



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



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

por

Gracia Maria de Miranda Gondim

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

Orientador: Prof. Dr. Christovam de Castro Barcellos Neto

Rio de Janeiro, fevereiro de 2011.

Esta tese, intitulada

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

apresentada por

Gracia Maria de Miranda Gondim

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Raul Borges Guimarães

Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta

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

Prof. Dr. Christovam de Castro Barcellos Neto – Orientador

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

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

Orientador: Barcellos, Christovam

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

1. Territorialidade. 2. Atenção Primária à Saúde.

3.

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

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

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

Agradecimentos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Muito Obrigada!

O retorno do Território

(Milton Santos)

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

Homens e Caranguejos

(Josué de Castro)

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

Último Pau-de-Arara

(Venâncio e Curumba)

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

Coisa do Mundo minha Nega

(Paulinho da Viola)

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

RESUMO

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

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

ABSTRACT

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

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

SUMÁRIO

página

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

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

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

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

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

APRESENTAÇÃO: OPÇÕES METODOLÓGICAS E ESTRUTURA DO TRABALHO

O Contexto da investigação

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

As Questões de Estudo

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

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

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

As Opções Metodológicas

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

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

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

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

A Pesquisa Documental

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O Percurso da Análise

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

- i) as concepções de saúde e doença, em cada tempo histórico, enunciam percepções e significados que orientam no campo da saúde pública e da saúde coletiva as formulações políticas, os modelos de atenção, as práticas sanitárias e a organização dos serviços;
- ii) a política de Atenção Básica à Saúde (ABS) e os arcabouços jurídico, operacional e técnico que a consubstancia articulam-se em um corpo de idéias pautadas no conceito ampliado de saúde e em um conjunto de estratégias e ações coordenadas e organizadas de forma cooperativa nas três esferas de gestão do sistema;
- iii) a rede de serviços de atenção à saúde estrutura-se por meio de práticas sanitárias inseridas em processos de trabalhos diferenciados e complementares, mediante um paradigma e um modelo de atenção hegemônico, de modo a responder com efetividade às necessidades e aos problemas de saúde de um território-população;
- iv) os múltiplos territórios onde se materializam as ações de saúde são produções sociais historicamente determinadas e circunscrevem, em seus limites, singularidades sócio-espaciais, designadas no campo da saúde como condições de existência e situação de saúde de indivíduos e coletivos humanos, e,
- v) o discurso hegemônico sobre a importância do sistema de saúde estar organizado em base territorial necessita, para sua efetiva institucionalização, explicitar em seus enunciados qual o significado e o papel do território para organização do sistema e das práticas de saúde, situando a dinamicidade e a dialética (dominação-resistência) de seus conteúdos (político, institucional,

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

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

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

A Análise de Discurso

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esquema 1 – Análise do corpus

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

Fonte: Orlandi, 2004:77

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

A Organização do Corpo do Trabalho

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INTRODUÇÃO

Contextualizando o Tema

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Situando o Discurso Sobre o Território nas Políticas de Saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

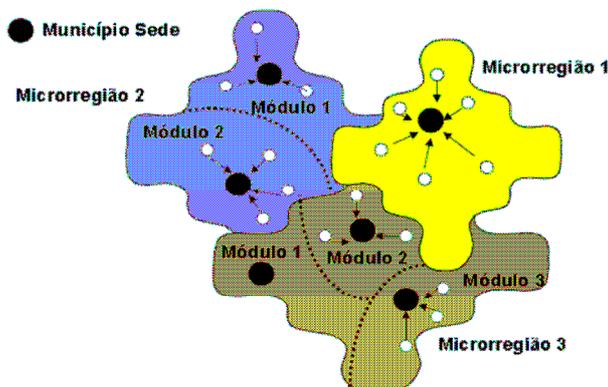
- Região de saúde - base territorial de planejamento, correspondendo a um agregado de municípios;
- Microrregiões - sub-regiões de saúde com maior homogeneidade interna, populacional e epidemiológica que demanda ações específicas;
- Módulo assistencial – módulo territorial com resolutividade correspondente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

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

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

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

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



Fonte: MS/NOAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.1. O Espaço

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.2. O Lugar

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

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

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

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

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

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

1.1.3. O Território

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

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

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

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

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

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

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

Para o autor, território corresponde a uma área delimitada por fronteiras estabelecidas, e, existe um processo permanente em seu interior, onde se manifestam todas as formas de relações de poder. Como todo e qualquer espaço marcado pela presença de um poder se caracteriza como “*espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder*” e este ‘*surge por ocasião da relação*’, e ‘*toda relação é ponto de surgimento do poder (p.54)*’. Quando coexistem em um mesmo espaço várias relações de poder dão-se o nome de ‘*territorialidades*¹⁷’, de modo que uma área que abriga várias territorialidades pode ser considerada, vários territórios.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.4. A Região

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO 2: OS (CON)TEXTOS POLÍTICOS DE USO DO TERRITÓRIO NO PERÍODO 1986-2006.

O Estado por meio das políticas de saúde e dos modelos de atenção determinados por características sócio-históricas singulares e contextos econômico-político específicos exercita e põe em prática o poder que o legitima a propor diretrizes e estratégias de ordenamento para o sistema de saúde, o qual, de acordo com as regras e as estruturas sociais vigentes vai atender, com maior ou menor efetividade, as demandas da sociedade por saúde e qualidade de vida.

No que tange ao papel e a efetividade da ação estatal, mesmo com uma trajetória de intervenção traçada, na maior parte das vezes, distanciadas dos contextos reais (regional local), atribuídas à extensão territorial do país, a heterogeneidade estrutural e a centralização administrativa herdada do regime autoritário (1964-1984), devem ser reconhecidas suas racionalidades técnicas no campo das ações preventivas e assistenciais - campanhas, vigilância epidemiológica e sanitária, atenção hospitalar e medicamentos (LUZ, 1979, 1982; CORDEIRO, 1991; MENDES, 1993; ROCHA, 1997; PAIM, 2009).

O sistema de saúde brasileiro ao longo de todo o século XX se deslocou entre os modelos sanitarista-campanhista e o médico-assistencial privatista, chegando ao final dos anos 80, com uma proposta ampliada, ainda em consolidação: um sistema público e universal - o SUS. Essa trajetória pendular tem de um lado, uma determinação econômica e de outro, uma concepção de saúde adotada pela sociedade em num determinado momento. Nesse sentido, é fundamental se compreender o SUS como um processo social em permanente construção, que abrange diferentes dimensões:

“(...) Uma dimensão política, dado que vai sendo construído em ambiente democrático, onde se apresentam, na arena sanitária, diferentes atores sociais portadores de projetos diversificados (...) uma dimensão ideológica - uma concepção ampliada do processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural que, necessariamente, introduz, por sua natureza intrínseca, um elemento de temporalidade longa ao processo de implantação (...) e uma dimensão tecnológica que vai exigir a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas para sua implementação, coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto que o referencia (MENDES, 1996:56)”.

O movimento de concepções de saúde e de modelos de atenção, junto com a compreensão de suas dimensões ao longo do tempo, vem consolidando políticas, desenhos organizacionais, estruturas funcionais, ideológicas e operacionais, que convivem, contraditoriamente, até os dias atuais, na perspectiva de propor e oferecer práticas sanitárias que atendam às necessidades e as demandas de saúde de populações em seus espaços de vida.

2.1. Antecedentes da Reforma Sanitária Brasileira: o Espaço sem Território

Durante os anos 60-70 o Estado para responder às demandas do modelo econômico agroexportador, baseado na monocultura do café, voltou-se, sobretudo para uma política de saneamento direcionada aos espaços de circulação de mercadorias a serem enviadas para o exterior, e para a erradicação ou o controle de doenças que de forma indireta poderiam comprometer os negócios do país. Para tanto, o modelo sanitário-campanhista adota uma concepção de saúde apoiada na teoria dos germes, cuja explicação se assenta no modelo monocausal, segundo o qual os problemas sanitários se explicam por uma relação linear entre agente e hospedeiro (MENDES, 1996; PAIM, 2008).

“(…) o sanitário campanhista pretendeu resolver os problemas de saúde – ou melhor, das doenças – mediante a interposição de barreiras que quebrassem a relação agente/hospedeiro, para a qual estrutura ações, de inspiração militarista, de combate a doenças de massa, por meio da criação de estruturas ad hoc, com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de intervenções nos corpos individual e social (MENDES, 1996, p.59)”.

Com a acelerada industrialização do país há uma mudança de foco da economia, com o deslocamento do seu pólo dinâmico da área rural para os centros urbanos. Essa nova configuração econômico-territorial traz consigo um grande contingente de trabalhadores para as cidades, o qual deve ser atendido pelo sistema de saúde de forma diferenciada, de modo a suprir as demandas do novo modo de produção, e do capital emergente. Agora, não se faz mais necessário sanear os territórios de circulação de mercadorias, mas centrar o olhar da saúde sobre os corpos dos operários da indústria, de modo a mantê-los sadios ou recuperar sua capacidade produtiva (COSTA, 1986).

Para KOVARICK (1985) na medida em que o ritmo da urbanização cresce em uma velocidade acelerada determinada pela intensificação dos deslocamentos campo-cidade, as populações migrantes passaram a viver na periferia ou nas áreas decadentes das

grandes metrópoles, originando ao que se denominou *bairros marginais* - criava-se o mito da marginalidade²⁴.

Em um primeiro momento, a marginalidade social²⁵ foi abordada em termos da precariedade habitacional a que estavam submetidos grupos sociais, reduzindo a questão ao limiar da problemática físico-ecológica. “Assim a marginalidade tornava-se sinônimo de ‘favela’ ou ‘mocambo’, ‘barriada’, ‘rancho’, ‘cantegrilles’ ou ‘vila miséria’, para citar algumas designações que esse tipo de conglomerado ganhou na América Latina (p.13)”. Em um segundo momento, a questão se amplia não só no Brasil, mas em toda América Latina, sendo acrescentados novos enfoques relacionados às características das populações que viviam nestas localizações - condições sócio-econômica e cultural. “Do habitat passa-se para a maneira de viver e para uma situação de vida (p.14)”.

Este fenômeno influenciou fortemente as políticas de saúde na década que antecedeu a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, marco histórico do movimento sanitário e de formulação do SUS. Esse período foi marcado por sucessivas crises no setor saúde, com destaque para a crise do sistema previdenciário, a qual ficou conhecida no âmbito das políticas sociais como ‘crise da previdência social’. Caracterizou-se por grandes projetos de extensão de cobertura em todo país, focados para atender aos grandes bolsões de pobreza, decorrentes da industrialização/urbanização e da mobilidade campo-cidade (AROUCA, 1975; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1979, 1984; CORDEIRO, 1984, 1991; MENDES, 1993; ROCHA, 1997).

As políticas de saúde dessa época, mesmo que sem muita clareza, apresenta um claro sentido de recorte territorial – dominação-regulação, na oferta de ações e na localização espacial dos serviços para atender a grupos vulneráveis, sobretudo na especificidade da população trabalhadora urbana e rural. Enquanto se desenvolvem ações de saneamento e de controle sanitário nas áreas centrais das principais capitais do país, simultaneamente,

²⁴ Ver Perlman, J. O Mito da Marginalidade: favela e política no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1977.

