sobre os eventos de saúde. Atestam também sua validade para propósitos administrativos, no entanto o destituiu da possibilidade de qualquer experiência relacional do tempo e pessoa.

SAMUEL PESSOA (1978), motivado pelas teses hipocráticas, estuda as relações entre o espaço e a ocorrência de doenças de longa permanência na população, com foco naquelas transmitidas por vetores. Para ele, o espaço-ambiente se expressa como um conjunto de múltiplas causas que interagem com o homem. No entanto, ao final do estudo afirma, categoricamente, que o elo de significação dessa interação é uma causa microbiológica específica, negando a contribuição dos conteúdos social e cultural do espaço. Seus trabalhos deram origem a uma escola de geografia médica, cujos estudos se ancoram em conhecimentos da chamada medicina tropical.

Na constituição da epidemiologia como disciplina, seus fundamentos teóricos e bases metodológicas têm como construto central de suas interpretações, a trilogia explicativa pessoa (quem), tempo (quando) e lugar (onde), traduzida como pessoas em lugares/tempo. Essa simplificação teórica revela o que hoje é colocado como o escopo da disciplina - o estudo da distribuição de ocorrências, instituindo ao espaço um papel relevante na percepção dos fenômenos observados (MIETTINEN, 1985; AYRES, 1997).

Na epidemiológica clássica o espaço é um conceito básico que subjaz a diferentes abordagens acerca do processo saúde-doença. A cada avanço da disciplina, este foi se consolidando como uma categoria importante para a compreensão dos fenômenos doença e morte, fosse para expressar as condições ecológicas do sítio – fauna, flora, clima, topografia; fosse para designar elementos do ambiente social - a cultura, a linguagem, as relações cotidianas, como prováveis causas de estados mórbidos (PAIM, 1997; SILVA, 1985a, 1985b, 1997; AMLEIDA FILHO, 1989, 2000).

No Brasil, nos anos 80, o geógrafo MILTON SANTOS (1985, 1988), representante da geografia crítica¹⁸, agrega elementos sobre a discussão do espaço no campo da saúde coletiva, em especial na Saúde Pública e na Epidemiologia, os quais permitem questionar o modelo ecológico da HND e a linearidade de seus elementos constituintes, junto aos estudos das doenças endêmicas e epidêmicas. Surgem questionamentos relevantes referidas às diversas dimensões que contém o espaço – social, política, biológica, cultural, e de como elas podem contribuir significativamente para o entendimento da saúde e da doença (PAIM, 1997).

Essa aproximação entre categorias dos campos das Ciências Naturais e das Ciências Sociais (espaço, saúde, território, doença, lugar, tempo) evidenciaram a necessidade de uma reflexão epistemológica mais ampliada sobre aquilo que AYRES (1997) indica como o foco da epidemiologia ‘revelar o desfavorável no lugar’. Afirma que, se qualquer ocorrência tem a possibilidade de estar associada, favorável ou desfavoravelmente, à outra, esse fato, junto com sua extensão (o espaço), passa a ser o norte e o traço distintivo da produção hegemônica na epidemiologia do risco.

Esse conjunto de reflexões teóricas envolvendo o espaço, demanda aos pesquisadores da saúde coletiva e das ciências sociais em saúde, se debruçarem sobre o tema para aprofundar a discussão e a compreensão desta categoria nos estudos da distribuição de certas doenças, como resultante da organização social em territórios e em populações, bem como no que tange a organização e estruturação do sistema de saúde para oferecer respostas adequadas à complexidade dos problemas decorrentes da expansão do modo de produção capitalista (PAIM, 1985; POSSAS, 1989; SABROZA & LEAL 1992; ALMEIDA-FILHO, 1992; SILVA, 1985a,1985b,1997; MENDES, 1993; AYRES, 1997; CZERESNIA, 2000&RIBEIRO; BARCELLOS, 2000).

