

CAPÍTULO 4: O TERRITÓRIO E A PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE – CONTEXTO, ATORES E RELAÇÕES SOCIAIS

Esse capítulo retoma algumas questões trabalhadas em capítulos anteriores e introduz novos recortes teóricos necessários ao entendimento da abordagem do território no campo da saúde. Dá destaque ao processo de produção e reprodução social tomando como referenciais Juan Samaja e Carlos Matus, os quais oferecem elementos importantes para as análises e as reflexões finais deste estudo, por entendê-los como suportes imprescindíveis para leitura dos contextos e da situação de saúde bem como para organização das redes de atenção e das práticas de saúde de base territorial.

A explicação do processo saúde-doença-cuidado como resultante do modo de produzir e reproduzir as condições de existência humana evidencia a importância dos determinantes políticos, econômicos, sociais e culturais e suas interações para as análises em saúde. O resultado dessa interação metabólica entre agentes e contextos se materializa em territórios em diferentes tempos sócio-históricos. Esse enfoque, no campo da saúde, recorre ao materialismo histórico dialético para explicar de como fatores de naturezas diversas, presentes na sociedade, podem contribuir, positivamente ou negativamente para definir o estado de saúde e problemas de populações (TEIXEIRA & SOLLA, 2006).

“(…) as noções de ‘saúde’ e de ‘doença’, assim como ‘problemas de saúde’ são componentes de uma ordem descritiva que serve para qualificar estados possíveis, nos indivíduos vivos em toda a extensão da biosfera. (...) Na esfera de fenômenos humanos a saúde-doença deixa de ser um estado biológico possível vivido meramente pelos sujeitos, para tornar-se um objeto da ação e da consciência de todos os membros do coletivo social: eis a essência do conceito de ‘saúde-doença-cuidado’ (SAMAJA, 2000:39-41).

Nesse sentido, a abordagem da produção social afasta qualquer tentativa de incorporar a lógica determinística na busca de respostas para a dinâmica da saúde-doença-cuidado. Ao contrário, oferece elementos teóricos que buscam compreender como fatores essenciais (determinantes), podem limitar ou exercer pressão sobre outras dimensões da realidade social modificando suas estruturas constitutivas. Nesse sentido, a mediação de características singulares dos grupos sociais e dos indivíduos com os macro-determinantes no processo de produção social vai delinear diferentes perfis de morbidade e mortalidade traduzidos em problemas de saúde em territórios-população.

Para BARATA (2005) o conceito nuclear nessa abordagem é o de ‘reprodução social’, onde a cada ciclo produtivo da sociedade são efetuadas, inexoravelmente, alterações nas condições iniciais do sistema social, adicionando ou subtraindo, gradual e sistematicamente, novos elementos ao contexto, os quais modificam ou transformam a realidade em um movimento dialético e histórico.

Para compreensão do processo de reprodução social, SAMAJA (2000:73) elabora um esquema de análise, que permite para fins didáticos, separar as dimensões que compõem esse movimento de conformação, consolidação e transformação da organização social, aos quais nomeia como: reprodução biológica (bio-comunal), reprodução da autoconsciência e conduta (comunal-cultural), reprodução econômica (societal), e reprodução ecológica-política (estatal).

- A dimensão bio-comunal refere-se à reprodução cotidiana das condições necessárias de existência humana e a reprodução dos organismos sociais – o corpo e as inter-relações comunitárias que sustentam a vida e a permanência dos corpos;
- A dimensão comunal-cultural como a reprodução da autoconsciência e da conduta humana - produção, manutenção e transformação das redes simbólicas de elaboração e transmissão de experiências e aprendizagem, referidas como processo de socialização;
- A dimensão societal, vinculada à esfera econômica, da produção da vida material que envolve as relações entre classes sociais - produção, distribuição e consumo;
- A dimensão ecológico-política, materializada nas condições ambientais (macrocenários) e nas relações de interdependência entre as demais dimensões (p.73-80).

O importante dessa teoria, complementar a abordagem Matusiana (1997) sobre o processo de produção social, são os elementos que oferece como possibilidade de análise da realidade social, permitindo identificar diferentes fatores que incidem sobre o processo de saúde-doença-cuidado. Com a mediação desse arcabouço analítico, tem-se hoje no campo da saúde coletiva um conjunto de estudos⁵³ relacionados às formas de adoecimento e morte em populações, às políticas de saúde e a organização dos serviços.

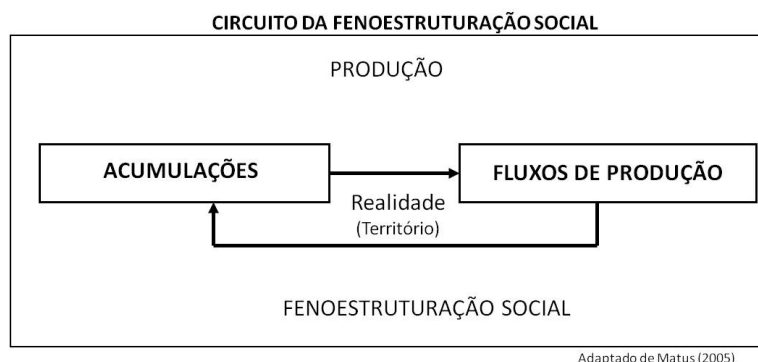
⁵³ Os estudos a seguir são relevantes para consolidação da abordagem espacial no campo da saúde coletiva e nas práticas da saúde pública, no entanto não são os únicos nem esgotam a produção

De um lado, os estudos sobre os processos de reprodução social e sua relação com as estruturas de classe, que apontam dificuldades em sua operacionalização, e de outro, estudos que utilizam o conceito de espaço socialmente construído, na análise da produção de territórios, na abordagem espacial epidemiológica e na associação entre níveis de saúde e fatores de vizinhança. Estes últimos têm evoluído das abordagens físico-locacionais para as sócio-relacionais, aumentando consideravelmente sua produção, principalmente nos estudos da distribuição espacial de eventos de saúde e das desigualdades sociais (BARATA, 2005).

4.1. O Processo de Produção Social – uma teoria, um jogo

O homem é um produtor da realidade social. Existem fatos e coisas que ele cria, e essas criações não são necessariamente acontecimentos e objetos produzidos pelo esforço humano, mas também porque acreditamos e pactuamos socialmente que elas existem e que podem ser úteis no jogo social (MATUS, 2005:272).

As criações humanas são, em essência, fluxos de produção, que podem ser convertidos em acumulações. Se houver acumulação elas cumprem as funções atribuídas pelo homem - fazem parte da fenoestrutura social ou do capital social.

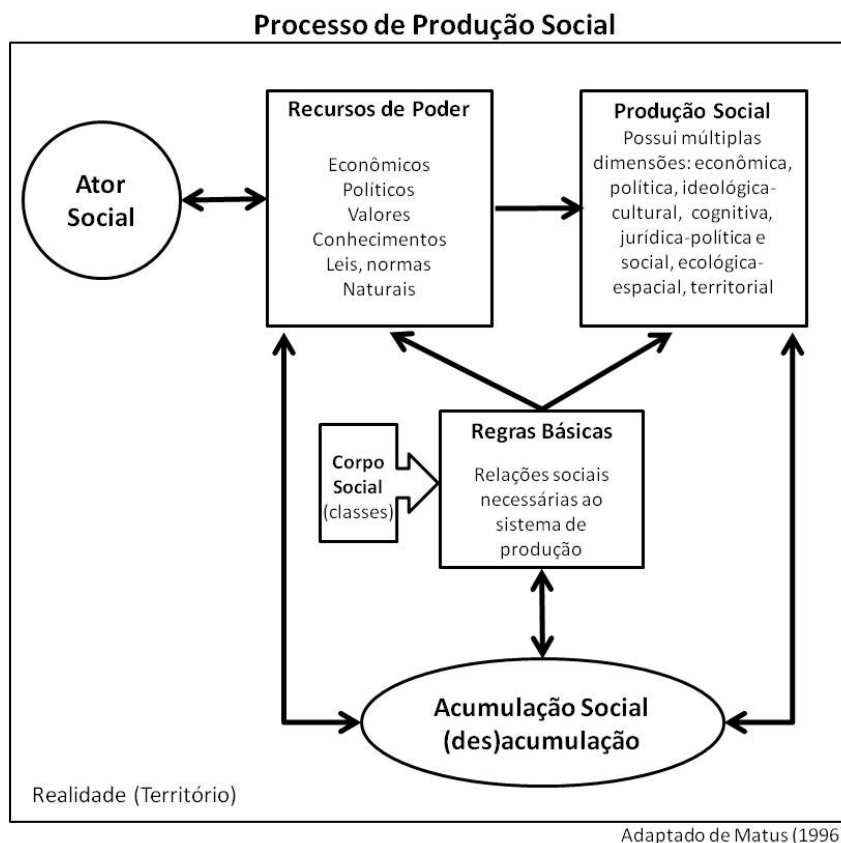


O que é comum a todas as fenoestruturas é que constituem capacidade de produção de fatos políticos, econômicos, organizativos, cognitivos, comunicacionais, etc., de bens e

acadêmica nessa área: BARCELLOS, 1991, 1996, 1998, 2000, 2002; BRAGA, 1997; CARVALHO, 1997; WERNECK & STRUCHINER, 1997; LEAL, 1997; PEITER, P. & TOBAR, 1998; CARVALHO & CRUZ 1998; SCHRAMM, & SZWARCOWALD, 1998; SZWARCOWALD, 1999; SANTOS 1985, 1988, 1994, 1996, 1997,1998; XIMENES, 1998; ROJAS & BARCELLOS; CAMPOS & CARVALHO, 2000; SANTOS & CARVALHO, 2000; SANTOS et al, 2001; ANDRADE & SZWARCOWALD, 2001; SANTOS & NORONHA, 2001;KAWA & SABROZA, 2002; SOUZA et al, 2001; KAWA & SABROZA, 2002; ROJAS & BARCELOOS 2003; CARVALHO & SANTOS, 2005; MONKEN & BARCELLOS, 2005; PEITER, 2005; SANTOS et al, 2007; GONDIM et al, 2008; MONKEN et al, 2008.

serviços, de valores. Isto é, são capazes de gerar fluxos de produção (MATUS, 1996, 2005).

Nessa concepção existe simultaneamente, um conjunto de coisas e fatos que não tem função atribuída (o capital bruto) e servem como reserva para o futuro, e aqueles que têm função atribuída (o capital social). Tudo que é produzido pelo jogo social é, por conseguinte, também sua capacidade de produção.



Para entender o processo de produção MATUS (2005) destaca quatro resultados daí decorrentes:

- a) *produtos-fluxos*: como fatos e objetos de uso – coisas materiais ou imateriais com funções atribuídas de uso terminal ou intermediário (bens, serviços, fatos, conceitos, símbolos, etc);
- b) *produtos-acumulações*: como meios institucionais, de capital ou de produção - conjunto de capital social voltado para produzir os fluxos (instituições, organizações, sistemas, equipamentos, conhecimentos, valores, etc.);
- c) *atores e pessoas*: são as fenoestruturas humanas, geradas pela transição de seres biológicos sociáveis em atores sociais e pessoas, com interior rico, criativo, desigual e variado (com atributos cognitivos, emocionais e valores);

d) *regras*: como normas (explícitas ou tácitas, constitutivas ou reguladoras), de constituição e convivência social, exigência fundamental pela coordenação do processo de produção do jogo social (MATUS, 2005:273).

Para tornar claro o processo de produção social MATUS (1997; 2005) faz uma analogia com um jogo. O jogo como algo conflitivo e conflitante. Orientado por regras e jogadas, que permitem aos jogadores predizerem os resultados. Ao mesmo tempo, admite também a possibilidade de mudança nas regras durante o desenvolvimento do processo, na medida em que, a realidade muda a cada momento e a cada nova realidade corresponde à superação da anterior (MATUS, 2005).

Na perspectiva do jogo, os recursos de cada jogador também podem aumentar, diminuir ou mudar de qualidade. As jogadas significam os movimentos necessários para que os jogadores alterem suas acumulações, analogamente, como os atores sociais na vida cotidiana alteram a situação em que estão imersos através da ação humana. Assim, os fluxos de produção (as jogadas) permitem aos jogadores acumular ou desacumular recursos, alterando-se as fenoestruturas. Ou seja, os fluxos de produção se fenoestruturam como acumulações, como alterações nas relações de poder ou de força.