²⁵ O conceito de “marginalidade social” é homólogo à noção de exército de reserva o qual pode auxiliar a concebê-la como produto do desenvolvimento econômico e compreender a sua função dentro deste processo. Marx no Capital (1975, cap. 23, v. 1) cunha o conceito de exército de reserva que se refere a uma população “sobrante” que é produzida, principalmente, pelos avanços técnicos introduzidas no processo produtivo. À medida que cresce a riqueza social há também um aumento na quantidade demandada de força de trabalho, porém em proporções decrescente proporcionalmente à rapidez do incremento tecnológico no processo de produção.

crece o vetor de busca por atenção médica curativa, determinada pela expansão desenvolvimentista da econômica urbana *versus* a deterioração das condições de vida da população trabalhadora.

Como consequência desse fenômeno ocorre um crescimento significativo da oferta de atenção médica pela Previdência Social e o esvaziamento progressivo das ações de campanha, as quais induziram e conformaram um novo modelo de atenção – o médico-assistencial privatista, que rapidamente se torna hegemônico no setor saúde (AROUCA, 1975; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1979, 1984; CORDEIRO, 1984, 1991; MENDES, 1993; NASCIMENTO, 2007).

Essa nova racionalidade assistencial traz como características centrais, a extensão de cobertura previdenciária para totalidade da população urbana e rural; ênfase na atenção médico curativa, individual e especializada, em detrimento da saúde pública. Criação de um complexo médico-industrial forte com a ajuda estatal, e organização das ações de saúde centrada na figura do médico, ofertada pela rede privada dos serviços tendo no lucro sua expansão. Esse modelo se fortalece no governo militar, pela forte relação que o Estado brasileiro estabelece com a denominada coalizão internacional modernizadora²⁶, adotando políticas econômicas de caráter centralizador e setorial que potencializa o seu poder regulador (MENDES, 1993, 1996; FAVERET, F.P. & OLIVEIRA, P. J., 1990; SILVA JUNIOR, 2006)

Esse movimento se caracteriza pela oferta de um cardápio básico de ações sanitárias dirigidas a territórios específicos, tendo como pressuposto a possibilidade de oferecer a populações excluídas, acesso a serviços de saúde e ações de saneamento básico próximos de seu local de moradia. Essa demanda se constitui para o setor, como perspectiva diagnóstica, da frágil capacidade resolutiva e operacional da saúde pública, catalisando fortes evidências sobre a inoperância da previdência social e do processo de privatização da assistência, e também, como campo de práticas para formulação de

²⁶ Segundo Merhy, (1997) a nova ordenação entre o Estado (capitalista) e o conjunto das classes sociais se deu no sentido de consolidar um bloco dirigente orgânico ao desenvolvimento capitalista. As políticas econômicas da denominada coalizão internacional modernizadora pautaram-se pela associação entre o capital monopolista internacional, o grande capital nacional e o capital estatal, além da concentração de recursos no governo federal, do controle do déficit público e da criação de fundos específicos não tributários para dar suporte às políticas sociais.

proposta de modelos de atenção alternativos (PAIM, TEIXEIRA & VILASBOAS, 1999; SILVA JUNIOR, 2006; PAIM, 2008).

As evidências sobre a fragilidade do sistema de saúde permitem para sua sobrevivência, a constituição de inúmeros Planos, Projetos e Programas de recorte setorial, como sustentação ao modelo econômico vigente, marcado por acordos internacionais e forte crise fiscal, cujo caráter concentrador necessita articular um conjunto de políticas compensatórias²⁷ direcionadas a grupos não integrados ao processo de desenvolvimento econômico e social. *“Tratava-se, portanto de reconhecer e legitimar diferentes graus de cidadania e oferecer políticas sociais perpetuadoras das desigualdades seja no plano espacial, seja no plano dos conjuntos sociais”* (MENDES, 1993:26).

Com esse olhar, traçavam-se as linhas bases do processo de “universalização excludente²⁸” das políticas de saúde, a ser consolidado na década seguinte, tendo na ação sobre o território o instrumento de segregação espacial e de marginalização social (COSTA, 1986).

2.2. O Movimento de Reforma Sanitário: O Espaço-Região

No cenário internacional a proposta da Atenção Primária à Saúde (APS), nascida com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde em Alma-Ata, em 1978, coordenada pela Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF), torna-se modelo para vários países na ordenação de seus sistemas de saúde.

Define como elementos essenciais para melhoria das condições de vida e saúde à educação sanitária; o saneamento básico; a atenção materno-infantil, inclusive a imunização e o planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento adequado das doenças e dos danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a

²⁷ Para Mendes (1993:26), as políticas compensatórias são formas alternativas encontradas pelo Estado para resolver a contradição que existe entre as exigências político-ideológicas de expansão das políticas sociais e o incremento de seus custos num quadro de crise fiscal.

²⁸ A expressão “universalização excludente”, criada para designar a associação entre a “expansão por baixo”, pela inclusão de milhões de pobres e indigentes, e a exclusão por cima, mediante a qual parcelas de trabalhadores com maior qualificação e a classe média, aparentemente, abrem mão da atenção médica do SUS, para ter atendimento diferenciado nos planos de saúde (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

promoção de alimentação saudável e de micronutrientes, e a valorização da medicina tradicional (MENDES, 2002; CZERESNIA & FREITAS, 2003; CARVALHO, 2004; TEIXEIRA & SOLLA, 2006).

No Brasil, a proposta da APS foi inicialmente introduzida em programas específicos, executados com recursos marginais, destinados a populações excluídas de regiões pobres, para as quais se oferecia, exclusivamente, um conjunto de tecnologias de saúde simplificadas, de baixo custo, desenvolvida por pessoal com pouca qualificação profissional e sem mecanismos adequados, seguros e de qualidade para assegurar a referência em nível de atenção de maior densidade tecnológica (GIOVANELLA, 2006; NASCIMENTO, 2007; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2007; CUETO, 2004; PAIM, 2008).

A despeito dos programas que se utilizavam da APS restrita, alguns projetos desenvolvidos na década de 1970 colocaram, diferentemente, em prática algumas das principais bandeiras do movimento sanitário na direção da universalização, da acessibilidade, da descentralização, da integralidade e da participação comunitária:, como foram o Plano de Localização de Unidade de Serviços (PLUS), o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde no Norte de Minas Gerais (o Projeto Montes Claros) e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (ESCOREL, 1999, p. 135).

O Projeto Montes Claros em 1971 se constituiu a primeira experiência a demonstrar na prática os princípios defendidos pelo movimento sanitário. Propunha integrar todas as ações de saúde, as curativas e as preventivas, com a participação comunitária em uma estrutura hierarquizada. A importância deste projeto decorre do fato de agregar profissionais do movimento sanitário, promover discussões e ser objeto de investigação acadêmica. O PLUS, criado em 1975 teve como objetivo a elaboração de planos de saúde para as regiões metropolitanas. (ESCOREL, 1999, MENDES, 1993).

O PIASS de 1976 exemplifica mudanças nas tendências setoriais na direção de uma abordagem da medicina social, evidenciando a crescente capacidade de inserção do movimento na política. Este programa é marco do encontro entre o movimento sanitário e a tecno-burocracia. Por parte das instituições, significava a simplificação do cuidado e dos serviços ofertados, baixando os custos (BODSTEIN & FONSECA, 1989); de parte

do movimento sanitário representava a possibilidade de realizar um *“expressivo incremento na oferta de serviços ambulatoriais básicos a populações completamente excluídas do acesso a equipamentos sociais, em especial no Nordeste”* (NORONHA E LEVCOVITZ, 1994:79),

O PIASS ficou emblemático por se destinar a cobrir com Atenção Primária à Saúde (APS)²⁹ pequenos municípios do Nordeste, onde se buscava articular as ações de promoção e prevenção oferecida pelo Ministério da Saúde com aquelas mais curativas desenvolvidas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps).

Para dar suporte a esse tipo de programa foram criadas estruturas para qualificação de pessoal³⁰, de modo que a experiência pudesse ser replicada para todo o país, assegurando um modelo territorial de base estadual, cujas ações se concentravam sob a responsabilidade das Secretarias de Estado. As estruturas estaduais adotavam um desenho administrativo regionalizado e desconcentrado em todas as regiões. Para atender a essa demanda política, cria-se em 1981 o Conselho Nacional de Saúde Previdenciária (CONASP) com a finalidade de reorganizar a atenção médica, realocar recursos e controlar custos.

O CONASP foi um marco na transição do modelo centralizado, embora sua implementação tenha sido periférica no interior da Previdência, por não ser assumida como proposta de Governo. Havia grande discordância ideológica e de interesses quanto a sua composição que aglutinava, de um lado, representantes de prestadores de serviços privados, sindicatos estaduais de hospitais, grupos de interesse da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares, e de outro, representantes do movimento sanitário - sindicatos médicos, Cebes, Abrasco, Departamentos de Medicina Preventiva e Institutos de Saúde Coletiva, sindicatos de trabalhadores, associações de moradores, e,

²⁹ Desde os anos 20, o Brasil realiza experiências em serviços de saúde que poderiam ser chamadas de APS seletiva: a saúde pública estatal com ações de prevenção de doenças e a atenção médica curativa individual ofertada pelas Caixas e IAP no campo do seguro social. Nos anos 40 os SNS verticais e focados em doenças específicas e o SESP com ações preventivas coletivas e assistência médica curativa. Seguem-se ações seletivas focadas em populações e agravos específicos - PIASS no Norte e Nordeste; Prev-saúde em centros urbanos de maior porte; PAIS em municípios-capital; PAISM voltado à saúde da mulher e PAISC a crianças (Giovannella & Mendonça, 2007).

³⁰ O governo federal criou o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) em uma ação conjunta do MS/MEC/OPS, a carreira de sanitário e de agente de saúde pública (Mendes, 1993:28)

posteriormente, secretários municipais e estaduais de saúde e integrantes de partidos políticos (GRIGÓRIO, 2002)

O Plano CONASP em 1982 cumpre a determinação de desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo voltada para populações excluídas pelo modelo assistencial hegemônico, e organizar serviços básicos, com ações de saúde “pobres para pobres³¹”, ofertadas em unidades básicas, geograficamente distribuídas dentre essas populações. Seus pressupostos operacionais dão ênfase a APS e a rede ambulatorial como porta de entrada do sistema; a integração das instituições públicas de saúde das três esferas de gestão, organizadas em uma rede regionalizada e hierarquizada; a criação de sistemas de referência e contra-referência, com prioridade para a rede pública de saúde, complementada pela rede privada; o estabelecimento de níveis e limites orçamentários; a descentralização da administração dos recursos; a simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle; a racionalização do uso de procedimentos de custo elevado, e a definição de critérios racionais para a realização de quaisquer procedimentos orientados pela Portaria MPAS 3046/82 (GRIGÓRIO, 2002:28).

A portaria MPAS 3046/82, foi durante os anos 80, o instrumento que orientou o dimensionamento e a distribuição espacial da rede de serviços de saúde, utilizando parâmetros populacionais para definir o porte de unidades de saúde³², a localização territorial dos serviços (área rural e urbana) e a cobertura assistencial para oferta de atenção. Com essa direção, os territórios do sistema de saúde vão sendo definidos de acordo com a capacidade físico-operacional e a abrangência das unidades de saúde, tendo na compreensão de população adstrita a área de atuação e de responsabilidade das equipes de saúde.

³¹ Essa expressão foi usada durante muito tempo no campo da saúde coletiva para expressar a APS seletiva e representante de um modelo de atenção excludente e autoritário (Mendes, 1993; Silva Junior, 2006a, 2006b).