A vertente da Epidemiologia Social Latino Americana (LAURELL, 1977; BARRETO, 1982, 1990; BREILH et al. 1983, 1990, 1991, ; SILVA, 1985; BARATA, 1988, 1997; 2000, 2005; CASTELLANOS, 1991, 1996, 1997, 1998; MENDES-GONÇALVES, 1979, 1994, 1995; ALMEIDA-FILHO, 1989, 1990, 1992, 2000,2004) incorpora o espaço a partir do uso feito pelos agentes, onde buscam contextualizar situações

¹⁸ Corrente da geografia que vai estudar as configurações espaciais a partir da reflexão e da crítica sobre as relações que se estabelecem entre o modo de produção e os estilos de vida de uma dada formação histórica, tendo por suporte teórico inicial uma abordagem marxista do espaço. (Castells, M.1976; Harvey,1978; Carlos, 1996; Santos & Silveira, 1996; 2001).

específicas de grupos populacionais - condições de vida; estilos de vida; estratificação social; desgaste; ambiente de trabalho, etc.-, através de redes explicativas que contemplam as diferentes dimensões da realidade - objetivas e subjetivas, e as múltiplas determinações da saúde ou da doença - biológicas, socioeconômicas, ambientais, ecológicas, para situá-las na totalidade.

Embora tenha havido um avanço na abordagem espacial em saúde nas últimas três décadas, para BARCELLOS & MACHADO (1998), uma parcela dos estudos epidemiológicos e sobre a situação de saúde possuem limitações específicas neste aspecto, relacionadas aos conceitos e métodos utilizados:

- Há os que tratam o espaço como geometria, *”são estudos que consideram o espaço um plano multidimensional, vazio a priori, onde se desenvolvem funções, podem-se colocar pontos, linhas e superfícies”* (BARCELLOS, 2002:130). Nestes se inserem as técnicas de estatística espacial e de análises de rede (HILLS & ALEXANDER, 1989; BRIGGS, 1999; BAILEY & GATRELL, 1995)
- Há os que lidam com o espaço como região, *“concebido como uma realidade concreta, construída ao longo da história e/ou como objeto de criação intelectual a partir de parâmetros estatístico”* (BARCELLOS, 2002:131). Este enfoque é bastante utilizado nos estudos ecológicos, tendo como unidade de análise uma área geográfica, uma região (CORRÊA, 1986; KING, 1979; OPENSHHAWN, 1996), e,
- Há os que percebem o espaço como um conjunto de lugares, *“o espaço-lugar permite tanto o estudo de problemas de saúde quanto o planejamento de ações diferenciadas sobre grupos sócio-espaciais dentro de uma mesma região”* (BARCELLOS, 2002:131). Como resultado da interação singular de grupos sociais com seu entorno mais próximo, embora possuam estilos de vida, relações de produção e relações com o ambiente diferentes (TAKAHASHI, 1998; SABROZA & LEAL, 1992; JOLLEY & JARMAN, 1992; GELSER et. 1997; SANTOS, 1998, 1999).

O que os autores recomendam quando se referem ao uso do espaço na análise da situação de saúde e na análise de risco é não limitá-la exclusivamente a uma simples localização de eventos de saúde ou de pessoas em risco. Tanto as potencialidades quanto as limitações dessa abordagem vão depender da variedade de escolhas que estão

postas para o pesquisador no que tange ao uso dos conceitos e dos conteúdos técnicos e tecnológicos, onde o espaço deve ser estudado, ao mesmo tempo, como produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais (BARCELLOS, 2000).

Nesse sentido, ao se analisar recortes espaciais no espaço das cidades, faz-se necessário compreender e contextualizar a diversidade de situações de saúde e condições de vida, resultantes da lógica urbana que produz e reproduz em uma velocidade acelerada diferenciações sócio-espaciais. Coexiste uma multiplicidade de lugares destinados a diferentes usos: instituições, bairros ricos e pobres, indústrias, drogadição, comércio, fluxos e circulação de mercadorias, bens e serviços, os quais devem ser tratados analiticamente de formas diferentes, em relação aos objetos, as escalas e aos níveis de determinação (GONDIM et al, 2008; MONKEN et al, 2008).