Considera-se que as regras básicas (genoestruturas) são também produções sociais. São códigos que dão identidade ao jogo e o faz singular - único. São elas que definem quem são os jogadores, quantos podem entrar no jogo e a capacidade de produção de jogadas de acordo com os recursos disponíveis. O convívio dos atores sociais com outras pessoas vai exigir a definição do que é permitido, reconhecido ou proibido no jogo social.

Da mesma forma, as regras sociais permitem ao ator social avaliar dentre um conjunto de possibilidades quais as que podem ser escolhidas para guiar suas ações em relação aos outros, e calcular também qual a ação que os outros podem realizar. É a partir do outro que surgem os dois conceitos básicos do jogo social: liberdade e igualdade. Ambos constituem parte essencial da intencionalidade coletiva, no entanto, é preciso um equilíbrio entre ambos, pois o extremo de liberdade individual se contrapõe ao princípio da igualdade. Essa regra básica é estratégica no campo da saúde e na produção de saúde nos territórios em função das desigualdades e iniquidades ali materializadas.

Na realidade social, diferentemente de um jogo com regras rígidas e estruturadas,

podem ocorrer ‘jogadas muito exigentes de recursos, capazes de mudar as regras’. Neste caso, o objetivo dos jogadores não é apenas ganhar o jogo, mas ‘ganhá-lo em condições excepcionais que permitam consolidar as regras vigentes ou alterá-las, a tal ponto que se conforme em um novo jogo’ (MISOCZKY, 2002). Essa é uma reflexão central para as políticas de saúde que se pretendem atender as múltiplas realidades locais.

Para ganhar ou mudar as regras, o ator social deve realizar uma sucessão criativa de jogos - distintos e desconhecidos (cenários prospectivos) que se encadeiam no tempo. Essa cadeia de jogos não tem um final fechado, está sempre aberta às capacidades criativas dos jogadores. Cada novo jogo da cadeia teria distintas regras (genoestruturas), e a mudança de um jogo para outro dependeria do peso e poder acumulado durante um jogo pelos jogadores interessados na sua transformação em outro.

Assim, as acumulações (fenoestruturas) e os fluxos (a produção) existem ou se realizam ininterruptamente em todos os espaços onde se produz o jogo social, enquanto as regras (genoestruturas) determinam as formas de estruturação do território. Estas últimas são mais estáveis e para alterá-las demandam vários recursos de poder. Além disso, existem conflitos neste processo - os decorrentes da concorrência entre os atores sociais - jogadores, para alcançar objetivos excludentes dentro do jogo (acumular mais recursos de poder), e aqueles cuja finalidade é mudar de jogo.

Por isso, no que tange às regras é importante compreender a relação de força entre os atores sociais e suas capacidades (recursos) para jogar. Saber, a priori, que há uma relação de reforço recíproco e de condicionamento mútuo entre as acumulações (fenoestruturas) e as regras (genoestruturas). “*As regras básicas definem o espaço de variedades das relações de forças, enquanto que as relações de força condicionam o espaço de variedade das regras básicas possíveis*” (MATUS, 1996:120). No entanto, elas também são um produto social, ‘os atores sociais produzem fatos que se transformam em regras - genoestruturam’, e o fazem de acordo com as relações de forças prevaletentes em cada situação.

“Os atores sociais podem produzir mudanças nos fluxos de produção que alteram as fenoestruturas, e estas últimas podem abrir o caminho para a produção de fatos que alterem as genoestruturas. A estratégia consiste em percorrer uma cadeia de eventos, que começa pela produção de fatos situados dentro do espaço de nossas capacidades atuais e que têm como efeito sua ampliação” (MATUS, 1997:121).

4.1.1. Ator Social - jogador situado

MATUS (1996) define o ator social como aquele que possui recursos (capacidade) para intervir. Para tanto, indica alguns requisitos que este deve preencher:

“(...) sua ação deve ser criativa, não segue modelos, é singular e único como ente com sentidos, cognição, memória, motivações e força, é produtor e produto do sistema social; ter um projeto que orienta sua ação, mesmo que seja inconsciente, errático ou parcial; controlar uma parte relevante do vetor de recursos críticos do jogo, ter capacidade para acumular ou desacumular forças e, portanto, ter capacidade para produzir fatos no jogo social; participar de um jogo parcial ou do grande jogo social, não é um analista ou simples observador; ter organização *estável* que lhe permite atuar como peso de um coletivo razoavelmente coerente; ou, tratando-se da exceção aplicável a uma personalidade, tem presença forte e *estável*, o que lhe permite atrair, com suas idéias, uma coletividade social; poder ser um ator-pessoa ou um ator-grupo, no caso de que se trate de um líder ou de uma direção de uma organização; é um jogador real que acumula perícia e emite julgamentos, não uma ficção analítica; é um produtor de atos de fala e de jogadas (p.204)”.

Nessa perspectiva, a constituição do ator social está associada à capacidade de ação e a relação com o coletivo. No entanto essa condição não deve ser confundida com o centro de poder que ele controla. O interesse do ator em certos jogos, ou mesmo em disputa por algum tipo de capital em um campo social (BOURDIEU, 1989, 1996), não é arbitrário ou instável, pauta-se por uma lógica que equivale a uma estrutura ideológica (genoestruturas), forjada no corpo social, e que também se materializa no espaço do território.

Como a realidade não é igual para todos, cada ator a vê com suas próprias ‘lentes e a compreende com diferentes palavras, teorias, juízos de valor (analítico e intuitivo), informações, princípios, sensibilidade, acumulações de tradições e capacidades de leitura do mundo que o rodeia. O jogo social não oferece nem posições nem ganhos iguais para todos. Todos e cada um estão marcados por suas experiências, circunstâncias e formação intelectual, intuitiva e moral (MATUS, 2005:177).

Nessa direção a realidade deve ser entendida como uma ‘situação’, como algo pessoal para cada jogador (ator social). O jogo social exige diferenças, se não fosse assim não seria um jogo de conflito e cooperação em relação com os outros. O conflito e a cooperação são elementos inerentes ao cotidiano, ao entorno imediato – debatemos,

competimos, pactuamos, temos amigos e adversários. No entanto quando a contradição está relacionada a eventos em lugares remotos, ao contrário, o conflito é mediado pelo anonimato, pela distância e o desconhecimento recíproco dos atores. Os fatos tornam-se mais afastados, por isso, a idéia de conflito exige um ‘olhar o mundo’ em sua totalidade sobre diferentes pontos de vista – situacional.

4.1.2. Situação - qualidade intrínseca ao ator social

Um conceito central da teoria da produção social é o de ‘situação’. É crucial para compreensão da relação entre ‘o um’ e ‘o outro’ de modo a tornar claros seus pontos-de-vista. Dessa forma a situação especifica *quem* está explicando a realidade e *quem* se identifica com determinada leitura da mesma. “*Cada ator avalia o jogo social de modo particular e atua segundo sua própria interpretação da realidade*” (HUERTAS, 1996:33).

MATUS (2005:178) afirma que ‘o conceito de situação tem pouca tradição acadêmica’, isso por que o pesquisador analisa a realidade com os olhos da ciência – deseja compreender o mundo a partir do recorte de seu objeto de estudo. Ou seja, nem sempre está relacionado com a ação, com a transformação, apenas com o compreender por compreender a partir de sua sala de investigação⁵⁴ - um espaço onde a realidade pode ser reduzida a números, teorias e simulações.

No entanto, o autor alude o conceito a contribuições ilustres de longo tempo: a GRAMISCI (1988) a análise da correlação de forças e dos conceitos de estratégia, tática e plano estratégico. Também efetuou distinção entre movimentos e fatos orgânicos e movimentos e fatos conjunturais ou ocasionais, que ocorrem em dada *situação*. Para este pensador crítico, o conceito de situação não se restringe a uma apreciação do presente, mas também é categoria fundamental para explicar o passado, entender a história, pensar e construir o futuro (MATUS 2005:179).

Com isso, Matus parte da reflexão Gramisciana e efetua sua crítica ao conceito de causalidade nas ciências sociais por entendê-lo parcial para análise da realidade.

⁵⁴ As atuais ‘salas de situação’, sugeridas por Matus (1987), preenchem o imaginário e os dias de epidemiologistas e tecnocratas da política e gestores do sistema de saúde, na tentativa de inventar uma ‘realidade aprisionável, previsível e imóvel’. Assevera-se a importância das salas de situação para análise e sistematização de informação, porém tem-se claro que o lugar da ação-transformação é o território-vivido, em movimento, preenchido por atores sociais em disputa (grifo nosso).

“A sensação de mutilação, vazio mecânico, falta de representatividade e insuficiência do conceito de ‘causalidade’ (...) provocada pela leitura de algumas teorias, certamente está associada à necessidade, às vezes meramente intuitiva, do conceito de ‘situação’. Nem a história, nem o futuro podem ser compreendidos apenas como uma cadeia de feitos inserida numa malha de relações causais. (...) A história e o futuro são também uma malha de sentido, motivacionais, ininteligíveis sem o conceito de situação. Nas ciências sociais, as conexões motivacionais estão sempre por trás das conexões causais” (MATUS, 2005:179).

São dos filósofos e psicólogos (Heidegger, 1927; Sartre, 1942; Gadamer, 1997; Ortega Y Gasset, 1936), que vêm as contribuições mais enriquecedoras do conceito de situação. Aludem a idéia de ‘se estar envolvido em uma situação’, de ‘ser e fazer em uma situação’, além de ‘conhecer e explicar em uma situação’ – encontrar-se, localizar.

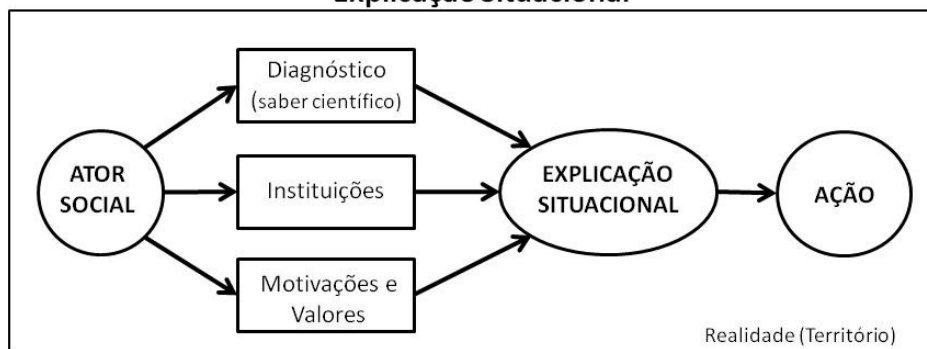
De ORTEGA Y GASSET (1936) incorpora a idéia de razão vital - indispensável à ação, acima da razão absoluta – da verdade, do ideal. Dessa abordagem, depreende que o contexto situacional complementa os discursos nas negociações, do mesmo modo como o contexto situacional complementa a explicação do texto situacional pertinente à prática da ação. O significado não existe fora da situação (MATUS, 2005:183).

Já GADAMER (1997:451), se vale do ponto de vista que afirma a impossibilidade da explicação objetiva e completa da realidade na qual estamos situados. Ou seja, o fato de se estar inserido na realidade, e nela sempre em situação, para conhecê-la e explicá-la desde dentro. O fato de se ‘estar nela’, não permite explicá-la por completo. Portanto, uma asserção sobre a realidade social não é independente de *quem* a profere, *para quê*, a partir de *qual* situação e *em face de quais outros* o faz (MATUS (1997:451).

Na explicação situacional distingui-se o diagnóstico da situação. No primeiro a descrição é impessoal feita na terceira pessoa. Na segunda, fala-se na primeira pessoa, remete e expõe o sujeito que fala - eu digo, eu faço, eu penso. No diagnóstico por sua cientificidade, não há necessidade de identificar o autor da explicação, é válido pelo rigor e poder da explicação.

Na situação, como explicação prática de um ator no jogo social, só é válida se este for identificado e se responsabilizar pelo que diz. Eis o poder explicativo da situação: o ator situado, em uma posição, territorializado.

Explicação Situacional



Adaptado de Matus (2005)

4.1.3. Ação Social – intencional e reflexiva

Qualquer jogada, caracteriza uma ação, um movimento de um jogador (ator social) que tem como referência o outro. "A ação social não existe sem o jogador que a realiza e sem o 'outro' que é afetado por ela" (MATUS, 2005:305). Esse movimento de jogar tem um início acordado e definido, porém seu final é impreciso e foge a qualquer decisão inicial. Assim, se caracteriza por ser: "(a) imprevisível quanto a suas conseqüências; (b) ilimitada quanto aos seus resultados; e (c) irreversível quanto a seus efeitos" (ARENDDT, 1997 Apud MATUS, 2005:306)

Nesse sentido a ação social não ocorre sem a presença e a participação do outro. Não há ação isolada. O que alguém começa só o outro pode terminar e vice-versa. Isso quer dizer que haverá sempre cooperação – a resposta de um ator a jogada do outro é obrigatória, mesmo que esta seja prejudicial ao outro (MATUS, 2005:306).