³² Postos de Saúde localizados em área rural, para desenvolver ações de imunização, curativo, atendimento a mulher e a criança, realizadas por pessoal auxiliar e por visitadoras sanitárias, com a retaguarda de uma unidade de maior porte; centros de saúde, com atendimento médico e odontológico de acordo com o porte populacional – tipo I entre 500 a 2.000 hab, tipo II de 2.000 a 5000 hab e tipo III até 20.000 hab.; unidades de mistas - de 20.000 e 50.000 hab; hospital local - 50.000 a 100.000 hab, e os hospitais regionais e de especializados para tender ao perfil epidemiológico regional e estadual (MPAS, 1982).

Após o longo período do regime burocrático-autoritário sustentado por uma modernização conservadora da sociedade, parte-se para uma nova estratégia de “descompressão” político-social, cunhada de *reformismo conservador*³³, a qual teve como meta implementar um conjunto de reformas, capazes de imprimir novos rumos ao processo de crescimento econômico, e aglutinar, de forma gradual, parcelas da sociedade até então excluídas da arena política e da economia de mercado. Para tanto, alguns projetos no campo da saúde formam postos em prática, atendendo ao movimento redistributivo-reformista-conservador do governo, que visava por meio de políticas sociais diminuir gastos advindos do dito “milagre econômico” e racionalizar a máquina administrativa (NASCIMENTO, 2007; MELLO, 1990; TEIXEIRA, 1989; FIORI, 1991; TAVARES & FIORI, 1993).

A crescente crise nas estruturas de governo, associada à profunda insatisfação popular se expressa, na arena política, pela vitória da oposição nas eleições parlamentares. No bojo dessas lutas por políticas mais universalistas e da imponderável abertura do regime ditatorial em fins dos anos 1970, nasce um movimento dentre os profissionais e intelectuais da área de saúde coletiva, o qual exige mudanças radicais no modelo excludente de atenção à saúde. Este movimento fica conhecido como *Movimento pela Reforma Sanitária (MRS)*, que se amplia significativamente, com a incorporação de lideranças políticas sindicais e populares e também de parlamentares interessados na causa, dando novos contornos ideológicos para formulação da política de saúde futura (PAIM, 2008).

Um dos marcos desse movimento sanitário foi o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, conduzido em 1979 pela comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Neste momento já se discutia e se vislumbrava uma nova proposta de reorganização do sistema de saúde. A proposta, de caráter inovador, foi apresentada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), legítimo representante dos interesses do MRS, a qual sugere como horizonte um Sistema Único de Saúde, de caráter universal e descentralizado. (TEIXEIRA, 1989; PAIM, 2008).

³³O reformismo conservador se caracterizou pelo lema “reformar para conservar”, nos moldes de uma ‘revolução passiva’ gramsciana à brasileira, que pressupõe fortalecer o Estado em favor das forças hegemônicas e o reformismo como modalidade de desenvolvimento que exclui as classes populares desse processo – reforma “por cima”.

Ainda em decorrência da forte pressão social e das inúmeras lutas pelas liberdades democráticas, em oposição ao longo termo do regime ditatorial e de suas drásticas conseqüências sobre a cidadania e a justiça social, emerge o movimento popular das “diretas já”, que clama por eleições para Presidente da República, explicitando o descontentamento de grande parcela da população, de movimentos sociais organizados e do próprio Estado, em inúmeras manifestações em todo o território nacional. Esses movimentos, de cunho reivindicatório e popular, criam as bases da luta pela apropriação do território, e nesse contexto, inscrevem os territórios da saúde (NUNES, 1998).

2.3. Marcos da Reforma Sanitária e do SUS: o Espaço-Território

Como resposta ao quadro de insatisfação social e turbulência no setor saúde, o Estado em uma ação estratégica experimental implanta as Ações Integradas de Saúde (AIS), com cobertura para todo o país em 1984. Neste momento as AIS significaram um avanço para Sistema de Saúde vigente, pela incorporação da proposta de gestão colegiada de ações de saúde, articulando os Ministérios da Previdência e Assistência Social, da Educação e da Saúde, com desdobramentos nos níveis federal, estadual e municipal (PAIM,1986, 2008; CORDEIRO, 1991).

[...] de cunho eminentemente racionalizador, as AIS tiveram o mérito de abrir para estados e municípios a possibilidade de também se transformarem em atores da política nacional de saúde, seja como participantes dos fóruns de discussões oficiais (Comissão Interinstitucional/CIS, Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde/CIMS) ou não oficiais que então se abriam, ou como receptores de novas (mas na verdade antigas) responsabilidades no Sistema de Saúde" (GOULART,1996:20).

Entram em cena dois atores institucionais relevantes, os Estados e os Municípios, cujos territórios expressam em seus limites, as singularidades que especificam os problemas e às necessidades em saúde e sua estreita relação com as condições de vida dessas populações. A possibilidade de participação efetiva desses dois entes federados na formulação da política nacional de saúde abre a perspectiva de se constituir novas relações de poder na definição do arranjo espacial do sistema. Intensifica-se a idéia da descentralização das ações e o papel dos municípios como executores da política no âmbito local sob a coordenação dos estados.

Ainda em 1984, a Câmara dos Deputados realiza o V Simpósio de Política Nacional de Saúde no qual ratifica, em seu relatório final, a importância das Ações Integradas de Saúde como alternativa para se chegar a um Sistema de Saúde Unificado, abrindo frente para pactuação junto ao Programa de Governo da Transição e lastro para o próximo Governo Democrático no que tange à política de saúde. Mesmo com a morte do presidente eleito e sua consequente substituição, deu-se continuidade às formulações postas anteriormente, coradas com a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde para 1986 (PAIM, 1986; CORDEIRO, 1991; NASCIMENTO, 2007).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve ampla participação dos trabalhadores da saúde e de representações da sociedade civil organizada, fato que não ocorrera nas demais conferências que a antecedeu, onde a participação só era franqueada aos representantes de Governo. A Conferência se realizou na capital federal, convergindo na discussão ampliada temas centrais da Reforma Sanitária (RS) como saúde como direito inerente à cidadania e à pessoa; reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde (NASCIMENTO, 2007; PAIM, 1996; 2008).

Como desdobramento da 8ª CNS, setores identificados e mobilizados em torno das idéias da Reforma Sanitária, organizam-se para superar a estratégia intermediária das AIS e propõem o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Implantado em 1984 em uma modalidade de convênio entre o Governo Federal e os estados, representou, naquele momento, uma mudança significativa nas regras do poder decisório vigente. Nessa perspectiva, estabeleceu-se que o gigantesco aparato técnico-assistencial do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) seria destituído do seu atual papel como prestador de serviços, passando a seguir as seguintes recomendações:

- Ao INAMPS cabe agora controlar e co-financiar o sistema de saúde;
- Devem ser implementadas alterações na estrutura do INAMPS de modo a oferecer maior eficácia ao sistema de saúde em curto prazo;
- Nesse novo desenho operacional cabe aos Estados e Municípios a incumbência de oferecer serviços de saúde de forma descentralizada;
- Para assegurar resolutividade, universalização, regionalização, hierarquização e integralidade das ações de saúde, o planejamento passa ser realizado também de forma descentralizada, evitando duplicação e paralelismo na oferta assistencial (MULLER, 1992:51).

Com o SUDS os convênios com os estados assumiram formas variadas “*contemplando diferentes níveis de transferência de funções bem como abarcando diferentes esferas descentralizadas de governo*”, indicando que “*a intenção dos dirigentes da Previdência Social em promover a descentralização acelerada, era testar, na prática, a alternativa que parecia mais viável de melhoria da prestação de serviços para o usuário*” (MULLER, 1992:51).

No entanto, a implantação do SUDS não se deu sem resistência, em que pese o reconhecimento da legitimidade das recomendações da 8ª Conferência e a condução política de alguns dirigentes do INAMPS, que intentavam dar coerência aos princípios descentralizadores subjacentes às diretrizes do SUDS. A perda, ou transferência de poder do INAMPS na gestão da saúde para os estados, criou situações de quase intervenção de uma esfera ‘subnacional’ sobre a federal, neste processo conhecido como ‘estadualização da saúde’ (CORDEIRO, 1991; PIMENTA, 1993).

A Assembléia Nacional Constituinte de 1987 ao elaborar a nova Carta Magna incorpora boa parte das propostas da Reforma Sanitária brasileira, e concretiza suas ações no plano jurídico-institucional. A *Constituição Cidadã* (embora acusada de tornar o país “ingovernável” por alguns setores) incluiu, no capítulo da seguridade social, a saúde como direito de todos e dever do Estado e molda as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Em seu Título VIII (*Da Ordem Social*), Capítulo II (*Da Seguridade Social*), Seção II (*Da Saúde*), artigo 196 afirma “*a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988)*”. Com relação à organização dos serviços, o artigo 198 especifica, que “*as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constitui um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*”

I.Descentralização, com direção única em cada esfera de Governo;
II.Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III.Participação da comunidade”.

“Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da

União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Brasil, 1990a)”.

Instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), inserido numa proposta de seguridade social e sintetizando uma política social universalista. Um dos seus méritos é ser resultante das propostas da Reforma Sanitária, a qual rompeu e transformou, para melhor, o padrão de intervenção estatal no campo social moldado desde a década de 30. Nesse sentido, há uma mudança radical de paradigma sanitário - do ponto de vista teórico-conceitual e técnico, onde a saúde se desloca da negatividade das práticas – focada na doença e em doentes, para se recolocar de forma positiva como produção social voltada para a qualidade de vida e a cidadania (MENDES, 1993; PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000).

Em 1990 é promulgada a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo os papéis das três esferas de Governo (MS, 1993).

Os anos 90 foram marcados por importantes mudanças na política nacional voltada para APS e por grande investimento na ampliação do acesso à saúde. Pode-se dizer que tais transformações se relacionam tanto às mudanças no arranjo federativo instaurado após a Constituição de 1988 e ao processo de descentralização, como ao destaque assumido pela APS na agenda setorial.

Como um novo espaço de materialização das práticas de saúde, surge a proposta do distrito sanitário, que se apresentou como uma tentativa de desburocratização do sistema, situando-se na confluência entre as instâncias gestoras e de assistência, mas se propondo a reinterpretar os mecanismos de intervenção no espaço sanitário público.

Nessa perspectiva, MENDES (1993:94) situou o “*distrito sanitário como um microespaço de luta política entre atores sociais portadores de diferentes projetos, no qual se deve procurar a acumulação de capital político, poder para construir viabilidade à situação objetivo que se deseja alcançar*”. O avanço dessa reflexão fortalece a institucionalização da proposta da descentralização, dessa feita, pela superação da idéia de desconcentração administrativa característica de períodos anteriores.

A municipalização ganha visibilidade, não apenas nas dimensões tecnológica e cultural, mas, sobretudo pela entrada de novos atores na gestão, onde a definição da política de saúde pressupõe a distribuição de recursos e considera o município em suas dimensões espacial, mas também social e cultural. Esse novo arranjo federativo na saúde significa avanços na descentralização político administrativa, com o estabelecimento de novos mecanismos de financiamento na saúde e a progressiva transferência de responsabilidades pela execução direta de ações e serviços de saúde a estados e principalmente a municípios. (MENDES, 1993; NUNES, 1998).