Esses lugares heterogêneos, fragmentados e complexos são também espaços singulares para a produção de riscos e vulnerabilidades, os quais se diferenciam para cada indivíduo ou grupo social. Sua estrutura espacial é necessariamente heterogênea, resultado da permanente ação da sociedade sobre a natureza. Esse espaço produzido socialmente se configura como um território que exerce pressões econômicas e políticas sobre a sociedade, criando condições particulares para sua utilização por cada ator social (BARCELLOS&MONKEN, 2007; GONDIM, 2006).

É importante destacar que, ao mesmo tempo em que se avança nas formulações teórico-metodológicas sobre o espaço em diferentes campos do conhecimento, criam-se ferramentas sofisticadas de análise para compreender sua contribuição, positiva e negativa, em diferentes dimensões da vida social – política, cultural, econômica, há uma tendência de se utilizar, essa mesma categoria de análise, como sinônimo de território.

O uso da categoria ‘espaço’ dá abertura para a incorporação do conceito de ‘território’ no campo da saúde coletiva, especificamente na saúde pública, em razão de três elementos centrais: sua indissociabilidade populacional, seus limites de governabilidade, e suas relações de poder. Esses aspectos em sinergia oferecem as bases para o pensamento complexo e as ferramentas do agir estratégico-situacional, possibilitando ao setor saúde orientar suas políticas, seu sistema de saúde e suas intervenções em territórios.

1.3. Segunda Aproximação: O Território e os Determinantes Sociais da Saúde

A utilização do conceito de território não campo da saúde coletiva como categoria de análise deve tomar como orientação as palavras de SANTOS & SILVEIRA (2001:20): “... o território, em si mesmo, não constitui uma categoria de análise ao considerarmos o espaço geográfico como tema das ciências sociais, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o território utilizado”.

Não se justifica do ponto de vista teórico e operacional, fazer uso da denominação ‘território’ para referir-se a uma mera delimitação espacial. Para que este conceito e o seu uso na saúde pública façam sentido, é necessário reconhecer processos e territorialidades que muitas vezes transgridem limites impostos por atores determinados.

Em uma acepção mais integradora, SANTOS E SILVEIRA (2001:247) recomendam “quando quisermos definir qualquer pedaço do território, devemos levar em conta a interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade, que inclui a natureza, e o seu uso, que inclui a ação humana, isto é o trabalho e a política”. Mais que isso deve levar em conta as subjetividades, a forma como cada um percebe e se identifica com o seu espaço de vida (HAESBAERT, 2007; ARAUJO & HAESBAERT, 2007).

A constituição dos territórios na contemporaneidade se expressa segundo SANTOS (1996), a partir de dois movimentos, as horizontalidades e as verticalidades:

- As horizontalidades são os domínios de contigüidades, constituídos por uma continuidade territorial. É o fundamento do cotidiano de todos os sujeitos, sendo possível à vivência da política, sendo possível à ampliação da coesão da sociedade no sentido do interesse coletivo. Nelas o cotidiano territorialmente partilhado cria suas próprias normas “fundadas na similitude ou na complementaridade das produções e no exercício de uma existência solidária” (p.55). Contribuem para integração, a solidariedade territorial e a junção de interesses do cotidiano da população.
- As verticalidades são formadas por pontos distantes uns dos outros, resultado de uma interdependência hierárquica dos territórios, conseqüente do processo de globalização econômica. “São os vetores da integração hierárquica regulada” (SANTOS, 1994:54), que se realizam através de ordens técnicas, políticas e financeiras a partir de um comando. Portanto, estes “vetores de modernização

são antrópicos (...) trazem desordem aos subespaços em que se instalam e a ordem que criam é em seu próprio benefício. E a união vertical (...) está sempre sendo posta em jogo e não sobrevive senão à custa de normas rígidas” (SANTOS, 1996:228). Propiciam a fragmentação do território e a desterritorialização de populações.