A cooperação na ação social não é ajuda, nem apoio ao sucesso da jogada do outro, o que interessa é a necessidade de resposta diante de um novo fato produzido. Nesse sentido o outro coopera com o resultado, defendendo-se ou atacando, ou mesmo sendo indiferente.

"A ação não tem um significado absoluto ou igual para todos os atores. A ação tem uma interpretação situacional, e seu significado será ambíguo se não se explicitarem o contexto situacional e a intenção do autor. As ações das pessoas ou dos atores sociais ultrapassam os limites daquilo que eles afirmam fazer. Em outras palavras, a ação é suscetível de várias interpretações situacionais." (MATUS, 1996:158)

Por isso, a teoria da ação pode ser considerada uma ferramenta do homem no mundo, como o meio para transformar a realidade e a si próprio, e como uma resposta as

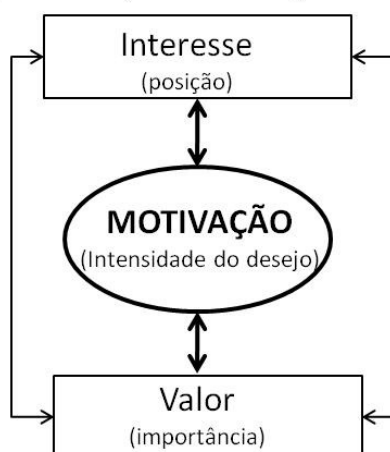
motivações diversas e mutáveis. Nesse sentido, a ação não pode ser predizível, convertida em conduta, transformada em modelo - algo que faz desaparecer a criatividade do ator.

Sua característica principal é ser intencional e reflexiva por meio da qual o autor da ação espera alcançar, conscientemente, determinados resultados. Para trabalhar com a taxonomia intencional e reflexiva, MATUS (1997) recorre às análises de HABERMAS (1987, 1989) sobre a ação teleológica e a ação comunicativa.

4.1.4. Motivação do Ator – interesse e valor

A posição (interesse) do ator no jogo determina sua intenção de jogar. Para verificar se a posição escolhida é adequada ao jogo, e quais as chances do ator, MATUS (1996) propõe uma matriz que identifica seis atitudes possíveis em relação ao ator que joga: 1) apoio; 2) oposição; 3) indiferença pura - uma posição definida e associada ao baixo valor conferido pelo ator; 4) indiferença tática - a ocultação temporária do real interesse sob a forma de aparente indiferença; 5) indiferença inconsciente - quando a operação ou o tema em jogo não são do interesse do ator; 6) indiferença por indecisão - de posição que leva a adiar qualquer pronunciamento, até que o ator conheça a posição dos outros ou avalie melhor seu próprio interesse, essas atitudes são estratégicas para definir o encaminhamento das jogadas de cada ator (MYZOSCZKY, 2002:12).

Campo de Força da Motivação do Ator



GONDIM, G.M.M., 2010. Elaboração própria a partir de Matus (1996)

Por seu lado, o valor de uma jogada leva em conta o quanto que o ator confere de credibilidade e confiança a uma operação (jogada) ou tema, diante dos objetivos que

deseja perseguir. O valor ou a importância que o ator investe, vai depender de algumas condições - o impacto das operações, ou da inclusão do tema na agenda política, sobre as acumulações (patrimônio ou distribuição de poder) política, econômica, cognitiva e organizativa do ator e de seus opositores. O autor propõe para qualificar esse valor uma escala que varia e indica se muito alta, alta, média, baixa, muito baixa e nenhuma.

A mensuração do valor atribuído a cada jogada é condicionada pelo contexto do jogo, refere-se à situação ou o momento em que a ação se desenrola; do papel das operações na ação teleológica e reflexiva, e do papel que esta desempenha na ação dos outros jogadores. É no interior desse cálculo que a motivação do ator se expressa - no encontro entre o interesse e o valor dado pelo ator no momento do jogo. Cria as condições para o fortalecimento do ator – sua força, seu poder.

4.1.5. Poder do ator – interação de força

O poder do ator social se relaciona fortemente com a motivação que tem em relação ao jogo. O poder expressa, em operações, à capacidade de sustentar o desejo durante todo o processo. A definição de poder indicada por MATUS (1996) se opõe a noção Weberiana (WEBER, 1997)⁵⁵ que dá ênfase ao resultado, ou seja, entende que a imposição de desejos a outro jogador é apenas uma das conseqüências possíveis do uso do poder, mas não a única.

Além disso, esse tipo de ênfase não permite entender a natureza do poder, foca apenas os aspectos afeitos aos resultados, como se ‘poder’ fosse sinônimo de força aplicada. Por efeito, esse pensamento leva a crer que a realidade só pode ser pensada em branco e preto, sem nuances, deduzindo que qualquer ator que não consegue impor sua vontade a outro não possui poder sobre este. Isso para Matus é uma falácia (MYZOSZKY, 2002:12).

“A primeira crítica refere-se à necessidade de estabelecer, com rigor, a

⁵⁵ Em Weber (1997, p.43), o poder é sociologicamente sem sentido, há uma série de circunstâncias que colocam uma pessoa na posição de impor sua vontade. Coloca o conceito de dominação como mais preciso: a probabilidade de que um mandado seja obedecido. Portanto, o poder é: (...) a possibilidade de que um homem, ou um grupo de homens, realize sua vontade própria numa ação comunitária, até mesmo contra a resistência de outros que participam da ação. (Weber, 1982, p.211)

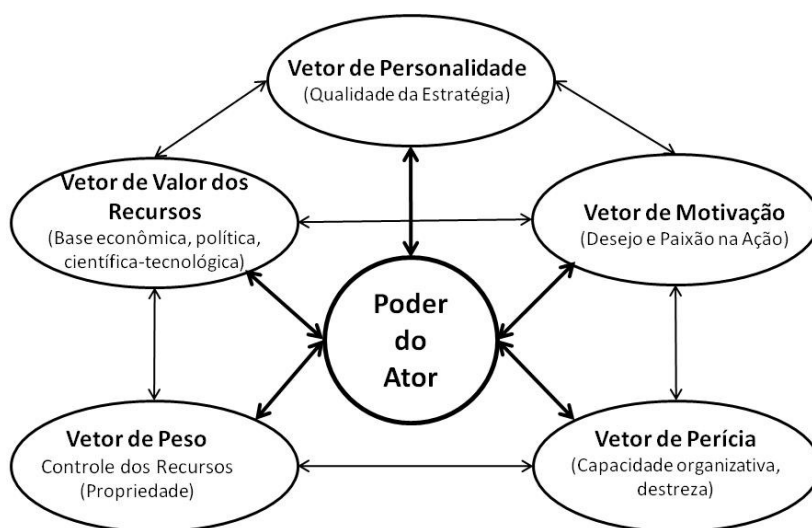
diferença entre poder, força e força aplicada ou pressão. A segunda crítica deixa clara a conveniência de reconhecer que o boxeador derrotado por outro que lhe impôs sua vontade tem algum poder, pois resistiu em vez de entregar-se. Ou seja, mesmo no pior dos casos, um ator fraco impõe a um ator forte a necessidade de que este use algum poder” (MATUS, 1996, p.111).

Assim, a força de um ator traduz-se em capacidade de produzir, a qual o permite desenvolver ações (não sempre vitoriosas) em uma interação conflitiva ou cooperativa. O poder reside na posse de meios e em características pessoais que atribui ao ator força para agir. Um ator tem poder se possui habilidade de fazer acontecer, de produzir resultados intencionais. Pode-se decompor o poder do ator em alguns elementos:

1. A personalidade - refere-se a um dos pilares da força, alusivo às características invariáveis das pessoas, como inteligência, criatividade, carisma, rebeldia, tenacidade, audácia, etc.;
2. O controle de recursos disponíveis pelo ator (a propriedade), como a posse de recursos e sua utilização, mesmo que circunstancial. Denominada de vetor de peso de um ator;
3. A organização, que vai permitir ao ator controlar os recursos disponíveis contidos no vetor de peso. Esse elemento do poder se define como o grau de perícia do ator em realizar as jogadas - representa uma capacidade desigual de produzir fatos com eficácia. Chamada de vetor de perícia tem dupla conotação - perícia pessoal ou de comando e perícia organizacional.
4. A paixão, relacionada à forma como o ator realiza a análise situacional, a importância e os interesses, as afinidades e as disputas com outros atores, e que amplia suas energias e capacidade de atuar;
5. A os conhecimentos econômicos, políticos e de ciência e tecnologia, como ferramentas que potencializam a arte de jogar. Quando dominados pelo ator, lhes dão vantagens sobre aqueles menos informados nestes campos, constituindo-se no Vetor de Valor dos Recursos (MATUS, 1996).

A força/poder do ator não possui expressão concreta, específica, constante e enumerável, como pode dar a entender o esquema analítico abaixo. Ao contrário, o poder se constituiu no conjunto de recursos e capacidades que permitem ao ator enfrentar outro jogador em um jogo concreto.

Elementos Constituintes do Poder do Ator (Força)



GONDIM, G.M.M., 2010. Elaboração própria a partir de Matus (1996, 2005)

Por isso, o poder não existe em si mesmo, só se materializa pelo seu uso em contexto específico. Seu conceito prático é inseparável da situação concreta em que se especifica. No entanto, do ponto de vista da análise aquilo que lhe é relevante pode ser enumerável por meio da identificação dos recursos utilizados em cada caso.

Nesse sentido, a força/poder de um ator se expressa *“pelo o grau de precisão do controle direto e indireto que esse ator possui sobre o vetor de recursos críticos do jogo, ponderado pelo grau de perícia com que é capaz de manejar cada recurso e o grau de desigualdade no domínio científico-tecnológico revelado para cada recurso”* (MATUS, 1996:124).

O estudo de MATUS (1993, 1996, 1997, 2005) sobre o poder e sua analogia com o jogo, além de fascinante, é extremamente útil na formulação de políticas públicas – universalistas e democráticas e no processo de trabalho em saúde em territórios delimitados. Oferece além das ferramentas do PES para o exercício do planejamento e programação local, elementos teóricos e práticos que podem contribuir para legitimar a política e ‘empoderar’ atores, para consolidar o modelo de atenção e as propostas de organização das práticas sanitárias locais. A aplicação dessa teoria nos territórios de atuação da ABS/ESF pode ser uma ferramenta poderosa de negociação e pactuação entre equipe de saúde e comunidade, na busca de estratégias mais adequadas para consecução do plano de ações.

No entanto, é preciso entender, que esse arsenal cognitivo e tático esta colocado para viabilizar à ‘ação’, a ‘práxis’ em espaços concretos, aos quais denominamos ‘territórios’, ou seja, não basta a teoria e não bastam às normas e as leis, é preciso que outros atores sociais conheçam as regras do jogo, para poder jogar do lugar onde cada um se situa – fazer a política, legitimar ‘a política’.

4.2. Modelos de Produção Social da Saúde

De acordo com MENDES (1996:236-243), os modelos de atenção ou modelos assistenciais voltados para a produção social da saúde, são aqueles cujos pressupostos imprimem no campo da saúde transformações no sistema de crenças sobre o processo saúde-doença para situar esse duplo no movimento de produção e reprodução da vida em sociedade; no conjunto de conhecimentos, cultura, códigos, técnica e tecnologias que compartilham a sociedade se configurando em um novo paradigma sanitário, e nas formas como a sociedade se organiza para dar respostas aos problemas e as necessidades em saúde – as práticas sanitárias.

Para TEIXEIRA & SOLLA (2006) a discussão sobre modelos assistenciais é fruto de um conjunto de reflexões teóricas sobre diferentes elementos do campo da saúde coletiva e dos sistemas de saúde, os quais inquietaram, àquela época, pesquisadores militantes da RSB na perspectiva de buscar caminhos para mudanças. Referem-se às práticas médicas e os movimentos ideológicos surgidos nos anos 70 - a medicina comunitária (DONNANGELO, 1975, 1976) e a medicina preventiva (AROUCA, 1975); aos determinantes do processo de trabalho em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1979; 1994) e as formas de organização das práticas de saúde no Brasil, de um lado a medicina previdenciária (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1979) e de outro a medicina de grupo (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1984; CORDEIRO, 1984).