É importante destacar, que nesse momento da municipalização, o incremento do poder decisório do município na gestão do sistema e dos serviços de saúde nos territórios de sua responsabilidade, revela um paradoxo: a grande maioria em todo o país é de pequeno porte e com baixa sustentação econômica, tornando-se dependente das transferências intergovernamentais. Em muito desses municípios não havia sequer uma base técnica local para formular e implementar políticas de saúde no âmbito municipal, ou mesmo assumir a gestão da rede de serviços de saúde do município, nos casos onde havia serviços de saúde instalados. O fato positivo é que na redistribuição de poder e de competências entre os três entes federativos ocorreram mudanças na forma do gestor federal exercer suas funções (NORONHA & LEVCOVITZ, 1994; NORONHA, 2001; MATTOS, 2008; NORONHA & MACHADO, 2008).

LEVCOVITZ et al (2001:270) ressaltam que a proposta da “*descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colidiu com as idéias neoliberais fortalecidas nos anos 90*”. Isso significa que embora essa estratégia operacional tenha sido fundada em bases de inspiração político-ideológica diferentes, o consenso sobre sua implementação ainda hoje, contribui de um lado para o fortalecimento das instâncias de gestão local, de outro não incomoda o projeto neoliberal de diminuição do papel do Estado. Segundo o autor, fica claro que esse mecanismo, por si só, não assegura “*o caráter democrático do processo decisório (p.271)*”, nem tão pouco garante o cumprimento dos demais princípios do SUS.

2.4. O SUS e os Modelos de Atenção: o Território-Processo

Segundo PAIM (1993 1998, 1999) os modelos assistenciais podem ser caracterizados como uma combinação de conhecimentos (saberes) e técnicas (métodos e instrumentos)

utilizadas para intervir sobre problemas e suprir necessidades de saúde nas esferas individual e coletiva. Nesse sentido, não podem se restringir a um simples arranjo organizativo de serviços de saúde, nem tão pouco se limitar a administração (gestão e gerência) de um sistema de saúde. Modelos de atenção aludem aos diferentes modos de como os agentes da saúde se organizam e se relacionam (trabalhadores e usuários), intermediados pelas técnicas/tecnologias (materiais e imateriais), com a quais desenvolvem seu processo de trabalho, de forma (cri)ativa e comprometida, para agir sobre problemas (causa, riscos e danos) e atender às necessidades socialmente determinadas e circunscritas em um espaço-tempo.

Nesse sentido, ao tempo da formulação SUS e em face de constatações de cunho político-institucional e operacional sobre o seu processo de implementação, alguns grupos do movimento sanitários brasileiro propuseram modelos de atenção alternativos, de modo a viabilizar as novas possibilidades de gestão descentralizada, tendo por inspiração algumas idéias que se constituíram ao longo do período 60-80 na América Latina. Duas dessas propostas foram fundamentais para incorporação da categoria território no campo da saúde.

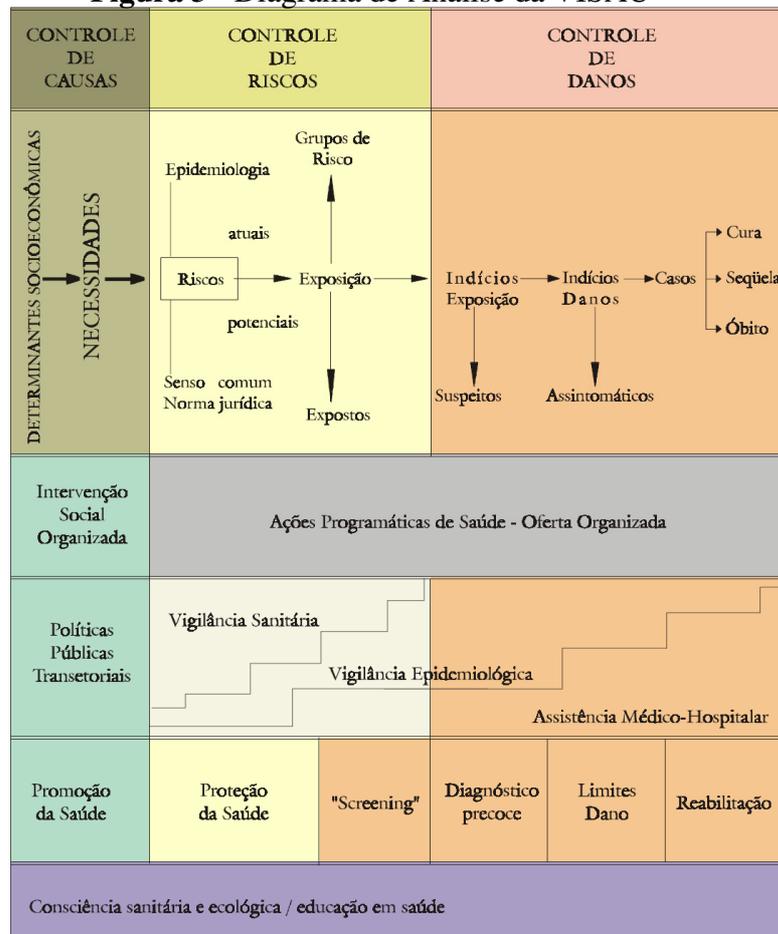
Os Distritos Sanitários implementados nos anos 80-90, no âmbito das Secretarias estaduais (SES) e municipais (SMS) de saúde, apoiadas pela Organização Panamericana de Saúde (OPS) e a Cooperação Italiana em Saúde, influenciou fortemente o uso do território como elemento essencial para produção de saúde e a organização do processo de trabalho em saúde. Esse desenho organizacional dos serviços de saúde foi inspirado nos SILOS (sistemas locais de saúde) bastante difundido na América Latina, para suprir as necessidades de atenção de países pobres, em áreas de alta vulnerabilidade social (TEIXEIRA & SOLLA, 2006).

Os SILOS tiveram como base teórica uma abordagem sistêmica sobre o processo saúde-doença, apoiada em reflexões de epidemiologistas latino-americanos sobre a teoria da produção social e sua contextualização na definição da situação de saúde de populações, utilizando de forma inovadora os aportes do pensamento estratégico e do enfoque situacional para pensar e agir sobre a realidade observada. Influenciaram fortemente as proposições de modelos inovadores de atenção à saúde no Brasil e se consolidaram por meio de experiências exitosas nos anos 90 (TEIXEIRA, 2001; SILVA JUNIOR, 2006).

Os DS absorvem as contribuições dos SILOS e acrescem elementos da geografia crítica, em especial as reflexões de Milton Santos, para delimitação de territórios, entendidos como recortes espaciais de caráter administrativo, epidemiológico, sanitário, social e cultura, no qual as práticas de saúde se desenvolvem (TEIXEIRA & SOLLA, 2006).

É nesse contexto que surge a noção de Vigilância da Saúde (VISAU), cunhada para identificar a forma específica de integração das práticas de saúde no território do DS, tendo como suporte teórico uma leitura crítica da História Natural das Doenças (HDN) de LEAVEL & CLARCK (1987) e sua atualização embasada por reflexões e estudos de AROUCA (1975); PAIM (1994); TEIXEIRA (2000), configurando um novo diagrama interpretativo das causas, danos e riscos que incidem sobre pessoas e coletivos, resultando em adoecimento, seqüelas e mortes, e das formas de intervir sobre eles.

Figura 3 - Diagrama de Análise da VISAU



Fonte: Paim, 1994

O modelo da vigilância da saúde apóia-se no conceito positivo de saúde, como qualidade de vida, trazendo em seu arcabouço teórico e operacional elementos importantes para a organização do SUS. Coloca-se para o campo da saúde coletiva com

dupla dimensão: uma técnica - novo modelo de atenção, voltado para a produção social da saúde, e, uma gerencial - nova organização do processo de trabalho, das práticas sanitárias no nível local.

Para tanto, articula conhecimentos das ciências sociais e humanas e das ciências da saúde, por entender que essa nova racionalidade deve ter por base o conceito de território advindo da geografia crítica (SANTOS, 1985, 1988, 1992, 1994, 1996, 1998); de problemas do Planejamento Estratégico Situacional (MATUS, 1993, 1996, 1997, 2005; TESTA, 1991, 1995); de necessidades (HELLER, 1985, 1986; ARENDT, 2007; STOTZ, E.N., 1991); da epidemiologia social (BREILH, 2001, 2006 ; CASTELLANO, 1991, 1996, 1998; SABROSA, 1992; DONANGELO, 1975, 1976 ; LAUREL, 1977, 1981, 1983)

Entendido como modelo de atenção a VISAU tem no território-processo (território em movimento, vivo) um dos seus pilares de sustentação, junto com os problemas de saúde e a intersectorialidade. A operacionalização desta proposta pressupõe:

“a valorização dos princípios de regionalização e hierarquização dos serviços, aplicados simultaneamente à delimitação de diversas ‘áreas’ (de abrangência/influência dos serviços, de acordo com sua capacidade operacional) e, além disso, a incorporação da idéia de ‘mapa de risco’, que fundamenta a delimitação de ‘microáreas’ (definidas em função do mosaico epidemiológico e das condições e modos de vida da população). A incorporação da noção de ‘problemas de saúde’ no processo de planejamento e programação das ações (...) permite a valorização de uma visão policêntrica e democrática na definição dos objetos de intervenção (...)” (TEIXEIRA & SOLLA, 2006:28).

Para consolidar o SUS e as propostas colocadas para mudança do modelo assistencial vigente, alguns instrumentos normativos foram sendo introduzidos com a finalidade de iniciar o processo de organização da atenção, atendendo aos princípios e diretrizes do SUS contidos na constituição e nas Leis Orgânicas (LOS) 8.080 e 8.142 de 1990, principalmente no que se refere à descentralização da gestão (municipalização) e dos serviços (regionalização e hierarquização).

Editadas nos anos 90 as Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS se constituíram em instrumentos de regulação do processo de descentralização, voltados para aspectos relacionados com a divisão de responsabilidades, a relações entre as esferas de gestão e

aos critérios de repasse de recursos federais para estados e municípios. Esses elementos são estratégicos para a implementação de políticas de abrangência nacional em um país, com desdobramentos singulares nos territórios dos Estados e dos Municípios, em função do desenho federativo em construção e do sistema tributário ainda relativamente centralizado (LEVCOVITZ et al, 2001; LUCCHESI, 1996).

As NOBs 01/91 e 01/92, embora voltadas para apoiar a descentralização e a fortalecer os mecanismos de transferência de recursos via pactuação, pouco contribuíram para definição da organização da rede de serviços e integração das ações nos diferentes níveis de complexidade do sistema alocados em diferentes territórios. Paradoxalmente, foram feitas muitas críticas ao caráter centralizador dessas normativas, que modificaram o mecanismo de transferência de recurso tradicional, para outro baseado na produção de procedimentos, colidindo com as diretrizes das LOS (LEVCOVITZ, 1997).

A NOB 01/93, ancorada nas resoluções da IX Conferência Nacional de Saúde de 1992, cujo tema central foi “Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho”, ampliou a participação dos governos municipais nas políticas de saúde, e deu início a articulação entre serviços e ações nos diferentes níveis do sistema, indicando novas estratégias para a descentralização:

“(...) o respeito à diversidade de realidades estaduais e municipais, com capacidades e vontades distintas de absorver as novas responsabilidades gerenciais e políticas; o cuidado de não desestruturar as práticas existentes antes que se instaurassem as novas, de modo a evitar rupturas bruscas no atendimento à população; o reconhecimento das relações de parceria como base para estruturação do sistema (LUCCHESI, 1996:116)”.