As verticalidades respondem no cenário da globalização, por grandes mudanças econômicas e políticas (mundialização do capital e modelo neoliberal de organização do Estado), e a impactos negativos sem precedentes na organização dos territórios, nas estruturas produtivas e sociais dos países em desenvolvimento, desenhando um cenário de profundas desigualdades sociais, com a exclusão de parcela significativa de população ao direito a vida e a cidade (TAVARES & FIORI, 1993; ANTUNES & ALVES, 2004).

Dessa maneira, o entrelaçamento de agentes, situações e processos que incidem sobre a multiplicidade de territórios e lugares modificam a percepção das pessoas sobre os riscos distribuídos espacialmente. Por isso não é incorreto afirmar que as pessoas não são portadores do risco em si, mas sim de fatores imbricados em problemas que se traduzem nas condições gerais de vida, individual e coletiva, e em função da vulnerabilidade de cada um frente às ameaças a que estão expostos cotidianamente (BARCELLOS & MONKEN, 2007; GONDIM et al, 2008).

O reconhecimento do território por gestores, pesquisadores e profissionais de saúde que atuam em diferentes instâncias do sistema, como categoria central de análise para atuação no nível local, é uma estratégia fundamental que possibilita a caracterização da população, das condições de vida, das necessidades e dos problemas de saúde, bem como para avaliação da efetividade dos serviços e seu impacto sobre os níveis de saúde (BARCELLOS, 1998, 2000).

Há um duplo movimento de estruturação dos territórios no setor saúde. De um lado as horizontalidades constituídas por uma rede de serviço ofertada pelas três esferas de gestão do SUS a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania, devendo ser permeada por relações compartilhadas, com o estabelecimento de vínculo, identidade e confiança entre os agentes do território. De outro lado, as verticalidades, impostas pelo modelo de desenvolvimento econômico-social brasileiro, que homogeneiza estilos de

vida via consumo e cria padrões assimétricos no estado de saúde da população mais vulneráveis, exigindo do Estado maior acuidade na distribuição de serviços e recursos compatíveis com as necessidades e os problemas de cada território.

O Estado para organizar e operacionalizar os territórios da saúde no espaço nacional recorre ao desenho do pacto federativo e a instrumentos normativos, para assegurar, na forma da lei, os princípios e as diretrizes do SUS. Não obstante os avanços do sistema, nos últimos 20 anos, alicerçados em bases teóricas sólidas da Reforma Sanitária, o setor saúde padece de problemas organizacionais, gerenciais e operacionais crônicos, decorrentes do descompasso entre a fala e o gesto da gestão federal, em especial no que tange aos mecanismos de financiamento das ações e dos serviços nas esferas subnacionais (LEVCOVITZ et al, 2001).

Nesse cenário ainda em descompasso, para que o Estado seja efetivo em suas respostas às necessidades das populações em territórios singulares, não é suficiente estruturar recortes espaciais da saúde de caráter administrativo-gerencial e não basta definir uma área física ou geográfico-populacional para realizar intervenções sanitárias. É necessário partir da ação, do trabalho, da localidade. *“O território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho”* (CECCCIM, 2005a:983).

É preciso reconhecer que os territórios estruturam *habitus*¹⁹, estilos de vida, os quais não são simples, não se reduzem à mera manifestação de vontades, e tão pouco, não podem ser ‘construídos ou definidos’ a partir uma designação burocrática.

“O habitus é uma noção mediadora que ajuda a romper com a dualidade de senso comum entre indivíduo e sociedade ao captar ‘a interiorização da exterioridade e a exteriorização da interioridade’, ou seja, o modo como a sociedade se torna depositada nas pessoas sob a forma de disposições duráveis, ou capacidades treinadas e propensões estruturadas para pensar, sentir e agir de modos determinados, que então as guiam nas suas respostas criativas aos constrangimentos e solicitações do seu meio social existente “(WACQUANT, 2007).