Ainda segundo os autores, a abordagem sobre ‘modelo’ no campo da saúde, estão circunscritas a duas grandes reflexões conceituais, aquelas que se apóiam no referencial teórico do processo de trabalho em saúde, nomina-o como ‘modelo assistencial’, e as que o concebe a partir de uma perspectiva sistêmica para situá-lo como um dos componentes centrais de um sistema de saúde, denominando-o de ‘modelo de atenção’. Os primeiros asseveram que um ‘modelo assistencial’ não pode ser entendido de forma simplista como organização de serviços de saúde, nem como padrão administrativo de

gestão e gerência de sistemas de saúde. Caracteriza-se por uma combinação de conhecimentos – teóricos e práticos, e técnicas – métodos e instrumentos, objetivados para resolver problemas e atender a necessidades de saúde de indivíduos e grupos sociais. São formas de organizar as relações técnicas e sociais entre diferentes atores que desenvolvem o trabalho em saúde (profissionais e usuários), recorrendo às tecnologias (materiais e imateriais), com o propósito de intervir sobre problemas (riscos, causas e danos) e necessidades de saúde, marcadas pelas formas históricas de organização da sociedade (PAIM, 1993, 1998, 1999)

Os segundos, ao conceberem o ‘modelo de atenção’ partem do referencial do ‘modelo assistencial’ para incorporar, de forma sistêmica, algumas dimensões do processo de trabalho e das práticas sanitárias em um conceito ampliado. Nesta proposta, as dimensões vão traduzir, simultaneamente, os mecanismos de condução do processo de organização das ações e serviços (dimensão gerencial); as relações que se estabelecem entre unidades de prestação de serviços, atentando para a hierarquização tecnológica necessária aos níveis de complexidade do cuidado (dimensão organizativa), e a mediação de saberes e tecnologias (dimensão operativa), acionadas a partir das relações entre os agentes das práticas de saúde e os objetos do trabalho, de modo a realizar intervenções (ações de promoção, prevenção de risco e agravos e recuperação e reabilitação) compatíveis aos diferentes planos dos problemas e das necessidades em saúde (TEIXEIRA & SOLLA, 2006:25).

Em relação a essa discussão, tomaremos nesta tese, as duas conceituações como ‘semelhantes do ponto de vista conotativo, dado que uma e outra traduzem os movimentos de organização do sistema de saúde, das práticas sanitárias e do processo de trabalho e se colocam como elemento central e orientador de um sistema de saúde. O que interessa, é situar e contextualizar as propostas de mudança nesses arranjos assistenciais ou à saúde, destacando àqueles onde a incorporação da categoria ‘território’ se coloca como nova racionalidade técnica-política e estratégica para adequar a oferta e o acesso ao cuidado pela população.

Nesse sentido, explicita-se que várias propostas foram sugeridas como ‘novos modelos de atenção’, a partir dos anos 80, de modo a efetuar mudanças efetivas nos modos de pensar e fazer saúde no Brasil. Essas abordagens foram chamadas de ‘modelos alternativos’ pautados em uma concepção ampliada do conceito de saúde, que entende a

saúde como produção social. No entanto, há uma vasta taxonomia sobre o que se considera como Modelos Alternativos.

SILVA JUNIOR (2006) faz uma diferenciação entre Modelos Hegemônicos e Modelos Alternativos. Nestes últimos situa desde a ‘Medicina Comunitária’ iniciada na década de 40, passando pelos ‘Sistemas Locais de Saúde (SILOS)’ propostos para América Latina pela OPS; as ‘Cidades Saudáveis’ surgida no Canadá e encaminhada pela OMS; os ‘Distritos Sanitários’ na Bahia; a ‘Saudecidade’ em Curitiba, e, ‘Em Defesa da Vida’ na UNICAMP. Em cada um deles analisa a concepção de saúde-doença, a hierarquização e os tipos de unidades de serviços, a intersectorialidade, as dificuldades e obstáculos.

TEIXEIRA & SOLLA (2006), diferenciam os modelos alternativos em relação ao seu foco - no nível micro ou macro do processo de trabalho em saúde. Assim situam na abordagem micro ‘Em defesa da Vida’ e as “Ações Programáticas de Saúde”, e a ‘Promoção da Saúde’, as ‘Cidades Saudáveis’, a Vigilância da Saúde e a Saúde da Família como aqueles que caminham na direção de uma abordagem macro do processo de trabalho com ênfase em aspectos técnicos e organizacionais da totalidade das práticas de saúde, tomando como referência a noção de integralidade da atenção.

Nesta tese, deu-se aos dois modelos alternativos selecionados – Promoção da Saúde e Vigilância da Saúde, a denominação de ‘modelos de produção social da saúde’, os quais agregam elementos estratégicos do ponto de vista conceitual e operacional para análise dos sentidos da categoria ‘território’ na fala do gestor federal, e sua incorporação e apropriação no campo das práticas de saúde e da organização dos SUS. A escolha dos modelos de Promoção Saúde e de Vigilância da Saúde deu-se por indicações da literatura e por apresentarem em seus pressupostos, maior aderência às questões de estudo e a reflexão que se deseja realizar ao final da investigação.

4.1.1. Promoção à Saúde

A Promoção da Saúde se insere como um dos modelos de atenção à saúde, voltada para produção social da saúde, por conter em seu arcabouço teórico e em suas recomendações operacionais, conteúdos que orientam a formulação de políticas e as

intervenções de saúde na perspectiva dos coletivos humanos e das comunidades, como estratégias para fortalecer suas capacidades individuais e coletivas (LALONDE, 1974).

O marco inicial da Promoção é Relatório Lalonde elaborado pelo Ministério da saúde do Canadá em 1974, faz a síntese de um conjunto de idéias que apontam como eixo central das intervenções em saúde ações que capazes de imprimir ao comportamento das pessoas e dos coletivos hábitos saudáveis. Segundo CARVALHO, 2004:1082, o documento procura *“elaborar um arcabouço conceitual sobre a saúde que fosse intelectualmente aceitável e suficientemente simples para permitir uma rápida localização perante qualquer idéia, problema ou atividade relacionada à saúde: uma espécie de mapa do território da saúde”*.

O modelo de análise proposto descreve como fatores contribuintes para o processo saúde-doença quatro dimensões explicativas que se inter-relacionam: a ambiental, incluindo o ambiente natural e construído (social), os estilos de vida, situando os comportamentos relacionados a pessoas e grupos que podem afetar a saúde; a biologia humana, fatores genéticos e o funcionamento do corpo e a organização dos serviços de saúde, como possibilidade de recuperação da saúde.

Embora essa abordagem tenha ocupado um espaço importante no campo das formulações políticas em saúde, em âmbito nacional e internacional, o fato de voltar-se para ações de controle sobre os comportamentos humanos, sem a correspondente contextualização dos fatores que condicionam tais comportamentos, como os determinantes mais gerais dos modos de vida de uma sociedade, fez com que alguns pesquisadores face ao baixo impacto das intervenções sobre os estilos de vida, propusessem um enfoque ampliado sobre as causas sociais da não-saúde (CARVALHO, 2002; HYNDMAN, 1998).

A crítica ao enfoque ‘behaviorista’ do primeiro momento da Promoção à Saúde estimula o surgimento de uma corrente socioambiental denominada ‘Nova Promoção à Saúde’ a qual introduz novas idéias, linguagens e conceitos acerca do que se entende por saúde e aponta novos caminhos para a produção da saúde. Essa perspectiva culmina com a Conferência Internacional de Promoção à Saúde em 1986 no Canadá, e com a Carta de Ottawa na qual a promoção está conceituada como um processo de capacitação da

comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo.

No Brasil, a Promoção à Saúde se constitui como campo em construção e em constante desenvolvimento consolidado a partir de um conjunto de reflexões e práticas comprometidas com a superação do atual modelo médico-assistencialista. Esse referencial teórico, parte do conceito positivo e ampliado de saúde e do processo social de sua produção.

“A saúde não é simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, mas um direito humano a ser conquistado: para atingir um estado completo de bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” (BRASIL, 1996, p. 6).

Nesse sentido tem sido capaz de reunir conhecimentos interdisciplinares e mobilizar práticas intersetoriais na perspectiva da expansão de um novo modelo de intervenção para além do enfoque biomédico e da crescente medicalização dos problemas sociais. Tem como imagem-objetivo defesa da vida e o desenvolvimento humano (BUSS & FILHO, 2007).

Para CARVALHO et al (2004), a Promoção à Saúde se desenvolve no interior do processo de mudança na saúde, o mesmo originou o SUS, e consagrado em mais de 20 anos como uma das mais bem sucedidas políticas setoriais brasileiras. Seu desenho institucional democrático e participativo, seu caráter universalista e socialmente redistributivo, e sua qualificação técnica para a oferta de atenção integral à saúde constituem um marco de inclusão social e política, conquistada com base em princípios análogos aos da Atenção Primária em Saúde.

Na perspectiva da ‘Nova Promoção à Saúde’, os determinantes políticos, sócio-econômicos e culturais que incidem no processo saúde-doença tornam-se referencial analítico fundamental tanto para reflexão teórica, quanto para a eleição de políticas públicas, de programas e intervenções voltados para a melhoria da qualidade de vida. Dessa forma, esta proposta transcende ao espaço do setor saúde e cada vez mais se debruça sobre as políticas públicas em geral, num diálogo constante com outros campos, organizações e sujeitos envolvidos nas múltiplas dimensões da vida social (CARVALHO, 2002).

Alguns autores asseveram que no contexto político e sócio-econômico brasileiro, as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde - desemprego estrutural, exclusão social, injustiça fiscal, ineficiência previdenciária, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, dentre outros -, penalizam as camadas mais pobres da população e mantém vasto contingente populacional sob alto risco social e sanitário, impedindo que estas usem de sua liberdade para escolher o melhor modo de levar a vida (ROCHA, 1997; BUSS, 2000).

Para enfrentar esse quadro de injustiça social a Promoção à Saúde coloca-se como uma oportunidade tanto para a formulação da agenda de consolidação do SUS, quanto para a construção de uma nova pauta do setor junto à sociedade. Definir metas e desenvolver ações que venham a requalificar a política de saúde, reerguendo a luta da reforma sanitária em sua dimensão de mudança e de combate as desigualdades sociais, necessária à construção da cidadania, tendo na saúde e na vida com dignidade as direções para transformar as condições de existência e a situação de saúde das pessoas e das comunidades (CARVALHO, 2002; CARVALHO et al, 2004; O`DWYER et al, 2007).

Considera que justiça social, equidade, saneamento, habitação, educação, paz, salário digno, estabilidade do ecossistema e a sustentabilidade dos recursos naturais são pressupostos essenciais para assegurar saúde a população. Recomenda como eixos de suas estratégias e ações: (i) a constituição de políticas públicas saudáveis; (ii) a criação de ambientes sustentáveis; (iii) a reorientação dos serviços de saúde; (iv) o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e (v) o fortalecimento de ações comunitárias.

Destaca-se o conceito de '*empowerment*' incorporado na saúde como 'empoderamento', no sentido de fortalecimento/emancipação, o qual deve ser apropriado pelo conjunto de atores sociais envolvidos com a produção e reprodução das condições de vida e saúde de populações, como uma estratégia de poder capaz de capacitar indivíduos e coletivos humanos, a buscarem maior entendimento e controle sobre suas forças pessoais, sociais, econômicas e políticas, agindo para a melhoria de sua qualidade de vida (LABONTE, 1989; RIGER, 1992; RISSEL, 1994; TEIXEIRA, 2000; O`DWYER et al, 2007).

“Empowerment é um conceito complexo que toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento. É uma idéia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “ação social” presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX” (CARVALHO, 2004:1090).

Amplo e complexo o conceito abriga algumas dimensões que necessitam ser explicitadas para sua melhor operacionalização no âmbito do SUS, principalmente no desenvolvimento de ações junto a populações. Nesse sentido pode significar:

“Um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas” (CARVALHO, 2004:1091).

Alerta-se nessa acepção psicológica, para a possibilidade de erro estratégico, ao se acreditar que o sujeito, na esfera individual e na instância única de suas decisões, acumula poder político (real) suficiente para produção de saúde. Ao se considerar que saúde é uma produção social e se tratando de um sentimento e não de um esforço coletivo implicado com a melhoria das condições gerais de existência, essa dimensão pode se tornar uma ilusão (LABONTE, 1989; RIGER, 1992; RISSEL, 1994; CARVALHO, 2004).