Em 1994, com a radicalização do processo de municipalização implanta-se o Programa Saúde da Família (PSF) em todo o país, que demarca, de forma incisiva, na política de saúde brasileira a incorporação da estratégia de atenção primária. O arcabouço doutrinário dos cuidados primários de saúde da conferência de Alma-Ata já havia influenciado, anteriormente, a formulação das políticas de saúde no Brasil nos anos 70, e seus princípios foram traduzidos no novo modelo de proteção social em saúde instituído com o SUS (ESCOREL et al, 2007:165).

Destaque-se que em nenhum momento no Brasil, foi colocada em prática uma política específica, em dimensão nacional, voltada para APS, embora tenha havido diferentes

experiência localizadas e implementadas de forma isolada em algumas regiões e estados brasileiros. Dessa forma o PSF se inicia com a perspectiva de cobrir e atender populações de áreas de maior risco social e ao poucos, dentro dos contextos locais em que se fortalece, adquire centralidade nacional.

A singularidade deste modelo está na definição de uma equipe mínima formada por diferentes profissionais com qualificações técnicas diversas (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) cujo processo de trabalho deve ser desenvolvido em territórios bem definidos – área de abrangência da equipe de saúde, micro-área do agente comunitário, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Com isso, deve se constituir como porta de entrada do sistema de saúde local e o primeiro nível de atenção articulado com outros de maior complexidade (BRASIL, 1994).

Os manuais e diretrizes do MS recomendam que cada equipe do PSF seja responsável por cerca de 600 a 1.000 famílias (2.400 a 4 500 habitantes). Deve estar apta a conhecer e construir vínculos com as famílias do seu território de abrangência, identificar potencialidades, situações de risco e vulnerabilidades existentes na comunidade, de modo a elaborar diagnósticos de situação de saúde e condições e vida. A compreensão dos problemas e das necessidades de saúde deve subsidiar à elaboração de um plano de intervenção com atividades voltadas para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença. Deve ainda desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (SCOREL et al, 2007:165).

É com a NOB-SUS/96 que se instituem de forma ampla as bases iniciais para uma política de atenção básica, firmadas a partir de algumas considerações fundamentais: consolidação do poder público municipal; definição de responsabilidade sanitária; reorganização do modelo assistencial; aumento na transferência direta de recursos; estabelecimento de vínculos entre o cidadão e o SUS, e fortalecimento a gestão compartilhada do SUS. Essa norma foi discutida e negociada por 12 meses junto ao Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), permitindo a participação de vários segmentos da sociedade, na perspectiva de se encontrar um consenso que atendesse a todos os níveis de gestão do SUS.

Uma de suas finalidades foi aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, entendendo que o município é de fato o “*responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenção saneadoras em seu território*” (BRASIL, 1996). Como estratégia principal para a reorganização do modelo de atenção propõe a ampliação de cobertura do Programa Saúde da Família³⁴ (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde³⁵ (PACS) por meio de incentivo financeiro pautado em critério populacional.

O principal avanço com a implementação da NOB 96 foi à adesão maciça do conjunto dos municípios brasileiros (99% dos 5.506), a uma das condições de gestão apresentada pela norma. A maioria aderiu à gestão Plena da Atenção Básica e cerca de 10% à Gestão Plena do Sistema Municipal (LEVCOVITZ et al, 2001). Isso significou uma mudança radical na gestão da saúde, pela inversão de poderes no planejamento e na definição de ações no âmbito local.

Esse fato e a própria Norma, embora criticados por alguns, que alegam a criação de milhares de ‘sistemas locais isolados’, possibilitou, por isso mesmo, organizar os serviços de saúde municipal levando em conta os usos do território pela população, favorecendo a um novo desenho territorial na gestão dos sistemas locais de saúde (MENDES, 1998; SILVA, 2001; GADELHA et al, 2009).

Com os avanços obtidos pelo intenso processo de descentralização, induzido pelas Normas Operacionais Básicas do SUS 01/93 e 01/96 milhares de gestores municipais emergiram como atores políticos afirmando sua responsabilidade sanitária e novos elementos foram agregados para o amadurecimento da reflexão sobre as especificidades do papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde.

Nesse cenário, sob a avaliação da dispersão dos sistemas municipais de saúde, a NOAS-SUS 01/01 é editada, como reconhecimento do papel fundamental da regionalização em

³⁴ O Programa Saúde da Família foi implantado em 1994 em alguns Estados e Municípios específicos. A partir de 1996 decidiu-se sua implementação em território nacional, com a finalidade de imprimir nova dinâmica aos serviços e ações de saúde, com integração e racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial, e impacto nos indicadores de saúde da população assistida (BRASIL, 1996).

³⁵ O programa de Agentes Comunitários de Saúde surge em 1991, caracterizado como APS seletiva, voltado para expansão de cobertura a populações localizadas em áreas de risco, endêmicas, do nordeste. Expande-se em seguida para norte e depois para todo o país, por ter sido uma experiência exitosa, principalmente por seu foco na família.

saúde para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção e a incorporação de outros atores institucionais nesse momento específico da implementação do SUS. A regionalização é ratificada na NOAS 01/02 em consequência do amadurecimento da discussão sobre o modelo de gestão do SUS e de pactuação entre o MS, as SES via CONASS e as SMS através do CONASSEMS.

Alega-se que a necessidade dessa Norma se deu após a identificação de entraves operacionais, relacionados ao comando único sobre os prestadores de serviços para assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais, bem como da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais. Para tanto, a NOAS 01/02 estabelece e descreve um conjunto condições para sua implementação:

“(…) contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (...) instituir o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal”. (BRASIL,2001:9)

O PDR se coloca como possibilidade de conformar os “*sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde (p.9)*”; organizando os territórios estaduais em regiões, microregiões e módulos assistenciais, que compõem redes hierarquizadas de serviços; estabelecer mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais para assegurar a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. Assegura “*acesso dos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência; serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção para atender à referência intermunicipal (p.10)*”.

Para tanto define alguns conceitos-chaves para a organização da assistência no âmbito estadual, que se traduzem em recortes territoriais para organização da assistência:

- a) **região de saúde** - base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente corresponde à divisão administrativa do estado, a ser definida pela SES, considerando as características demográficas, socioeconômicas,

geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

b) **módulo Assistencial** – módulo territorial com resolubilidade correspondente a um conjunto mínimo de procedimento de média complexidade, constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação - conjunto de municípios, entre os quais um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou - município em Gestão Plena do Sistema Municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

c) **município-sede do módulo assistencial** (GPSM ou GPAB-A) – município de um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de média complexidade, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

d) **município-pólo** (GPSM ou GPAB-A) – município que, dentro da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

e) **unidade territorial de qualificação na assistência à saúde** – base territorial mínima a ser submetida à aprovação do MS e CIT para qualificação na assistência à saúde. Caracteriza-se como a menor base territorial de planejamento regionalizado com complexidade assistencial acima do módulo assistencial, conforme definido no PDR. Poderá ser uma microrregião ou uma região de saúde, de acordo com o desenho adotado pelo estado.

As divisões territoriais proposta no PDR, embora de caráter político-administrativo, evidenciam não só a possibilidade de ordenamento dos territórios do SUS, mas também cria estratégias de fortalecimento da gestão do SUS, no que tange à sua capacidade de

resolver problemas e atender às necessidades das populações que a eles estão adscritas. Permite, no discurso, a articulação de uma rede de atenção solidária e compartilhada, na qual os entes federados se fortalecem e caminham, especificamente os municípios, na direção da auto-suficiência e da autonomia naquilo que lhe é de responsabilidade.

Se as NOAS 01/01 e 01/02 deram foco ao Estado na coordenação da regionalização da assistência, também agregaram elementos importantes àqueles editados na NOB/96, no que tange a pactuação intermunicipal, resgatando a antiga idéia contida na proposta dos distritos sanitários de consórcios municipais. Reforçaram a ABS como porta de entrada do sistema e o papel dos municípios e a responsabilidade neste nível de gestão, dada a sua capilaridade político-administrativa nas regiões e micro-regiões.

Como desdobramento desse movimento ampliado de regionalização/descentralização, com a Portaria MS/GM nº399 de 22/02/2006 são instituídas as Diretrizes do Pacto pela Saúde, um grande acordo entre os gestores do SUS, o qual agrega três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Esse instrumento gerencial se coloca como possibilidade de efetuar mudanças significativas para execução do SUS dentre as quais ressalta a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais, e a unificação dos vários pactos hoje existentes (BRASIL, 2006, p.4). Fica explícito no discurso oficial:

“(...) o compromisso com um conjunto de princípios que guardam coerência com a capacidade operativa dos entes federados implicados; respeita as diferenças loco-regionais³⁶; agrega os pactos anteriormente existentes; reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional; fortalece os espaços e mecanismos de controle social; qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde; redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (BRASIL, 2006:5)”.

³⁶ A partir deste documento foi cunhado o termo “loco-regional”, para o qual se supõe referir as dimensões locais e regionais. Do ponto de vista da compreensão do território como produção social, cria-se uma dificuldade teórica e operacional, dado que o regional não é a soma de vários locais, existem singularidades em ambas escalas relacionadas às relações de poder, aos limites, às necessidades e aos problemas de saúde, as quais, em alguns aspectos, não podem ser lidas como iguais. Portanto, neste estudo entende-se a expressão como significante da relação política-institucional que consolida o regional e o local para fins administrativos e gerenciais.

A Política Nacional de Atenção Básica é instituída pela Portaria MS/GM nº648 de 28/04 junto com as Diretrizes do Pacto, dirigida a estabelecer a revisão das diretrizes e normas para a organização da AB para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Caracteriza a AB como um *“conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (p.10)”*.

Devem ser desenvolvidas por meio de práticas sanitárias e gerenciais democráticas e participativas, por meio do trabalho equipe junto à população *“de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território (p.10)”*, de modo a resolver problemas de maior frequência e relevância em seu território.

O movimento e a formulação das políticas de saúde ao longo do período 1986-2006 evidenciam diferentes concepções de território e variadas apropriações em sua operacionalização. Percebe-se desde o início dos anos 80, com a abertura política e a luta por liberdade e a cidadania, uma preocupação com o “nível local” das práticas de saúde. Esse enfoque denota uma “vontade” de setores organizados da saúde e da população junto ao gestor federal, na direção da gestão descentralizada do sistema, até então centralizada e pouco efetiva, para dar respostas aos problemas e às necessidades de saúde das populações dos estados, dos municípios e dos múltiplos territórios que materializam a realidade de saúde do país.

2.5. Os sentidos do Território nas Políticas de Saúde e no SUS

Ao se destacar os sentidos da categoria território no discurso do gestor federal, explicitam-se também o trajeto realizado na análise dos documentos, seguindo a descrição do que foi posto na metodologia, tanto no que tange a pesquisa documental quanto à análise de discurso.

Na pesquisa documental, foi possível realizar no corpus do material pesquisado, a forma como se deu a identificação dos documentos, suas finalidades, o contexto de sua formulação, os atores envolvidos e o lugar que ocupam, a autenticidade e a

representatividade no campo da saúde, seguindo rigorosamente as indicações desse tipo de delineamento.

Em relação à análise do discurso a pesquisadora usou de sua liberdade e de sua implicação, tanto na análise quanto na interpretação dos textos examinados, para desconstruir o método formal da análise lingüística do discurso, para recorrer, quando necessário, às categorias analíticas indicadas na AD – formação discursiva (FD), contexto de produção do discurso (CP), enunciados (E) e discurso (D), de modo a destacar nas formulações políticas analisadas as tensões entre os usos e os sentidos da categoria território.