¹⁹Habitus é uma noção filosófica antiga. Originária do pensamento de Aristóteles e da Escolástica medieval, foi recuperada e retrabalhada depois dos anos 1960 pelo sociólogo Pierre Bourdieu (1972/1977, 1980/1990, 2000/2001) para forjar uma teoria disposicional da ação capaz de reintroduzir na antropologia estruturalista a capacidade inventiva dos agentes, sem com isso retroceder ao intelectualismo cartesiano que enviesa as abordagens subjetivistas da conduta social, do behaviorismo ao interacionismo simbólico passando pela teoria da ação racional (Wacquant, 2002). Foi utilizado também de diferentes formas por sociólogos clássicos como Durkheim (1975); Mauss (1972); Max Weber(1982) e mais a frente na fenomenologia por Husserl (1986); Merlau-Ponty (1999) e Elias (1997).

A transformação de um *habitus* em outro, ou a incorporação de novas formas de viver mais produtoras de qualidade de vida e cidadania, inclui necessariamente a luta pelo amplo direito à saúde. A tarefa de confrontar a força de captura das racionalidades médico-hegemônica e gerencial hegemônica requer impor à necessidade de singularização da atenção e do cuidado e a convocação permanentemente dos limites dos territórios (BOURDIEU, 1989; ROVERE, 2005).

Portanto, as respostas/intervenções de saúde devem ser territorializadas, por se entender que os indivíduos e os grupos sociais buscam os serviços de saúde de acordo com a percepção que têm acerca de suas necessidades e dos problemas de saúde em sua interação diária com o território. Conseqüentemente, tanto os indivíduos quanto alguns coletivos específicos (crianças, mulheres, idosos, homens, diabéticos, outros) procuram a rede de atenção à saúde no espaço mais próximo de seu cotidiano, de modo a suprir suas necessidades singulares de atenção e cuidado (TRAVASSOS et al, 2000; TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

A existência de assimetrias na procura e no uso dos serviços de saúde, correspondem às diferenças de percepção individual e coletiva, no momento de acessar e se beneficiar do atendimento que lhe é de direito. Essas singularidades traduzem, simultaneamente, desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer e diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros (TRAVASSOS et al, 2000; TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

Segundo CAMPOS (1999, 2003), a expressão das necessidades em saúde possui um forte diferencial dentro das regiões, dentro das cidades e dentro dos territórios, a depender das condições gerais de vida da população e do acesso a serviços de saúde. Esses diferenciais geram fluxos de pacientes em busca de recursos, que devem ser avaliados e considerados no processo de alocação de serviços.

A incorporação de necessidades e problemas de saúde na abordagem do território remete ao entendimento dos determinantes sociais de saúde (DSS), definidos como as condições objetivas de existência nas quais indivíduos e grupos sociais estão inseridos em seu cotidiano de vida e trabalho. São características sociais dentro das quais a vida transcorre (TARLOV, 1996). Dizem respeito tanto às características específicas de cada

contexto social que interferem na saúde, quanto à maneira com que essas condições sociais podem traduzir impacto sobre a saúde (CNDSS, 2008).

O conceito DSS vem sendo trabalhado desde os anos 70-80 após grande reflexão teórica no campo da saúde coletiva sobre o processo saúde-doença, onde se verificam limitações nas intervenções de saúde orientadas apenas pela análise de risco e sobre as doenças e os doentes. Constatava-se nesse momento que para se compreender o trinômio saúde-doença-cuidado e atuar de forma efetiva sobre ele, é imprescindível, efetuar estudos e pesquisas sobre o perfil de “populações²⁰ em territórios específicos”, e efetivar políticas sociais voltadas para essas comunidades em seus contextos de vida.