Por outro lado, há a dimensão comunitária do ‘empoderamento’, que resgata a dimensão individual psicológica, para entender que poder é *“um recurso, material e não-material, distribuído de forma desigual na sociedade, como uma categoria conflitiva na qual convivem dimensões produtivas, potencialmente criativas e instituintes, com elementos de conservação do status quo” (CARVALHO, 2004:1091).*

A resignificação e repolitização do conceito têm conseqüências importantes para as políticas, os projetos e os programas voltados para efetivar as estratégias apontadas pela promoção à saúde, cuja finalidade é transformar as condições de desigualdades e as iniquidades sociais. Essa perspectiva pode reorientar a organização das práticas de saúde incorporando os usuários no processo de formulação e implementação das ações de saúde como sujeitos de direito e não apenas como beneficiário dos serviços.

Uma proposta de transformação solicita mais que retórica sobre exclusão e pobreza, requer implicação e participação ativa no enfrentamento dos determinantes sociais, colocando de forma clara as assimetrias na distribuição de poder na sociedade – entre

pobres e ricos; homens e mulheres; pretos e brancos; heterossexuais e homossexuais, de modo que todos possam compreender as tesões na disputa de projetos políticos entre os que exercem a dominação-coerção e os que lutam pela apropriação-resistência.

Portanto, o ‘empoderamento’ na proposta da Promoção à Saúde deve ser compreendido como um recurso fundamental para a sustentabilidade das ações que visam o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas, através de processos participativos que articulem conhecimentos técnicos e populares e mobilizem recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para o enfrentamento e resolução de problemas de saúde e seus determinantes.

Dessa forma, a Promoção à Saúde pode se consubstancia como possibilidade de compreensão do papel dos determinantes sociais da saúde-doença, deslocando o olhar tradicional dos modos de levar a vida - de uma perspectiva fragmentária e individualizante, para outra de construção social e coletiva. Articular diferentes campos de conhecimento, e reconhece a diversidade de atores e relações de poder que se explicitam no território, para avaliar as respostas dos serviços em relação às demandas de saúde (BUSS, 2000; O`DWYER et al, 2007).

4.1.2. A Vigilância da Saúde

A Vigilância da Saúde (VISAU) vem sendo incorporada às propostas de reorganização do sistema de saúde e às mudanças do modelo assistencial desde o final dos anos 70, na perspectiva de rearticular saberes e práticas sanitárias para a consolidação do ideário da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), e mais recentemente, aos princípios e diretrizes do SUS.

Centra-se no conceito ampliado de saúde por isso se afasta da idéia (negativa) de morte para se aproximar da concepção (positiva) de qualidade de vida, como um ponto de encontro, um produto social em permanente transformação. Para tanto, propõe mudanças radicais, que vão desde a concepção do processo saúde-enfermidade – de negativa para positiva; ao paradigma sanitário – de flexneriano para a produção social da saúde; as práticas em saúde – da atenção médica para a vigilância em saúde, e uma nova ordem governativa da saúde nas cidades – da gestão médica para a gestão social

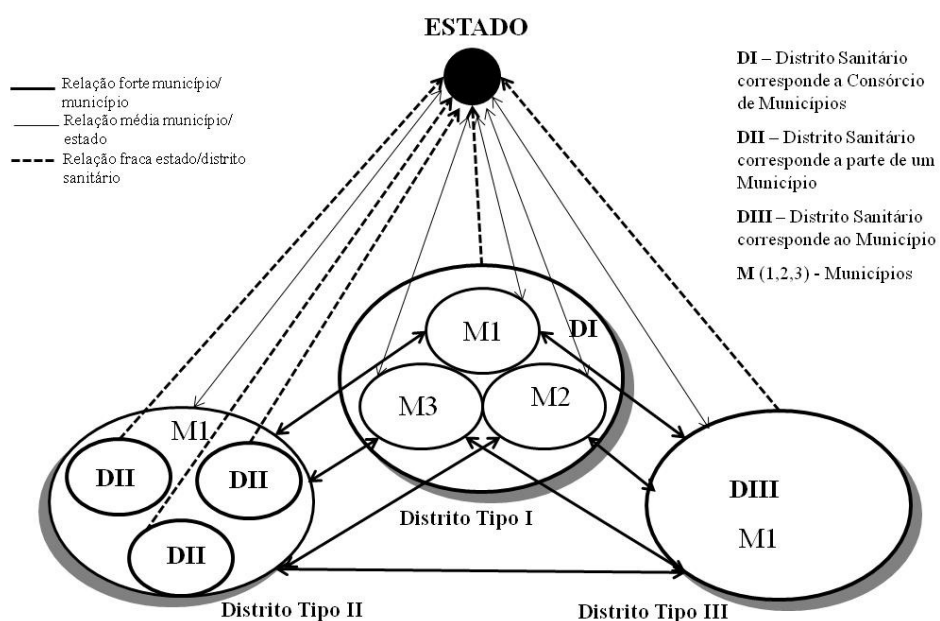
(MENDES, 1993; TEIXEIRA, PAIM & VILLASBÔAS, 1998; TEIXEIRA & SOLLA, 2006).

“(…) a Vigilância da Saúde apresenta sete características básicas: a) Intervenção sobre problemas de saúde, (danos, riscos e/ ou determinantes); b) Ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; c) Operacionalização do conceito de risco; d) Articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) Atuação intersetorial; f) Ações sobre o território; g) Intervenção sob a forma de operações” (TEIXEIRA, PAIM & VILLASBÔAS, 1998:18).

As primeiras experiências nessa direção se realizam com a implantação de Distritos Sanitários nos anos 80, por iniciativa das SES e SMS, apoiadas pela OPS e a Cooperação Italiana em Saúde que possibilitou a estruturação de vários sistemas municipais de saúde em diferentes estados brasileiros (Rio de Janeiro; Bahia; São Paulo; Ceará; Rio Grande do Norte). Sua inspiração são os SILOS, que por sua vez atualiza a proposta inglesa de 1920 do Relatório Dawson (TEIXEIRA & SOLLA, 2006; SILVA JUNIOR, 2006).

A tipologia de organização dos DS proposta por MENDES (1993) traz elementos importantes para a abordagem do território na perspectiva da VISAU e da produção social da saúde (Figura 9).

FIGURA 9 – Tipologias de Distritos Sanitários



GONDIM, G.M.M., 2010. Elaborado pela autora, adaptado de MENDES (1993)

Permite construir os vínculos necessários ao fortalecimento do ‘poder local’, articulando atores em torno das questões da saúde, e das possibilidades de intervenções ‘territorializadas’, a partir da análise das forças que atuam nas diversas dimensões que constituem o território, de modo a construir a viabilidade das ações e a definição dos atores envolvidos em sua execução.

Como arcabouço teórico e prático a VISAU introduz como estratégico compreender a dinâmica das relações sociais, econômicas, políticas, ambientais e culturais que se materializam em uma dada população e em um território, as quais especificam e configuram os problemas sanitários e um perfil de necessidades, delineando possibilidades de atenção e cuidados requeridos ao seu enfrentamento (TEIXEIRA, PAIM & VILLASBÔAS, 1998; MENDES, 1993; CAMPOS, 2003).

O conceito de território nessa proposição é central e apóia-se primeiro, na reflexão de que países que estruturam seus sistemas de saúde em base territorial são mais eficazes, eficientes e equitativos a exemplo da Suécia, Finlândia, Inglaterra, Cuba e Costa Rica (MENDES 1993:166); segundo, nas concepções da geografia crítica de Milton Santos que situa o território como ‘território usado’, lugar da interação pessoa-mundo, da *“interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade e o seu uso, o que inclui a ação humana”* (SANTOS E SILVEIRA, 2001: 247).

Com essa acepção, o território na perspectiva da VISAU se caracteriza e configura como uma produção social e histórica, materializado a partir dos usos que lhes são atribuídos pelos diferentes agentes do espaço. É, portanto um território-processo, dinâmico, vivo, e sempre em transformação, daí a necessidade de (re)conhecê-lo sistematicamente, para atuar sobre os problemas e necessidades observadas, recorrendo às práticas de saúde e as potencialidades existentes em seus limites.

“É inerente a vigilância da saúde a dimensão do território (...) um espaço em permanente construção, produto das relações sociais que se tencionam sujeitos sociais colocados em situação na arena política. (...) um território-processo que transcende à sua redução a uma superfície-solo e aas suas características geofísicas, para instituir-se como território de vida, pulsante, de conflitos de interesses, de projetos e de sonhos (...) além de um território-solo, é, ademais, território econômico, político, cultural e sanitário” (MENDES, 1996:248-249)

Por essa razão, para operacionalizar a proposta da VISAU é necessário articular saberes advindos da política, da economia, da epidemiologia, do planejamento, da geografia, da sociologia e de outras das ciências sociais em saúde, como subsídios ao processo de trabalho e às práticas em serviços, inclusive para a avaliação e pesquisa. Daí a importância da interdisciplinaridade para a VISAU, dado que sistematicamente se impõe realizar uma reconstrução cognitiva acerca de elementos-chaves do campo da saúde coletiva, de modo a transformar o pensar e o fazer em saúde a partir do contexto social local, que, para sua apreensão, vai exigir um olhar plural sobre a realidade e os fatos (TEIXEIRA, PAIM & VILLASBÔAS, 1998).

Um conceito central da VISAU é ‘problema de saúde’ situado na abordagem do planejamento estratégico situacional como uma *“formulação para o ator social de uma discrepância entre a realidade constatada ou simulada e uma norma aceita ou criada como referência”* (MATUS, 1997:99). Ou ainda, *“é a identificação de uma diferença entre o que é e o que deveria ser de acordo com padrões e valores considerados desejáveis do ponto de vista de um ator social determinado”* (MENDES, 1996:249). Os problemas têm forte ligação com o território, seja por sua materialidade, que afeta a diferentes atores sociais, seja por sua imaterialidade (fluxos e relações) que contribui para indicar formas para resolvê-los ou para perpetuá-los.

Para se enfrentar problemas de saúde em territórios, outro conceito é acionado, o de práticas sanitárias, significada como o *“conjunto de processos de trabalho – articulados em operações, que impõem uma estratégia de ação sobre determinantes e os condicionantes dos problemas ou sobre os efeitos da existência deles num território determinado”* (MENDES, 1993:176). Há dois modos de desenvolvê-las: as de enfrentamento contínuo, localizadas no âmbito de grupos e lugares específicos (micro-área) – de promoção, proteção e vigilância, e as mais descontínuas ou pontuais, voltadas para necessidades dos indivíduos, auto-referidas a partir de sua percepção, desenvolvidas em pontos distantes da rede de serviços de saúde – de diagnóstico e reabilitação.

Dessa forma, as práticas de VISAU a serem desenvolvidas, devem pautar-se no diagnóstico da situação de saúde e condições de vida, no entendimento das desigualdades sociais, de modo a intervir com efetividade sobre os problemas de saúde (danos e riscos) e dar respostas adequadas à população: uma combinação tecnológica

estruturada para resolver questões postas pela realidade social e de saúde. Portanto, pode agregar diferentes agentes em seu desenvolvimento: profissionais, gerentes e gestores de saúde; outros setores sociais, e a própria população (CAMPOS, 2003:578).

Para dar suporte à operacionalização da proposta conceitual e técnica da VISAU, quatro outras abordagens devem ser consideradas como indissociáveis:

O planejamento e a programação local de saúde (PPLS) inserido como parte do processo sócio-histórico e como instrumental para se efetuar mudanças nas práticas de gestão nos sistemas locais de saúde (TEIXEIRA, 1993:138)

- A. A intersetorialidade e práticas sanitárias, tomadas como a busca de uma unidade do fazer, associada à vinculação, reciprocidade e complementaridade na ação humana (MENDES, 1996:252),
- B. A territorialização de informações, simultaneamente, como necessidade de reconhecimento e esquadramento do território, segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde, acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA et al,1998:20) e como metodologia estruturante do processo de trabalho para o ‘empoderamento’ da equipe e da população no enfrentamento dos problemas no território (GONDIM & MONKEN, 2009:).
- C. O processo de trabalho em saúde ou a Organização social das Práticas de saúde (PAIM, 1993), como relações estabelecidas entre os elementos que compõem o processo – o objeto, o sujeito, os meios, mediados pelo conhecimento (técnico-científico e popular) e pelas tecnologias disponíveis (leves, leves-duras, duras) para intervir sobre os problemas e as necessidades identificadas (GONÇALVES, 1994).