Nesse sentido, optou-se por realizar nesta parte da tese - um novo texto com um novo discurso utilizando uma análise mais descritivo-interpretativa, situando os elementos de análise no interior de uma linguagem textual, ao invés de realizar uma partitura discursiva orientada por seqüências de (FD), (CP), (E) e (D). Isso porque, tanto nos autores estudados na metodologia quanto no corpus e no tema investigado, foi possível abrir a prerrogativa enunciativa de organizar o próprio discurso do investigador.

Vimos até o momento, na saúde coletiva e nas políticas de saúde, uma variedade de termos e usos da categoria ‘território’, inclusive seus heterônimos – espaço, lugar, região. Se por um lado a polissemia afere ao termo território, um sentido de ambigüidade e multiplicidade, por outro, propicia identificar nos discursos sobre os modelos de atenção, organização dos serviços e do cuidado em saúde, significados múltiplos que orientam as diferentes estratégias relacionadas a processos e práticas em saúde, resgatando-lhe o sentido de movimento, e imprimindo o sentido de multiteritorialidade³⁷.

Identifica-se junto aos múltiplos sentidos do território, uma diversidade de conformações territoriais e populacionais que buscam qualificar os municípios brasileiros quanto ao seu porte e a sua capacidade gerencial, oferecendo outros elementos importantes para análise, possibilitando um confronto profícuo dos discursos e as tensões que eles enunciam na apropriação do termo.

³⁷ “(...) multiteritorialidade, no sentido de experimentar vários territórios ao mesmo tempo e de, a partir daí, formular uma territorialização efetivamente múltipla (Haesbaert, 2004:344).

Segundo NASCIMENTO (2007) é oportuno se conhecer os princípios que nortearam a organização das relações territoriais de poder no Brasil, apoiadas no desenho federativo, o qual influenciou de forma direta a definição das diretrizes e dos princípios que orientaram a organização do sistema de saúde na Constituição de 1988.

Portanto, frente ao quadro político e institucional configurado àquela época, democracia e descentralização política e territorial foram colocadas como princípios fundamentais da Carta Magna brasileira.

“Concentra-se aí o interesse em analisar a correlação entre os significados da descentralização em cada um dos sistemas – o da saúde e o das relações de poder, considerada fundamental para a compreensão das possibilidades e dos limites de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Haja vista que poucos estudos foram realizados abordando tal aspecto (Nascimento, 2007:87)”.

Nessa perspectiva, constata-se que o movimento de consolidação do SUS ocorre pela conjugação de diferentes modelos assistenciais e desenhos territoriais que expressam, em períodos diversos, a correlação de forças políticas nas formulações técnicas-políticas do campo da saúde, de modo a responder em cada contexto histórico, às necessidades e aos problemas de saúde; aos perfis de mortalidade e morbidade; a composição demográfica regional; ao crescimento populacional e a organização espacial dos lugares, e, ao mesmo tempo assegurar às populações de territórios específicos acesso universal e equânime aos serviços de saúde, humanizado e o mais próximo de cada cidadão, atendendo aos preceitos da descentralização e da integralidade da atenção.

No cenário das políticas de saúde verifica-se no discurso do gestor federal a ênfase e a importância referidas à definição de recortes territoriais como base para organização do sistema e das práticas de saúde. Identifica-se uma profusão de termos e expressões que aludem a diferentes usos do território, nos textos oficiais (NOB 91/93/96; NOAS/01/02; Diretrizes do Pacto pela Saúde, Política de Atenção Básica), corroborados por sua inserção nos discursos de artigos científicos, que se debruçam sobre os modelos de atenção, as políticas de saúde, a organização da gestão e das redes de serviços e cuidados à saúde.

Na maior parte dos textos oficiais analisados, o território é uma designação operacional, de cunho jurídico-político e administrativo, definido exclusivamente por critérios

populacionais, configurado para atender ao projeto do gestor federal em pactuações com instâncias representativas do setor saúde dos estados e municípios (CIT e CIB), para as quais delega sua operacionalização às esferas de gestão estadual e municipal.

Os sentidos que lhes são atribuídos revelam relações conflituosas entre as instâncias que efetuem no espaço a dominação-regulação-coerção *pari passu* aquelas que devem realizar a apropriação-resistência, definidas na lei n 8.142/1990 como participação e controle social da sociedade – espaços fundamentais para estruturação de formas de intervenção social (*habitus*) voltadas para a luta pelo direito a saúde, que é também a luta para transformar as condições injustas da existência humana.

Encontram-se sistematizados em um quadro resumo (Quadro 2), elementos importantes da análise realizada neste estudo sobre a categoria ‘território’, de modo a facilitar a compreensão sobre os recortes territoriais do sistema de saúde, aparentemente muito recentes, mas que ocupam há mais de 30 anos, não só o imaginário discursivo de gestores e pesquisadores dos campos da saúde e da geografia, mas sobretudo vem sendo operacionalizados em contextos particulares por quase 20 anos.

Nos contextos de produção dos discursos sobre o território, se explicitam seu(s) sentido(s) traduzindo-o(s) em escalas geográficas e arranjos assistenciais, compatíveis com as relações de poder estabelecidas entre as três instâncias de gestão do sistema de saúde. Destacam-se as formações discursivas de constituição do discurso sobre o território (e correlatos) nas quais se agregam e são correspondentes: uma concepção de saúde; um modelo de atenção ou assistencial; uma organização da rede serviços e os usos do território - sentidos e escalas. Foram demarcadas quatro formações discursivas:

- **No período 1960-1978**, o discurso é compatível com o contexto social, econômico e político brasileiro, com forte traço centralizador e autoritário, centrado no crescimento econômico do país, com uma concepção de saúde calcada no controle de doenças e espaços específicos para controle sanitário sobre os corpos em áreas urbana e rural. Sistema de saúde é marcado pela atenção individual curativa – medicina privada e previdenciária. O sentido do território é de espaço intervenção política do Estado - dominação-coerção. Serviços organizados em institutos, hospitais e postos de saúde rurais.
- **No período 1979-1987**, algumas características permanecem inalteradas em relação à concepção de saúde-doença, amplia-se o foco sobre a doença e doentes, com forte

medicalização da sociedade. No entanto o contexto sofre alterações importantes, com os movimentos contra-hegemônicos contra o regime autoritário militar, a configuração de uma forte crise econômica e fiscal, introdução e consolidação de outros modelos de atenção primária seletiva, estruturação das áreas de vigilância epidemiológica e sanitária. Embora com pouca mudança no quadro político-econômico, o espaço inicia a ter o sentido de território pela ação do Estado (dominação-coerção), mas também pela ação da sociedade civil no sentido de resistência-apropriação, com seu conteúdo social e cultural. Organização dos serviços de saúde centrada na estrutura dos Estados e algumas ações nos municípios.

- **No período 1988-2001**, há uma mudança radical na vida política brasileira – nova constituição federal, regime democrático, SUS. Também em relação à concepção do processo saúde-doença há uma ruptura epistemológica fundamental – mudança da visão de saúde de negativa para positiva, sinônimo de qualidade de vida; o modelo é o de produção social da saúde; introduzem-se os programas PACS e PSF, e ABS como um modelo de APS ampliada. O movimento dos Distritos Sanitários traz explicitado o papel e a força do território, agora mencionado no discurso do gestor federal, englobando tanto os conteúdos políticos do poder do Estado (dominação-regulação) como aqueles exercidos pela sociedade (resistência-apropriação), contemplando aspecto social, cultural e subjetivo no uso do território. Municipalização dos serviços, rede de atenção à saúde organizada seguindo a proposta da hierarquização, repasse de unidades do Estado para o Município.
- **No período 2002-2006**, ampliam-se os espaços democráticos na sociedade, quando em 2002 e 2006 o país elege um governo dos trabalhadores voltado para diminuir as desigualdades sociais e a aumentar os espaços do cidadão e da cidadania. Na saúde, seguem-se as orientações do período anterior, porém com a consolidação de algumas características centrais: concepção ampliada de saúde, voltada para os determinantes sociais da saúde (causas, riscos e danos); modelo de vigilância da saúde e outros modelos alternativos; ABS estruturante do modelo de atenção e o PSF como estratégia central; serviços organizados em territórios bem delimitados articulado à responsabilidade sanitária. Os sentidos e as escalas dos territórios na saúde são múltiplos, prevalece o papel político do Estado na função de dominação-regulação. A organização dos serviços de saúde se faz em redes de atenção e cuidados progressivos, sob a gestão do município, complementada por ações de coordenação dos Estados e União.

QUADRO 2 – SÍNTESE DOS SENTIDOS E ESCALAS DO TERRITÓRIO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE - 1960-2006

CARACTERÍSTICAS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	CONCEPÇÃO DE SAÚDE	MODELO DE ATENÇÃO	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	USOS DO TERRITÓRIO		
				SENTIDOS	ESCALA	
Sistema Previdenciário; Controle de doenças transmissíveis, Intervenções focais sobre doenças e ambientes específicos; Atenção individual curativa; Fortalecimento da medicina privada de grupo;	1960-1974	Biologicista, ausência na doença, teoria dos germes, modelo monocausal. Visão negativa.	Flexneriano, Sanitarista-campanhista; Atenção Primária Seletiva; Medicina comunitária; Atendimento de emergência.	Campanhas sanitárias; Ações de saneamento; Hospitais e Unidades Básicas de Saúde (centros e postos de saúde); Sanitaristas e agentes de saúde.	Jurídico-político de inspiração militar; Econômica; Dominação-regulação-repressão; Espaço de intervenção. População de risco.	País, Região, Estado, Área urbana e rural; Foco.
Sistema Nacional de Saúde + Assistência Previdenciária; Atenção individual curativa; Medicina simplificada, Programas e projeto de extensão de cobertura; Controle de endemias; Regionalização; Descentralização.	1975-1987	Biologicista, ausência de doença, foco na doença e no doente, medicalização, controle dos corpos, teoria dos germes, modelo multicausal. Visão negativa.	Flexneriano, Médico-assistencialista privatista + sanitarista-campanhista Atenção Primária Restrita, destinada a populações específicas; Vigilância epidemiológica e vigilância sanitária; Predomínio de tecnologias duras.	Assistência Médica Previdenciária + Medicina privada + Ações simplificadas de saúde pública; Definição de porta de entrada,; Racionalização técnica; Regionalização.	Jurídico-político Dominação-regulação-apropriação-resistência; Área de atuação; População adstrita; Área de abrangência; Proximidade com a população.	Estado, município, Área rural e urbana; Área adscrita; Distrito Sanitário; Moradia; Micro-área de risco; Quarteirão; Domicílio Sanitário; Área endêmica;
Sistema Único de Saúde: Universalização, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, municipalização; Distritalização	1988-2001	Concepção ampliada – moradia, alimentação, trabalho, atenção a saúde, lazer, etc. = qualidade de vida; Visão Positiva.	Produção Social; Atenção Primária Ampliada; Atenção Básica à Saúde; PSF e PACS; Vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental; Média e Alta complexidade; regulação; monitoramento e avaliação. Predomínio das tecnologias duras, leves.	Controle de riscos, causas e danos; Unidades Básicas de saúde; Hierarquização, Integralidade das ações;	Juídico-político; Cultural; Social; Subjetivo; Produção de saúde e doença; Apropriação-dominação-regulação; Local; Participação e controle social.	Estado; Município, Regionais de Saúde; Bairro; Residência da família; Área; Micro-área; Região.
Descentralização, Regionalização; Cuidado Integral; Vigilância em saúde; Coordenação; Acolhimento; Longitudinalidade; Vínculo; Promoção de Saúde; Cooperação e pactuação da gestão.	2002-2006	Concepção Ampliada: moradia, alimentação, trabalho, atenção a saúde, lazer, etc. Qualidade de vida; Determinantes sociais da saúde. Visão positiva.	Atenção Primária Ampliada =Atenção Básica e ESF estruturantes e porta de entrada; Vigilância em saúde = análise de situação de saúde + integração vigilâncias + identificação de riscos, vulnerabilidades e necessidades de saúde + intervenção sobre problemas	Base territorial; PDR- rede de atenção à saúde; Integralidade; Referência alta e médica complexidade; Cuidados progressivos à saúde; Programação, pactuação e solidária; Monitoramento e avaliação. Pacto loco-regional.	Social, cultural e histórico e subjetivo; Jurídico-político,; Produção social; Redes; Área de risco; Área vulnerabilidade; Espaço de troca; Espaço de conflito; Local-regional.	Município, Estado; Região de saúde; Módulo assistencial; Região, micro região de Saúde; Município pólo, Unidade territorial; Município-sede; Área da USF; Micro-área do ACS; Área de atuação do ACE. Residência da Família; Domicílio.