Destaca-se que a proposta de incorporação dos DSS na análise em saúde surge em um momento de crise da saúde pública, onde os aspectos sociais da saúde foram eclipsados por dimensões técnicas tanto em nível da incorporação de inovações e tecnologia como de planejamento e organização da atenção em saúde ou da assistência médica. A noção de DSS reaparece junto com movimentos de contestação ao pensamento liberal e novas conjunturas políticas, principalmente na América Latina (BUSS, 2000; BREILH, 2006)

No bojo desse movimento em diversas análises sobre o setor saúde, constata-se que a assistência médica e seus dispositivos de dominação-regulação (hospitais, medicamentos e pessoal médico) não são exclusivos para a manutenção da saúde das pessoas. Na perspectiva dos DSS, existem outros fatores capazes de auxiliar às indivíduos e grupos a se manterem saudáveis, diferente daqueles que as auxiliam individualmente a obter saúde quando estão doentes (BUSS & FILHO, 2007; CDSS, 2005).

Dentre estes mecanismos, aqueles voltados para promoção da saúde, devem ser buscados no âmbito local das comunidades (territórios), onde podem ser acionados ou estimulados junto aos grupos sociais e aos indivíduos, de modo a possibilitar o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e propiciar a construção de ambientes favoráveis à saúde (BRASIL, 2006c).

²⁰Castellanos (1987) faz uma diferenciação entre investigação de saúde *de* populações, onde se estuda a Epidemiologia de *quem*, e, investigação de saúde *em* populações onde os estudos são a Epidemiologia de *quê*. No primeiro caso, estuda-se a situação de saúde de populações – os perfis de problemas coletivos humanos -, para proposição de políticas sócio-sanitárias; enquanto no segundo, os estudos são voltados para problemas específicos em populações – certas doenças e epidemias -, para se propor estratégia de controle sobre as mesmas

Alude a essa discussão o entendimento de que o processo saúde-doença em populações decorre das desigualdades e das iniquidades em saúde que geram exclusão social e segregação espacial. As iniquidades em saúde se vinculam às questões da justiça social - são injustas, e infringem as normas de direitos humanos e suas raízes estão na base da estratificação social, ou seja, são mais que desigualdades em saúde (OMS/SCDSS; 2005).

Para o enfrentamento das desigualdades e iniquidades em saúde, as políticas públicas devem incorporar o compromisso ético com a 'equidade', uma qualidade essencial das práticas de saúde: "(...) *ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis na saúde de populações ou grupos definidos com critérios sociais, econômicos, demográficos ou geográficos*" (OMS/SCDSS, 2005:5).

Segundo BUSS & FILHO (2007) os determinantes sociais de saúde e os determinantes sociais das iniquidades na saúde não são correspondentes. Alguns fatores e processos sociais incidem sobre a saúde, e podem contribuir significativamente para criar assimetrias de saúde entre os diferentes grupos sociais. Nesse sentido pode-se intervir com políticas sobre os determinantes sociais de saúde e elevar os níveis médios de saúde de um país, sem alterar a discrepância de saúde entre grupos sociais - entre incluídos²¹ e excluídos (OMS/SCDSS; SABROZA, 1992a,1992b).

SANTOS (2002) ao se referir a pobreza e à exclusão no processo de globalização esclarece:

“(...) os pobres não são incluídos nem marginais, eles são excluídos. A divisão do trabalho era, até recentemente, algo mais ou menos espontâneo. Agora não. Hoje, ela obedece a cânones científicos – por isso ao consideramos uma divisão do trabalho administrada – e é movida por um mecanismo que traz consigo a produção das dívidas sociais e a disseminação da pobreza numa escala global (p.73)”.

Essa reflexão traz implicações importantes à fala de STRONKS & GUNNING-SCHEPERS (1993) e RUGER (2005) ao afirmarem que em uma sociedade democrática e justa todos os cidadãos devem ter um alto grau de liberdade e a mesma chance de

²¹ Castells (1987) entende que no modo de produção capitalista o processo de exclusão sócio-espacial, determina cidadãos incluídos e excluídos. O que diferencia o cidadão incluído (privilegiado) do outro excluído (desprivilegiado) é o acesso à renda e a serviços básicos de manutenção da vida.

escolher, dentre várias opções, ‘o seu modo de levar a vida’ – como aquele que melhor traduz o conceito de bem-estar ou vida boa.