Esse conjunto de elementos estruturais da VISAU enquanto racionalidade técnica-política lhe dá solidez e factibilidade operacional – hoje uma realidade vivenciada em todo o país -, que a situa no campo da saúde coletiva e na saúde pública, tanto como um ‘modelo de atenção’ ou um ‘modo tecnológico de intervenção em saúde’, quanto como um caminho para se construir e implementar a diretriz da integralidade (PAIM, 2003; CAMPOS, 2003).

Nesta tese a VISAU é incorporada como eixo central de análise do objeto de estudo – o território, por se configurar como racionalidade gerencial e técnica, aberta ao jogo social e as incertezas da prática sanitária, decorrente de sua complexidade, heterogeneidade e fragmentação no contexto atual do SUS. Portanto, situa-se como novo modelo de

atenção capaz de (re)configurar a organização tecnológica do trabalho em saúde, sobretudo por trazer, de forma inovadora e consistente, elementos estruturais para abordagem do território ‘na’ e ‘da’ saúde.

A. O Planejamento Estratégico Situacional (PES)

Segundo TEIXEIRA (2000:14) o campo do Planejamento de Saúde pode ser tratado a partir de dois ângulos diferentes e complementares: a) uma abordagem geral, que vai tratar como objeto de intervenção o ‘sistema de saúde’, em seus diferentes níveis de gestão; b) uma abordagem específica, cujo objeto é ‘ações e serviços de saúde’, a serem desenvolvidos pelas esferas municipal, estadual e federal.

O foco dado nessa tese será ao plano geral, onde autores como MATUS (1996, 1997, 2005) com a sua teoria do jogo social e o enfoque situacional, que articula distintos níveis de complexidade do processo de planejamento, e TESTA (1979, 1981, 1991) com o enfoque estratégico que apresenta elementos para o diagnóstico de saúde e a análise das relações de poder no setor. Ambas as abordagens são centrais na definição de formas de pensar e fazer em saúde, dado que suas propostas metodológicas e os referenciais teóricos que as consubstanciam são fundamentais para subsidiar políticas, estratégias, ações e desenvolver sistemas de saúde.

Tomar-se-á o Planejamento Estratégico Situacional, como referencial analítico de síntese dos enfoques situacional e estratégico, o qual aporta ao estudo os elementos necessários a análise do objeto – os territórios da ABS. A proposta analítica de MATUS (1996) abrange:

“a identificação de problemas, a descrição e a análise dos problemas selecionados pelo sujeito que planeja por meio da sistematização de informações, hipóteses e teorias, levando em conta o entrecruzamento de planos (feno produção, fenoestruturas e genoestruturas) e espaços (geral, particular e singular), articulados por um conjunto de relações de distintas naturezas (relações ao interior da situação; ‘fenomênicas’, de ‘fenoestruturação’, de ‘condicionamento’, de ‘genoestruturação’, e de ‘determinação’), conforme a direção (sentido) que adquirem no processo de produção de fatos que se acumulam no processo histórico e geram as estruturas sociais” (TEIXEIRA, 2000:38-39)

Nessa perspectiva, se coloca como ferramenta fundamental para a apreensão do território, na perspectiva do modelo de atenção da VISAU e da estruturação da ABS,

dado que oferece um arcabouço teórico e metodológico coerente e apropriado para compreensão do jogo social de modo a se efetuar mudanças no nível das práticas locais por meio da incorporação de novos atores e da acumulação de força e poder.

Também constrói a possibilidade de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica, contemplando simultaneamente a formulação de políticas, o planejamento e a programação para o desenvolvimento dos sistemas locais (municipais) de saúde. Sua base é a teoria da produção social, segundo a qual a realidade é indivisível, e entende que tudo que existe em sociedade é produzido pelo homem exceto a natureza intocada (TEIXEIRA et al, 1998).

O suporte ao PES (MATUS , 1996, 1997, 2005) é dado pela teoria geral da estratégia política cujo foco centra-se na disputa em torno de recursos de poder. Desse modo, o recorte teórico do planejamento situacional e o método de Planejamento Estratégico Situacional, como sua expressão operacional, podem ser considerados uma teoria geral da estratégia, a qual pode ser aplicada em qualquer campo social, desde estratégias de simples cooperação até aquelas que mais complexas que envolvem grandes conflitos (MATUS, 1996; MISOCZKY, 2002).

Isso foi demonstrado pelo autor em sua elaboração da estratégia do jogo social, descrita anteriormente neste trabalho, onde a expõe como um cálculo interativo que se aplica a problemas quase estruturados em qualquer dimensão da realidade social e política, e tem as seguintes características: (a) nenhuma variável relevante de um problema é enumerável, ou seja, o número de possibilidades futuras não é finito e só é possível enumerar algumas delas; (b) não se consegue prever quantas relações podem ser estabelecidas entre as variáveis; (c) a resposta ao problema é sempre situacional, se refere às posições de cada jogador - uma boa solução para um pode ser muito ruim para outros.

O PES é um método e uma teoria voltados para o planejamento na esfera pública, podendo ser útil a dirigentes, governo ou oposição, e a organização da sociedade civil (CASTILLHO-SÁ & PEPE, 2000). Refere-se à arte de governar em situação de poder compartilhado. O que significa, necessariamente, se realizar um cálculo a cada jogada e a cada inclusão de um novo jogador. “*É um cálculo que precede e preside a ação*”(MATUS, 1989:109).

Por se colocar na arena do governar - um fazer coletivo, essa metodologia não pode ser inacessível, tanto do ponto de vista teórico quanto em sua execução, ao conjunto dos atores envolvidos, em especial, a população. O decálogo Matusiano sobre a arte de planejar (governar), emite idéias instigantes para o planejamento da VISAU, tendo por base o território como sustentação material da ação e a territorialização como metodologia para sua localização situacional (MATUS, 1989:110:120).

1ª Consideração: **planeja quem governa**. Aparentemente contraditória essa asserção alude, simultaneamente, a teoria da implicação e dos recursos escassos, seja pela impossibilidade de se governar de um único lugar, seja da necessidade constante de incorporar novos recursos, daí a importância do cálculo situacional.

2ª Consideração: **o planejar refere-se ao presente**. Pensar que o planejamento volta-se para o futuro é um erro, nada adianta olhar à frente se não se define o que fazer hoje. Por isso é importante o ajuste, a precisão na tomada de decisão, sua eficácia para continuar planejando.

3ª Consideração: **planejar exige um cálculo situacional**. Requer considerar a realidade em sua totalidade e complexidade, incorporando outros atores na hora do cálculo. Para isso precisa ocorrer em todos os momentos do planejamento.

4ª Consideração: **planejar se refere a oportunidades e a problemas reais**. Qualquer evento/fato da vida real está exposto a problemas – como alguma coisa que foge ao esperado, e as oportunidades – como algo positivo, capaz de ser potencializado. Nesse contexto, problema é uma categoria fundamental na hora da explicação situacional - saber medir, analisar, explicar, para que de fato se constituam em problemas reais e não em falsos problemas.

5ª Consideração: **planejar é inseparável da gerência**. Não se faz planejamento sem atender às necessidades de quem gerencia. Não se pode separar fazer operacional do diretivo. O primeiro é mais restrito no plano geral, enquanto o segundo dispõem de mais liberdade para tomada decisões. No entanto ambos têm sua esfera de ação que devem estar articuladas para o alcance dos objetivos a serem alcançados.

6ª Consideração: **planejar em situação é necessariamente uma ação política**. Dado

que um dos recursos que restringem a capacidade de produção social de ações é o poder. Que pode ser traduzido em valores, cultura, conhecimento, tecnologias e outros, consolidados em processos que devem ser levados em conta na planificação situacional.

7ª Consideração: **planejar não se refere ao futuro.** Embora óbvia essa consideração se refere à imprevisibilidade, a incerteza, que deve estar contida no cálculo, no momento de planejar, pois se configuram como variáveis que escapam à vontade e ao poder do planejador.

8ª Consideração: **planejar exige um plano modular.** O plano é uma estrutura organizativa que especifica objetivos, estratégias, operações e ações, atores e recursos envolvidos, tempos e indicadores para avaliar e monitorar a situação inicial e os resultados alcançados. Deve ser composto por células, ou unidades, as quais podem ser agrupadas, dimensionadas e combinadas de diferentes formas, consoantes aos objetivos e as estratégias traçadas, com autonomia e interdependência em sua execução, permitindo ajustamento em cada contexto (realidade).

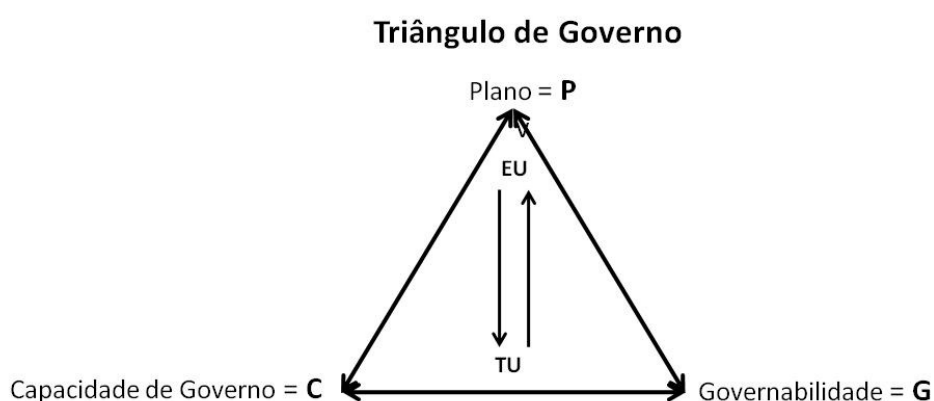
9ª Consideração: **planejar não é monopólio de único ator.** Existem outros atores que também planejam sobre a mesma realidade e, algumas vezes sobre os mesmos problemas, inclusive em situações opostas. Portanto, o Estado não é o único ator que planeja. Por isso, no momento de planejar é imprescindível inserir no cálculo atores aliados e opositores, ou seja, existem várias explicações da realidade e isto exige um pensar estratégico, colocar no tabuleiro do jogo todos os atores e pensar as possíveis jogadas.

10ª Consideração: **planejar não domina o tempo nem se deixa enrijecer por ele.** Deve haver uma inter-relação entre aquilo que se deseja realizar de imediato, a médio e em longo prazo. Os planos (ou o plano) devem contemplar os diferentes movimentos, e aproveitar-se dos êxitos ou perdas de mais curto tempo, para potencializar e corrigir aquilo que está desenhado para mais à frente.

Essas recomendações para planejar devem orientar ação de governo que se inicia com o desenho do plano e deve contemplar quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional, de modo a assegurar poder ao(s) ator(e)s envolvido(s) para avançar e atingir a situação-objetivo a ser alcançada.

Por outro lado, o ator social para governar deve possuir um projeto político; controlar algum tipo de recurso relevante; ter poder (força) para produzir fatos sociais; ter uma organização ou uma presença marcante que possa influenciar e conduzir processos coletivos e articular permanentemente as três variáveis que compõem o 'triângulo de governo':

- a) O projeto de governo (o que fazer), que explicita em seu conteúdo proposições para a ação, ou plano para alcançar seus objetivos;
- b) a capacidade de governo (como fazer), habilidade para conduzir com direção recursos técnicos, científicos, tecnológicos, humanos, calcado em experiências, de modo que o processo social ao qual se põe à frente alcance os objetivos, apoiado no plano e na governabilidade do sistema;
- c) governabilidade do sistema (com quem fazer), capacidade de articular os recursos que dispõe aos propósitos do plano, realizando um balanço estratégico do peso e do valor das variáveis que controlam entre as que não controlam para poder governar (CASTILLHO-SÁ & PEPE, 2000:202)



Fonte: Matus (1997)

A articulação das variáveis (P), (C) e (G) do 'triângulo de governo', vai definir a forma de governar do ator, em função da interdependência entre elas e da alternância de força entre o 'eu'- 'tu', que se encontra no centro do triângulo, representando a permanente necessidade de considerar os demais atores na análise situacional. Em qualquer posição que se analise a situação do ator que governa, será necessário situar a posição ocupada pelos demais atores, para se ter o balanço das possibilidades e dos cerceamentos.