Percebem-se nos sentidos atribuídos ao território na periodização realizada (Quadro 2), um processo de aproximações sucessivas, entre os usos da categoria no discurso do gestor federal e as formas de sua operacionalização no campo da saúde, correspondendo a mudanças significativas tanto na política quanto nos contextos onde são formuladas.

Os sentidos se configuram como signos de um determinado tempo histórico e denotam as acumulações que os atores sociais - Estado e Sociedade -, constroem no processo de produção social: na esfera das regras básicas; no domínio de recursos cognitivos, científicos e tecnológicos; na correlação de forças (poder) no jogo social; nas formas de organização da sociedade, e na esfera da vida cotidiana – dos fatos, produzindo os lugares onde se materializam ‘intencionalidade’ na política e nas práticas sanitárias.

Para melhor entender a polifonia de sentidos que assume o território no processo de constituição do SUS, buscou-se na produção recente no campo geografia, abordagens e reflexões epistemológicas, que trazem com especificidade, contribuições sobre os conteúdos do território, demonstrando que estes, também sofreram inflexões importantes durante a constituição deste campo como disciplina. São interpretações sobre o conceito, realizadas por autores reconhecidos em seus campos de conhecimento, e que também trazem: uma visão de mundo, um significado, uma ideologia e uma disputa de hegemonia.

Tomou-se a sistematização que HAESBAERT (2007: 42-98) efetua sobre os conteúdos do território, a qual contribui sobremaneira para a análise dos períodos delimitados. Recorrendo a polissemia do termo, este autor assevera que dependendo da concepção de território, os significados atribuídos a outros processos territoriais também mudam. Para melhor compreensão os discursos que situam o território em cada concepção, o autor oferece uma interpretação sobre as diferentes posições teóricas que transversalizam o sentido do termo, interligando-as mediante similaridades e afastando-as quando apresentam diferenças marcantes.

1. As perspectivas materialistas: entendem o território como uma realidade concreta, de caráter ontológico, e não apenas como mero instrumento de análise epistemológica - recurso conceitual formulado e utilizado por pesquisadores para significar, na maioria das vezes, a realidade físico-material, ou realidade ideal no sentido simbólico. Nesta perspectiva têm-se dois extremos:

- a) A naturalista - vê o território a partir da dinâmica, homem-natureza, como territorialidade instruída pelas correntes etológica e ecológica. Ou seja, conceitualmente o situa como um híbrido, sociedade-natureza;
 - b) A social - de inspiração marxista, considera a base material da sociedade como central para compreensão da produção e reprodução da vida humana, e o território como o locus onde se realizam as relações sociais de produção.
2. As perspectivas de base econômica: optam pela radicalização da análise da base material da sociedade:
- a) A naturalista - amplia o foco das ciências sociais para outras esferas das ciências políticas à antropologia, o território como fonte de recurso;
 - b) A marxista – identifica que o uso ‘econômico’ é o definidor por excelência do território. Essa corrente é defendida pelo geógrafo brasileiro Milton Santos, o território como totalidade – espaço geográfico.
 - c) A jurídica-política - de tradição geográfica, utiliza nas análises sobre questões econômico-políticas o conceito de região e nas representações culturais o conceito de paisagem. Nos primeiros, a base é a geografia política e os fundamentos materiais do Estado – o espaço como domínio de um grupo humano e o controle político de certo âmbito espacial, jurídico, político, administrativo. Na segunda, é a geografia cultural, privilegiando a dimensão simbólica do espaço e o lugar como expressão da construção de identidades, relações espaciais afetivas – do movimento (enraizamento, fixação, estabilidade e os seus contrários).
3. A perspectiva idealista: toma o território em seus ‘poderes invisíveis’, de apropriação simbólica, como signo a partir dos códigos culturais nos quais se inscreve. Ou seja, o território culturalizado, sistematizado. Essa perspectiva se assemelha à geografia cultural, mas difere em seus conceitos e operacionalização. Aqui a territorialidade é vista como dimensão simbólica do território, e não apenas como designação de qualidade.
4. A perspectiva relacional: entende o território a partir de uma abordagem relacional do espaço, um conjunto de relações sócio-históricas ou constituídas por relações de poder. Um campo de forças, e não somente um substrato. Uma complexa relação entre processos sociais e os espaços materiais, que inclui também movimento e fluidez.

5. A perspectiva Integradora: parte da razão de que o território não pode ser visto exclusivamente, por uma dimensão política, ou cultural, ou natural, ou econômica. Propõe uma abordagem que articule as diferentes dimensões sociais, incluída a própria natureza. Entendo o território se não como ‘totalidade’ pelo menos de forma articulada no nível individual e coletivo. Para dar conta da amplitude dessa acepção existem três desdobramentos:

- a) A mais tradicional situa o território como uma área onde se manifestam relações de poder, relativamente homogêneas, cujas formas de territorialização são fundamentais tanto para usufruto dos recursos que ele encerra, quanto para controle dos fluxos (pessoas, bens, serviços);
- b) A mais flexível toma o território como rede (territórios-redes³⁸), estruturado por diferentes movimentos e interconexões (inclusive em escalas diferentes), um conjunto de lugares descontínuos, hierarquizados e conectados em uma rede de itinerários, expressão de experiência de tempo-espaço;
- c) A mais integradora, histórico-social, inclui a duas anteriores, onde o território é multiescalar e múltiplos territórios, mas também como um híbrido – entre o mundo material e o sensível, entre a natureza e a sociedade, em suas múltiplas determinações – social, cultural, econômica, política e subjetiva.

Essa sistematização ajuda a situar os sentidos do território no discurso do gestor federal da saúde nos períodos indicados e traz para este cenário, questões relacionadas ao exercício e uso do poder, como elemento central para se pensar as proposições de mudança de modelo de atenção, das práticas sanitárias e na reorganização da rede de atenção e de cuidados à saúde, a partir da delimitação de territórios-população.

Para FOUCAULT (1971, 1979) o poder não é uma realidade com natureza própria ou uma essência definida por características universais. Afirma não haver algo que seja universal e unitário que se possa chamar de poder, este se caracteriza de diferentes formas, é heterogêneo e em constante transformação. Portanto, não é um objeto natural ou uma coisa palpável, constitui-se como prática social, e como tal é historicamente determinado.

Este autor ao descentrar do Estado a condição única de poder, admite sua dispersão na sociedade, por meio de micro-poderes, assumindo formas mais localizadas e concretas, nas

³⁸ São muitas as concepções de rede e território-rede na geografia, sociologia e antropologia. Todas situam a modernidade e a pós-modernidade como marcos da velocidade e mobilidade como fatores que alteram a relação espaço-tempo, por conseguinte e as noções de território e rede. Mais detalhe ver: Haesbaert, 2007.

instituições e nas técnicas de dominação. Materializa-se na vida cotidiana das pessoas, nos corpos, e no corpo social. Suas análises indicam também a existência de poderes periféricos e moleculares que não foram absorvidos ou cooptados pelo aparelho de Estado. Portanto, são exercidos em níveis variados e em pontos diferentes da rede social e é neste complexo espaço-temporal que podem se situar integrados ou não ao Estado.

MACHADO (1979) acrescenta que o poder não se localiza em nenhum ponto específico da estrutura social,

“Funciona como uma rede de dispositivos ou mecanismos a que nada ou ninguém escapa, a que não existe exterior possível, limites ou fronteiras. (...) não existe de um lado os que têm o poder e de outro aqueles que se encontram dele alijados. Rigorosamente falando, ‘o poder’ não existe, mas sim práticas ou relações de poder. (...) É algo que se exerce, que se efetua, que funciona (...) como uma maquinaria, como uma máquina social. (...) A esse caráter do poder implica que, as próprias lutas contra seu exercício, não possam ser feitas de fora, de outro lugar, do exterior, pois nada está isento de poder” (p.XIV).

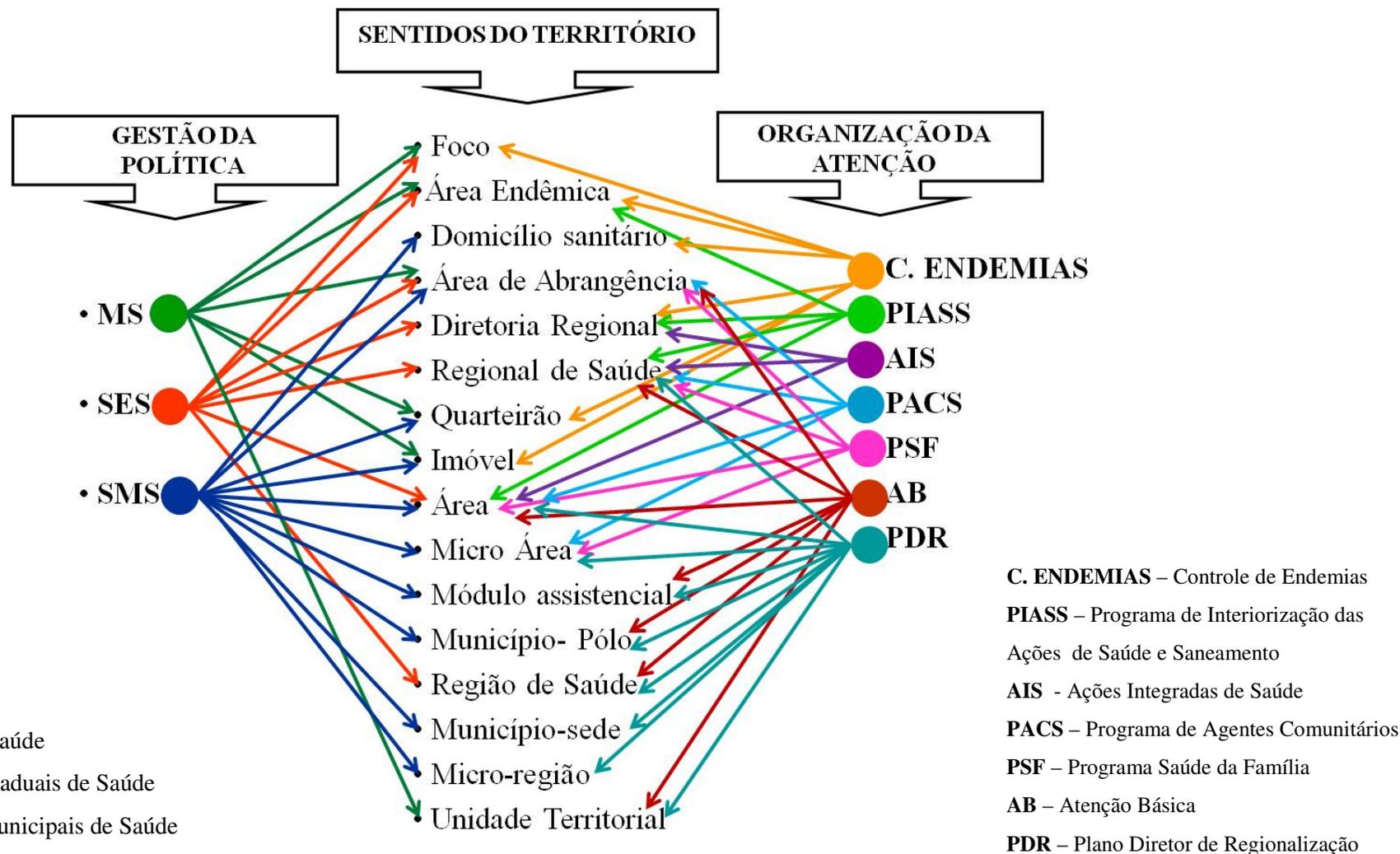
Nessa perspectiva, ao se analisar os discursos sobre o território, localiza-se também as diferentes formas do exercício do poder, por diferentes estruturas do Estado, mas também as possibilidades dos micro-poderes, de todo o corpo social, se manifestarem em oposição ou adesão àquele exercido pelas estruturas formais de regulação e controle.