Diante das desigualdades promovidas pelo capitalismo, e mais ainda nos países periféricos, cabe ao Estado o dever e a responsabilidade de promover condições que permitam a cada pessoa, independente de sua condição social e econômica, a livre escolha de seu plano de vida, ou seja, deve programar ações sobre os determinantes sociais para assegurar a igualdade de possibilidades de saúde a todos.

Dessa forma, não é errado afirmar que condições econômicas e sociais desiguais podem limitar a capacidade de saúde de algumas pessoas em exercerem sua liberdade com plenitude. Aqui, a saúde assume posição de prioridade e de bem especial, dado que, ao mesmo tempo, é parte constituinte direta do bem-estar dos indivíduos e grupos, e, permite que estes funcionem a bom termo como agentes. E mais, é fundamental que a sociedade (incluindo o Estado) ofereça oportunidades iguais a todos, de modo que os permita realizar escolhas livres para obterem mais saúde (OMS/SCDSS, 2005).

“O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito” (BUSS & FILHO, 2007:81).

A importância do estudo da cadeia de mediações entre os DSS e sua repercussão no processo saúde-doença-cuidado de indivíduos e grupos sociais, vai permitir ao Estado, em cada nível de gestão, identificar nos territórios de sua responsabilidade, onde e como devem ser feitas as intervenções, de modo a ser mais efetivo na redução das iniquidades de saúde. Essa estratégia analítica e operacional permite intervir com ações apropriadas sobre situações mais sensíveis, e mensurar o alcance das mudanças (impactos) no estado de saúde de cada território-população.

Para esse fim, a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)²² propôs um modelo conceitual de análise desses fatores a partir das contribuições de vários

²²A CNDSS foi criada pelo Decreto Presidencial de 13/3/2006 e teve seu Regimento Interno aprovado pela Portaria MS/1358, de 23/06/06. Integrada por 16 especialistas e personalidades da vida social, econômica, cultural e científica do país, foram nomeados pelo Ministro da Saúde (Portaria nº 532, de

estudiosos²³do campo da saúde. Destacam-se três grandes grupos de determinantes representados em camadas, indicando suas contribuições no processo saúde-doença. No modelo adotado pela CNDSS, os determinantes estão categorizados e distribuídos segundo seu nível de abrangência: os distais, os intermediários e os proximais.

Figura 2 - Modelo de Determinação da Saúde - Dahlgren&Whitehead (1991)



A Figura 2 mostra o modelo de Dahlgren&Whitehead (1991), o qual faz a síntese de vários estudos sobre os DSS que buscam analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento, evidenciando a trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos. Na avaliação de BUSS & FILHO (2007:82-83):

“Esses estudos identificam o desgaste do chamado ‘capital social’, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um importante mecanismo através do qual as iniquidades de renda impactam negativamente a situação de saúde. Países com frágeis laços de coesão social, ocasionados pelas iniquidades de renda, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Esses estudos também procuram mostrar por que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social”.

14/04/ 2006). Expressa o reconhecimento de que a saúde é um bem público, a ser construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira. Inspirada nos princípios e valores que orientam a Reforma Sanitária Brasileira e que tem como sua principal expressão o artigo 196 da Constituição Federal, onde se reconhece que “A saúde é direito de todos e dever do Estado...”. <http://www.determinantes.fiocruz.br/comissao.asp>.

²³O modelo de Dahlgren e Whitehead, (1991) faz a síntese dos modelos de Diderichsen e Hallqvist, 1998; Diderichsen, Evans e Whitehead, 2001; Mackenbach et al, 1994; Marmot e Wilkinson, 1999.