B. A Territorialização em Saúde

O setor saúde é um importante ator social de territorialização – possui poder para materializar suas intencionalidades e desejos. Os princípios do SUS de regionalização, municipalização e distritalização dos serviços de saúde contêm um forte caráter espacial. Esse processo representa, mais que uma tentativa de organização dos serviços diante das necessidades de saúde da população, uma aproximação do território vivido. Pode expressar também pactuação, no que tange à delimitação de unidades fundamentais de referência, onde devem se estruturar as funções relacionadas ao conjunto da atenção à saúde. Envolve a organização e gestão do sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de oferta de serviços por meio de fluxos de referência intermunicipais.

Assim, ao delimitar ou reconhecer territórios, a saúde se apresenta como um ator na arena de conflitos, onde estão em jogo a democracia, a participação e o diálogo com outros setores. Por exemplo, ao definir um determinado hospital como referência, o setor saúde estará induzindo fluxos de pessoas e mercadorias no espaço, estabelecendo territórios de atenção.

Justamente por isso, é preconizada em diversos instrumentos normativos do SUS - na ABS, na ESF, no Pacto de Gestão, na Política de ABS e nas propostas de descentralização e regionalização de atividades de assistência e de vigilância. Coloca-se no campo da saúde, como pressuposto e estratégia metodológica fundamental para organização dos processos de trabalho e das práticas de vigilância em saúde, através de diferentes delimitações territoriais, previamente determinadas.

No modelo de atenção da vigilância da saúde, na perspectiva da organização da rede de serviços e das práticas sanitárias é usada para territorializar informações (econômicas, sociais, epidemiológica, culturais, dentre outras) referidas a população e ao território de atuação das equipes de saúde no nível local. Significa o reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA et al, 1998).

A territorialização é interpretada de diferentes maneiras. Há quem afirme que nada mais é que um processo de ‘habitar um território’ (KASTRUP, 2001, p. 215). O ato de

habitar traz como resultado a corporificação de saberes e práticas. *“Para habitar um território é necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos”* - não só cognitivos, não só técnicos, não só racionais -, mas simbólicos, comunicativos, afetivos no sentido perceptível da realidade (CECCIM, 2005b p. 175).

Para esse autor, a territorialização no setor saúde é um processo que se realiza permanentemente: na construção da integralidade; na humanização e na qualidade da atenção e da gestão em saúde; no sistema e serviços que acolhe o outro; na responsabilidade para com os impactos das práticas adotadas; na efetividade dos projetos terapêuticos e na afirmação da vida pelo desenvolvimento da autodeterminação dos sujeitos (usuários, população e profissionais de saúde). Essa territorialização não se limita à dimensão técnico-científica do diagnóstico e da terapêutica ou do trabalho em saúde, mas se amplia à re-orientação de saberes e práticas no campo da saúde, que envolve desterritorializar os atuais saberes hegemônicos e práticas vigentes.

Como processo, deve voltar-se para o delineamento de arranjos espaciais, da interação de atores, organizações e recursos, em um movimento que estabeleça as linhas e os vínculos de estruturação do campo relacional subjacente à dinâmica da realidade sanitária do SUS no nível local. As diferentes configurações espaciais podem dar origem a diferentes padrões de interdependência entre lugares, atores, instituições, processos e fluxos, preconizados no Pacto de Gestão do SUS (TEIXEIRA & FLEURY, 2007).

Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a uma nova prática de saúde, é importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, pois estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersectorialidade. O território utilizado pela população pode ser assim operacionalizado, devido a concretude produzida pelas práticas humanas tanto as planejadas e inerentes às políticas governamentais de intervenção setorial, como as práticas circunscritas à vida social cotidiana.

A análise territorial implica em uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problemas e necessidades em saúde de uma dada população de um território específico, indicando suas inter-relações espaciais. Possibilita ainda, identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções. O uso da epidemiologia como ferramenta poderosa para o planejamento através da microlocalização dos problemas de saúde permite a escolha de ações mais adequadas, apontando estratégias e atores que foram identificados no processo de diagnóstico, para melhor as operacionalizarem e viabilizarem no território.

O processo de elaboração de diagnósticos territoriais de condições de vida e situação de saúde deve estar relacionado tecnicamente ao trinômio estratégico informação-decisão-ação (TEIXEIRA et al., 1998). A fase de informação faz parte do processo de obtenção de dados primários e de sua sistematização, com objetivo principalmente descritivo. As variáveis contidas em seus instrumentos de pesquisa devem ser construídas visando à interpretação dos dados, conforme o arcabouço teórico-metodológico. As categorias escolhidas para análises descritivas e analíticas devem explicitar, com maior fidedignidade, a problemática identificada, para conduzir e facilitar o processo de tomada de decisão.

Na fase onde a prática vislumbra a ação, as operações identificadas e planejadas são subsidiadas pelas fases anteriores, através da apreensão interativa por parte do profissional de saúde da própria realidade territorial. Essa é uma prática transformadora e comporta o significado do território para os agentes deste processo, tanto os profissionais de saúde como os de outros setores de ação governamental, como também para a própria população (BARCELLO & MONKEN, 2006).

Constata-se, muitas vezes, nos diagnósticos de condições de vida e de situação de saúde, que os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares, são listados e tratados como conteúdos desarticulados do território analisado. Tradicionalmente algumas análises de situação são realizadas descrevendo o conteúdo do território, tratado como mero receptáculo que contém determinadas características e aspectos (MONKEN & BARCELLOS, 2006).

Historicamente, a saúde pública recorre a 'territorialização de informações', como ferramenta para localização de eventos de saúde-doença, de unidades de saúde e

demarcação de áreas de atuação. Essa forma restrita de territorialização é vista com algumas restrições, principalmente entre os geógrafos. Alegam ser um equívoco falar em territorialização da saúde, pois seria uma tautologia já que o território usado é algo que se impõe a tudo e a todos, e que todas as coisas estão necessariamente territorializadas (SOUZA, 2004).

Esta crítica é bem vinda, enriquece o debate teórico e revela os usos limitados da metodologia, constituindo-se apenas como análise de informações geradas pelo setor saúde e simples espacialização e distribuição de doenças, doentes e serviços circunscritos à atuação do Estado. Mesmo, com toda crítica, que ainda perdura nos dois campos de conhecimento (saúde coletiva e geografia) por sua apropriação tecnicista e prática objetivante, coloca-se como estratégia central para consolidação do SUS, seja para a reorganização do processo de trabalho em saúde, seja para a reconfiguração do Modelo de Atenção.

Ao se desejar que a territorialização seja um dispositivo capaz de induzir transformações nos saberes e nas práticas de saúde, é preciso concebê-la e praticá-la de forma ampla – um processo de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.), viabilizando o “*território como uma categoria de análise social*” (SOUZA, 2004: 70); um caminho metodológico de aproximação e análise sucessivas da realidade para a produção social da saúde.

Nessa perspectiva, a territorialização se articula fortemente com o planejamento estratégico situacional (PES) e se constituem como suporte teórico e prático da VISAU. A análise social do território deve contribuir para construir identidades; revelar subjetividades; coletar informações; identificar problemas, necessidades e positivities dos lugares; tomar decisão e definir estratégias de ação nas múltiplas dimensões do processo de saúde-doença-cuidado. Os diagnósticos de condições de vida e situação de saúde devem relacionar-se tecnicamente ao trinômio estratégico ‘informação-decisão-ação’ (TEIXEIRA et al., 1998; GONDIM & MONKEN, 2009).

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

Por isso, o processo de territorialização pode ser considerado como um movimento historicamente determinado pela expansão do modo de produção capitalista e seus aspectos culturais. Dessa forma caracteriza-se como um dos produtos socioespaciais das contradições sociais sob a tríade economia, política e cultura (EPC), que determina as diferentes territorialidades no tempo e no espaço - as desterritorialidades e as re-territorialidades⁵⁶. Por isso, a perda ou a constituição dos territórios nasce no interior da própria territorialização e do próprio território. Ou seja, os territórios encontram-se em permanente movimento de construção, desconstrução e re-construção (SAQUET, 2003).

Todas essas abordagens remetem, fundamentalmente, à importância da territorialização para os processos participativos/formativos junto à equipe e a comunidade com foco no agir comunicativo (HABERMAS, 1987, 1989), na aprendizagem significativa (VYGOTSKY, 1987, 1988), nas manifestações culturais e nos contextos de vida do cotidiano (CORREA,1999; CLAVAL, 1995).

C. Intersetorialidade e Práticas Locais

O conceito ampliado de saúde exige uma ação intersetorial para enfrentar os problemas e as necessidades de saúde, que estão longe de serem circunscritos apenas a eventos biológicos e da ordem dos indivíduos. Coloca-se como condição indispensável da prática sanitária na medida em que reúne diversos atores (setores), que alinhados e sob um propósito comum, vai buscar soluções para as demandas sociais nos territórios onde a vida cotidiana e as necessidades humanas são produzidas.

⁵⁶ Para melhor compreender os processos de territorialização, desterritorialização reterritorialização, ver HAESBAERT (1997, 2007) na abordagem geográfica do território, e DELEUZE & GUATARRI (1995a, 1995b, 1996, 1997a,1997b), na abordagem da geografia imaterial do território e da geografia mental do Estado.

A intersetorialidade busca uma unidade do fazer, e se associa ao vínculo, a reciprocidade e complementaridade na ação humana (MENDES, 1996:252). Seu pressuposto é da ‘ação incompleta’ se realizada por um único ator (setor) social dado que a ação exige a solidariedade de outros atores (setores). O reconhecimento dessa multiplicidade de olhares sobre um objeto também multiforme (a realidade) atesta a existência de uma unidade para se trabalhar à realidade.

“A intersetorialidade não é a convocação da ação multisetorial porque esta é constituída pela mera justaposição de dois ou mais setores, sem integração conceitual e metodológica entre eles. Na multisertorialidade estão presentes diferentes setores mas os fazeres temáticos se mantém íntegros e sem comunicação. O que vai caracterizar a intersetorialidade é a possibilidade de uma síntese dada pela predisposição à intersubjetividade e ao diálogo e, conseqüentemente, a sua pedagogia é a comunicação” (MENDES, 1996:252)

Esse é o grande desafio desse componente da VISAU, sair da fragmentação do saber e do fazer – da prática de justaposição de ações, realizadas isoladamente pelos diferentes setores, com lógicas distintas e olhares parciais sobre o objeto de intervenção, por isso mesmo, na maior parte das vezes ineficazes, ineficientes e com baixíssima efetividade junto à população.

A intersetorialidade significa uma economia na ação, dado que há uma racionalização nos processos e nas estruturas para uma maximização dos resultados, em função da socialização das propostas, das estratégias e das ações viabilizadas por uma comunicação aberta entre os atores envolvidos. Nesse sentido, sua direção é diminuir as iniquidades sociais na alocação de recursos de saúde entre as diferentes populações que habitam um território. Situar os problemas e as necessidades na totalidade do território, localizando situações de risco e vulnerabilidades, possibilitam, na ação, não perpetuar a exclusão social pelo viés pragmático da ação setorial.

Por outro lado a intersetorialidade, permite a inclusão de outras práticas sociais voltadas para a produção social da saúde nos territórios – as redes sociais, as atividades cooperativas e de lazer, as associações comunitárias, os movimentos sociais, as agremiações locais. Significa a ação compartilhada traduzida na práxis do planejamento estratégico situacional, dado que não anula as singularidades dos diferentes atores envolvidos no jogo social – suas temáticas e identidades. Assevera-se, portanto, que “*a intersetorialidade não será, nunca, instituída nos gabinetes, em mesas de reunião*”

distanciadas dos problemas que emergem na concretude dos territórios” (MENDES, 1996:253).

Dai a importância do conceito de prática sanitária entendido como as formas de como uma sociedade se organiza, em um determinado espaço-tempo, alicerçada em uma concepção de saúde e em um paradigma sanitário hegemônico, de modo a estruturar ações compartilhadas, como respostas sociais organizadas para intervir sobre os problemas e atender às necessidades. Depreende-se que todas as ações no campo da saúde e fora dele são práticas sanitárias, desde que voltadas para resolver questões relacionadas às condições de vida e a situação de saúde (MENDES, 1993, 1996).

No entanto, uma prática sanitária transformadora que se coaduna com um novo cenário do pensar e fazer em saúde, que articula ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico e reabilitação, nos âmbitos da atenção básica, da média e da alta complexidade e nas três esferas de gestão, é a prática de vigilância da saúde, dirigida a para indivíduos e coletivos humanos, compreendidos como objeto e sujeito da saúde, situados em seus territórios de vida e trabalho.