No modelo proposto localizam-se: os determinantes proximais, compostos por três conjuntos que se agregam - as redes sociais e comunitárias que expressam para mais ou para menos o nível de coesão social, de importância estratégica para a saúde das coletividades; os comportamentos e os estilos de vida, como as escolhas pessoais que vão influir fortemente nos fatores individuais. Estes estão na base do modelo, são fatores próprios de cada pessoa – idade, sexo, genética, os quais são influenciados pelas demais camadas e contribuem para o potencial de vida e as condições de saúde dos indivíduos (CNDSS, 2008).

Na camada média, os determinantes intermediários, como àqueles fatores diretamente vinculados ao cotidiano da vida - saúde e trabalho, educação, serviços sociais dentre outros, que indicam em que patamar as pessoas se encontram na vida social, denotando diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde (CNDSS, 2008).

Na camada externa situam-se os determinantes distais, representados pelas macroestruturas da sociedade, objetivadas nas condições econômicas, culturais e ambientais mais gerais, que incidem com grande força e influência sobre as demais camadas. São os fatores cujas intervenções são fundamentais para constituição dos territórios da saúde, dado que são eles que compõem o conjunto das políticas públicas setoriais materializadas no espaço da vida cotidiana das pessoas (CNDSS, 2008).

Frente aos DSS a realidade brasileira se revela um cenário desafiador: com dimensões geográficas e características regionais bastante variadas, apresenta um conjunto de indicadores socioeconômicos e de saúde forjados em contextos muito singulares. Constituem-se múltiplos territórios com grandes disparidades em seus níveis de desenvolvimento social e econômico: de um lado, aqueles semelhantes aos países desenvolvidos e de outro os que possuem condições indignas de países marcados pela pobreza da população e a escassez de diversos tipos de recursos.

Esse perfil de desigualdade desvela também, as formas desumanas a que são submetidos os indivíduos e os grupos sociais *pari passu* aos graus de liberdade de que eles dispõem para superar as restrições econômicas, políticas, culturais que lhes são impostas pelo modelo econômico excludente, as quais incidem de forma diferenciada sobre o processo de produção da saúde e da doença.

A contextualização do processo de produção da saúde em territórios envolve o entendimento dos DSS no contexto da totalidade social: de produção e reprodução das condições de existência, onde há agentes que exercem a dominação e os que exercitam a resistência, em uma convivência contraditória, a qual materializa no espaço as relações capitalistas de produção nas diferentes formas de uso e apropriação do território.

Como afirma LESSA (1999) é na esfera da reprodução social que “*as novas necessidades e possibilidades geradas pelo trabalho vão dar origem a novas relações sociais que se organizam sob a forma de complexos sociais (p. 26)*”. Portanto, necessidades de saúde são necessidades de reprodução social dada nas diversas realidades sociais em que estão inseridos os sujeitos. Na perspectiva do conceito ampliado de saúde, atender às necessidades de saúde é oferecer atenção e cuidado integral a população em seus contextos de vida – os territórios.

Em uma perspectiva crítica, se as necessidades e as desigualdades em saúde decorrem das formas de como os indivíduos e grupos sociais se inserem na reprodução social, é indispensável na análise em saúde e na formulação de políticas nesse campo, estarem incluídas a concepção de determinação social do processo saúde-doença e a saúde como direito de cidadania, de modo a assegurar maior equidade e justiça social (CAMPOS & SOARES, 2003:622).

Compreender a importância dos determinantes sociais para a reprodução social da saúde denota a urgência de superação do enfoque setorial, para o enfrentamento da multideterminação do processo saúde-doença-cuidado. Nesse entendimento, assegurar o direito à saúde vai requerer esforços multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais que incorporem, de um lado, o sujeito em sua singularidade, e de outro, o território como espaço de reprodução da vida, de modo que os direitos sociais sejam reconhecidos enquanto fatores que modelam as condições de vida e saúde da população em seus espaços de vida.