Para JUNQUEIRA (1997:36) esse *locus* é o município, como espaço definido territorial e socialmente, no qual se concretiza a integração interinstitucional e a ação intersetorial. *“Essa interação pode ser construída através de um processo dinâmico entre os sujeitos, mediada por novos paradigmas, que devem informar a mudança das instituições sociais e de suas práticas”*. Se constituir em um *“processo de aprendizagem e de determinação dos sujeitos”*, como resultado da gestão integrada de políticas sociais, para responder com eficácia aos problemas da população de um determinado território.

Implica, enfatiza o autor, sair do ‘reino da necessidade para o da liberdade’, no dizer de ARENDT (2007:138-148)⁵⁷, onde a liberdade se constitui no espaço onde o *“ser humano pode alçar algum vôo de realização humana, e mesmo pensar a utopia, liberto das peias da necessidade”*.

⁵⁷ Hanna Arendt (2007) no capítulo III do seu Livro a Condição Humana, se detém sobre o “Labor”, e no tópico 17 – A sociedade dos Consumidores (p.138-148) realiza uma reflexão profunda sobre o trabalho, a alienação do trabalho, o consumismo, e as necessidades do homem – das biológicas à social e política. Tomando referência do Capital de Marx (1867; 1985), Indica o caminho da liberdade para superar o reino das necessidades.

É nessa direção, no âmbito das necessidades humanas que o sujeito da saúde (trabalhador, usuário, instituição, Estado) tem que ser considerado em sua integralidade, por meio de uma abordagem que supere a fragmentação e a autonomização, o que tem caracterizado a gestão das políticas sociais, para esse novo movimento que busca a dimensão intersetorial.

D. Organização do Processo de Trabalho

De acordo com DELUIZ (1988) o modelo taylorista-fordista baseado na divisão do trabalho e na fragmentação do saber influenciou decisivamente a forma de organização do trabalho em saúde. É majoritariamente um trabalho coletivo, institucional, com divisão parcelar ou pormenorizada de tarefas, hierarquizado e com forte subordinação. Na área da saúde a divisão técnica do trabalho redundou em condição de complementaridade e interdependência dos diversos trabalhos especializados. Desenvolvido em equipe multiprofissional seus membros possuem autoridades e competências desiguais, vivenciando cotidianamente tensões no embate entre a complementaridade e interdependência na busca da ampliação da autonomia técnico-profissional. Caracteriza-se ainda como um trabalho complexo, heterogêneo e fragmentado.

A complexidade resulta da diversidade das profissões, de profissionais, de usuários, das tecnologias utilizadas, das relações sociais e interpessoais, das formas de organização do trabalho, dos espaços e dos ambientes de trabalho. A heterogeneidade refere-se a diferentes formas de organização do trabalho de acordo com suas finalidades – promoção, proteção, prevenção e cura das doenças os, e das instituições que o organiza – pública e privadas nas esferas federal, estadual e municipal, o que dificulta e produz desarticulação e desintegração. Quanto à fragmentação, equivale à separação entre concepção e execução da atividade entre pensar e fazer, e pela presença de trabalhadores cada vez mais especializados (DELUIZ, 1988).

“(...) o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade” (PIRES, 1994:85).

Na perspectiva de mudança na organização do processo de trabalho em saúde, a VISAU o entende para além da distribuição racional na oferta de serviços em uma extensão de cobertura, por entender que quando se trata de necessidades de saúde e estas são identificadas como problemas a serem resolvido, não é suficiente para solucioná-las apenas ações assistenciais (diagnóstico, tratamento e reabilitação), dirigidas a indivíduos que procuram espontaneamente os serviços (PAIM, 1993).

São necessárias outras racionalidades - conceitual e técnica, que entendam as necessidades para além da oferta de atenção médica e o suprimento de carências. É preciso recolocá-las no campo dos direitos sociais, das necessidades necessárias⁵⁸ (HELLER, 1986). Por isso mesmo, tem-se que buscar formas e sujeitos capazes de atuar de maneiras diferenciadas utilizando também diferentes tecnologias para resolvê-las.

Para HELLER (1986:77), as necessidades sociais são compreendidas “*como sistema de necessidades gerais, acima dos indivíduos e de suas necessidades pessoais. Não significam “necessidades da sociedade” nem “necessidade pessoal socializada”*”, visto que a necessidade social é mais geral, mais elevada e mais importante do que uma e outra.

Portanto, depreende-se que o lugar que cada pessoa ocupa na divisão social do trabalho vai determina a estrutura das suas necessidades ou ao menos seus limites, de acordo com as suas possibilidades. Essa colocação remete à questão da alienação das necessidades humanas, porque as condições sociais dos homens determinam os limites das necessidades humanas, ou seja, os tipos de objetos materiais que o homem pode ou não consumir para satisfazer suas necessidades (PAIM, 1993; GONÇALVES, 1994).

O mesmo ocorre no campo da saúde. De acordo com a posição que o sujeito ocupa na sociedade, ele terá um determinado conjunto de necessidades de saúde, que se afasta daquelas, exclusivamente, determinadas por questões biológicas da esfera de cada indivíduo e relativas ao modo de vida em que está inserido. Dessa forma o objeto da intervenção em saúde, deixa de ser doentes e doenças, para ser transfigurar em um

⁵⁸ Em o Capital, Marx (1867; 1985) apresenta a categoria de **necessidades necessárias** como aquelas que surgem historicamente e que não estão dirigidas somente a sobrevivência, nestas, o elemento cultural, moral e os costumes, são decisivos, e, a sua satisfação é parte constitutiva da vida de determinada classe numa determinada sociedade. Este seria um conceito descritivo importante para conhecer uma classe.

complexo de determinações localizadas desde a dimensão do indivíduo, passando pelos estilos de vida, até as questões políticas, sociais e econômicas.

Nessa compreensão a organização do processo de trabalho na perspectiva da vigilância da saúde tem como premissa o reconhecimento e a ação sobre um território e uma população, observação das territorialidades e territorialização de informações relevantes como descrito na proposta dos DS (MENDES, 1993). Tal perspectiva pressupõe conhecer em detalhes o território, não apenas como área de abrangência, mas as ações que o anima. Como território – vivo - processo, só assim tem-se a oportunidade de identificar e definir problemas, um conjunto de prioridades e os recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade, considerando cada situação específica.

O território compreendido como trabalho deve ser incorporado como espaço onde vivem grupos sociais, onde acontecem as relações e as condições de existência humana - trabalho, renda, habitação, acesso à educação e saúde. Portanto, compõe e integra o meio ambiente, possui uma cultura, regras e concepções sobre saúde, doença, cuidado, família, sociedade, poder (TEIXEIRA & SOLLA, 2006).

Nesse sentido, é estratégico que a equipe de saúde se identifique e se fortaleça criativamente no território: produza fatos - estimule a organização comunitária e junto com a população busque parcerias intersetoriais na perspectiva de melhores condições de vida e saúde. Estimular a participação popular como prática política, buscando permanentemente parcerias dentro e fora do território, deve ser parte da rotina das equipes ESF, sem desconsiderar a importância das dimensões de promoção, prevenção, proteção e assistência à saúde.

Na proposta da AB/ESF um aspecto relevante na organização do processo de trabalho diz respeito à diretriz do vínculo, ou melhor, a adscrição de usuários a determinada equipe de saúde, a qual é responsável pelo cuidado oferecido a um conjunto de população (CAMPOS, 1992:133-213). Essa forma singular de cuidar - o vínculo, remete também à responsabilização para com o usuário, o que fortalece a relação e o uso de tecnologias leves no processo de trabalho, conduzindo a maiores ganhos de autonomia do usuário para viver a vida (MERHY E CHAKKOUR, 1997). O vínculo implica uma *“mudança de paradigma, pois, ao implementar mudanças que resultem*

num novo processo de trabalho, tendo como foco o sujeito, a tendência é o resgate do espaço de trabalho como lugar de sujeitos” (CAMARGO JUNIOR. et al., 2006:227).

Já para NOGUEIRA (2002), o cuidado em saúde deve ser tomado em seu caráter amplo, pressupondo uma relação ético-afetiva entre a equipe de saúde e o paciente, considerando os contextos sociais e técnicos em que se realiza. O cuidado nessa inovadora acepção cerca-se de um clima intelectual, onde pensadores das ciências sociais e humanas admitem o declínio da pesquisa sociológica centrada no trabalho e o surgimento de outras interpretações da ação social, particularmente a teoria do agir comunicativo (HABERMAS, 1989), a qual traz para o centro da reflexão não mais a razão estratégica instrumental, mas a liberdade da ação comunicativa como capacidade para compreender o outro e se fazer entender, na busca de um consenso discursivo a partir de escolhas livres dos sujeitos envolvidos.

Com essa centralidade PEDUZZI (2001) realiza uma reflexão sobre os tipos de equipe de saúde onde destaca: a equipe integração na qual todos os membros contribuem mais efetivamente para o alcance da integralidade do cuidado em saúde, a partir da interação comunicativa e de acordos por ela alcançados. Nesse tipo de trabalho o cuidado é visto como suporte para que o outro venha a querer alguma coisa para melhorar a sua saúde e não como uma ajuda a carências do outro, uma imposição ou beneficência utilitarista. Alerta para não se separar o cuidado (na visão ampla) de uma ação técnica que aplica métodos e instrumentos para manutenção e recuperação da saúde, dado que, tanto médicos quanto enfermeiros, e os demais membros de uma equipe de saúde, devem em seu processo de trabalho ser considerados “cuidadores” não havendo separação entre cuidar e tratar.

Um dos problemas do trabalho em saúde apontado por MATTOS (1999) são as dificuldades encontradas na transposição do ‘político para o assistencial’, que se materializam tanto na identidade dos atores sociais, quanto em seus projetos. Segundo o autor, os agentes da saúde se identificam mais facilmente por sua inserção no processo de trabalho do que por suas posições político-ideológicas. Esse fato coloca, cotidianamente, para a gestão do trabalho e para as equipes de saúde desafios que precisam ser enfrentados e legitimados pelo coletivo, projetos que sejam capazes de (re)criar práticas e forjar novos sujeitos sociais comprometidos com as crenças e os valores que propugnam o respeito, a autonomia e a alteridade no cuidar do outro.

Nesse sentido, NOGUEIRA (2000) assevera que cuidar traz questões éticas relevantes, inclusive aos diferentes enfoques que o circunscreve. Por isso, defende uma visão pluralista e a necessidade de conviverem várias éticas do cuidado em saúde. Porém devem-se observar os contextos em que, cada uma dessas éticas está contida, ou seja, deve-se levar em conta a origem dos motivos morais que sustentam as diferentes atitudes tanto dos agentes do cuidado quanto dos sujeitos cuidados. O cuidado envolve outras práticas de saúde levadas pela comunidade, pelas famílias e outros cuidadores não formais, por isso ele é complexo e refere-se sempre àquilo que a pessoa realiza em interesse de sua própria saúde.

CAMPO (1999), por sua vez destaca a singularidade do cuidado como prática de multidimensional: produz a cultura e a subjetividade da equipe de saúde para sua efetivação; o vínculo terapêutico como diretriz das equipes de saúde – a de referência mais ligada ao cotidiano das famílias de um determinado território e a de apoio matricial, dando cobertura a várias equipes de referências para cumprir a integralidade; a transdisciplinaridade das práticas e dos saberes como abertura e articulação de campos disciplinares e de campos de responsabilidades, e, a mudança organizacional que propõe um novo pensar, agir e comunicar para a integralidade do cuidado (individual e coletivo entre profissionais e clientela).

Vale destacar que existem várias abordagens do processo de trabalho em saúde, que tomam o cuidado como categoria estruturante. Dentre elas há momentos de aproximação e distanciamento entre os autores, de modo a alcançarem os pressupostos teóricos de suas teses, nas quais fazem uso, quase sempre, de vários referenciais teóricos, que vão da sociologia do trabalho de cunho marxista aos pós-metafísicos da teoria da ação comunicativa; da organização do trabalho e da ética feminista; do planejamento estratégico situacional; dos *settings* terapêutico da psicanálise, dentre outros. No entanto todos convergem quando se trata de destacar a importância desse componente central dos sistemas de saúde na ação cotidiana no território. (PINHEIRO & MATTOS, 2004; NOGUEIRA, 2000; CAMPOS, 1999; TRAD&BASTOS, 1998).