Na Figura 6, estão representadas as três instâncias de poder do Estado (União, Estados e Municípios) que efetua a gestão da política de saúde, designadas pelo Ministério da Saúde (MS), as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), correlacionando-as aos sentidos que são atribuídos ao território, consoante aos usos que são determinados pela organização dos serviços de saúde nos períodos sistematizados.

Observa-se que nas propostas de organização da atenção - controle de endemias, Piass, Ais-, referidas a primeira periodização (1960-1975), o município tem pouco poder na gestão da política, exceto quando o sentido é a ‘área’, o ‘imóvel’ e o ‘quarteirão’ por serem recortes inespecíficos ou próprios do espaço local. Mesmo assim há, simultaneamente, a ação/gestão do Estado e da União sobre estes modelos de oferta de atenção.

Nos demais períodos, o município vai assumindo a centralidade da gestão, ampliando seu poder sobre o território da saúde nas propostas de organização da atenção que surgem após o ano de 1975, em especial, em relação ao PACS, PSF e ABS. Por outro lado, diminui a ação/gestão do Estado e da União sobre esses recortes de atenção, exceto no PDR.

FIGURA 6 - Relações Territoriais de Poder na Organização da Atenção e os Sentidos do Território (1986-2006)



Os múltiplos sentidos e usos do território são significados nas três esferas de poder do sistema de saúde, embora o sentido hegemônico seja, quase sempre, emitido pelo discurso do gestor federal (MS), ficando a fala dos demais agentes do espaço subsumidas ao poder central, embora o uso do território se dê nessas esferas subnacionais. Esse fato expõe a fragilidade das políticas de saúde, em operacionalizar o conceito de território em seus espaços de uso. Por outro lado, os textos oficiais trazem contradições entre o discurso e a prática ampliando os desentendimentos e as dificuldades.

“Qualquer que seja o acordo entre as direções nacionais, estadual e municipal do SUS (...), constatam-se constrangimentos para a viabilização de proposições políticas coerentes com o projeto da RSB. Embora esses obstáculos sejam de várias ordens, inclusive paradigmáticos e culturais, caberia registrar, (...) especialmente três: o financiamento do SUS, a capitalização da saúde e a ambigüidade dos textos legais” (PAIM, 1992:38).

Fica claro que a gestão municipal é aquela que se relaciona com a maior frequência nas propostas de organização da atenção. Mesmo nas formulados em períodos onde o poder do Estado, centrado na esfera federal, controla as práticas de saúde, cujos sentidos são domicílio sanitário, quarteirão e imóvel, relacionados ao controle de endemias. Depreende-se que a força do território e suas manifestações de poder se constroem nas relações sociais, e no caso da saúde, o município é essa expressão, podendo potencializar os demais micro-poderes que se distribuem no território, por meio de mecanismos que fortaleça a gestão local do SUS.

Com isso não se quer afirmar, que o poder local – municipal, é mais democrático do que o do Estado ou da União. PAIM (1991, 1992) nos alerta para não confundir descentralização e municipalização com mais democracia na saúde, fato que pode levar ‘a conseqüências não desejáveis’. O poder local pode ser tão despótico, como qualquer outro, e o poder dos Estados e da União não estão condenados, inexoravelmente, ao autoritarismo e a ditadura (1992:41). O que assegura a continuidade da política nas três esferas de gestão (poder) do SUS é a ampliação dos espaços de interlocução democrática, permitindo a inclusão de diferentes atores sociais.

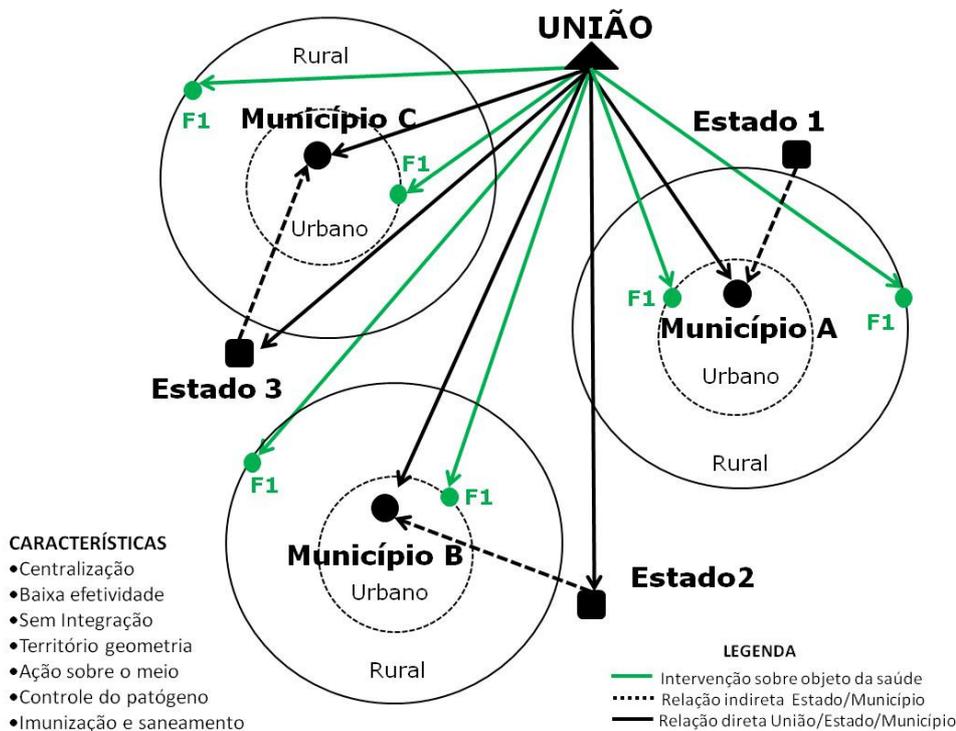
“É o desenvolvimento de uma cultura democrática e das suas instituições, bem como a conformação de canais eficazes de participação social e de instrumentos idôneos de ação política, plenamente utilizados no exercício da cidadania e da representação

dos distintos projetos sociais, que podem facilitar uma correlação de forças favorável à democracia e ao direito à saúde, seja no âmbito municipal, estadual ou federal “(PAIM, 1992:41-42).

Verifica-se nos discursos que as dificuldades encontradas no início dos anos 90 acerca da descentralização, na direção da municipalização dos serviços e das ações de saúde, diminuem em função da luta permanente das forças democráticas da saúde – gestores, profissionais, pesquisadores e usuários, no sentido de associar às formulações políticas mecanismos operacionais (financiamento, regulação, pactuação) que viabilizem a gestão da saúde em territórios, de modo a incorporar as diferentes dimensões que lhes são atribuídas, para fortalecer o poder local.

As figuras (3, 4, e 5) representam graficamente a evolução e o deslocamento das relações de poder no território, dado por mudanças de foco na gestão da saúde, na concepção do processo saúde-doença e no modelo de atenção. Verifica-se nitidamente a crescente descentralização em direção ao município, indicando também, maior apropriação do território e das práticas de saúde pelo poder local – o município.

Figura 3 - Modelo Campanhista – Gestão Federal – Foco



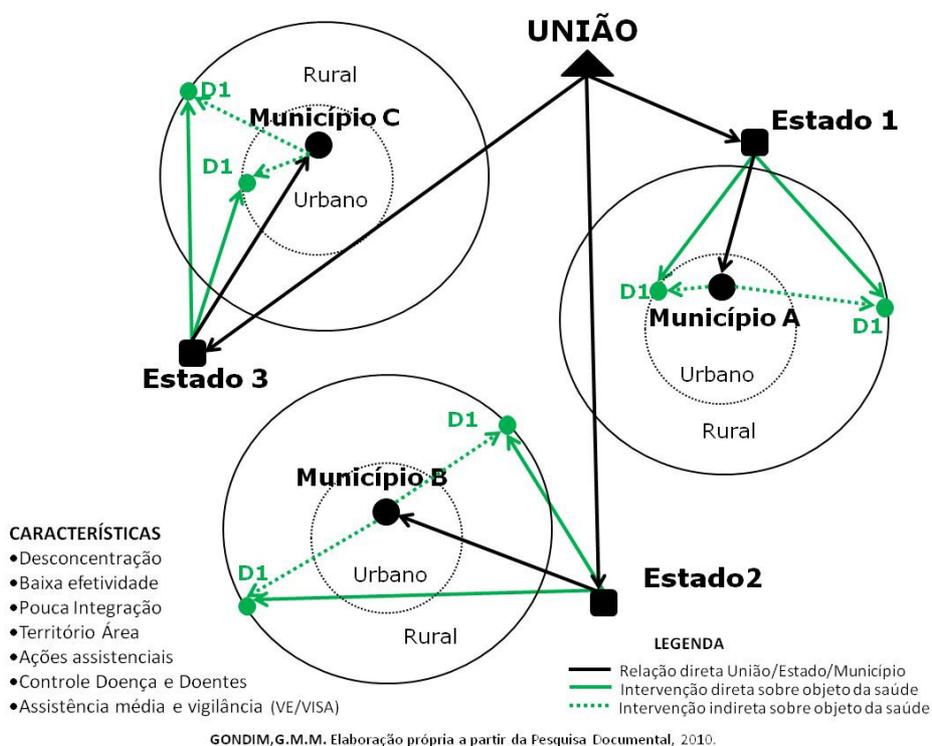
GONDIM, G.M.M. Elaboração própria a partir da Pesquisa Documental, 2010.

A Figura 3 representa o modelo campanhista, com ações centralizadas (imunização e saneamento), de baixa efetividade, desenvolvidas pela instância Federal (União), que

detém o poder de intervir sobre o objeto da saúde (o foco – F1) no ‘espaço geometria’ (urbano e rural). Essa racionalidade utiliza o modelo da HND para pensar a saúde e a doença. A intervenção é direta do nível federal sobre o estado e o município, não há interação. O Estado se comunica indiretamente com o município, sem nenhuma coordenação entre eles. A União é quem determina a ação – são as verticalidades que predominam no território.

Na Figura 4, está representado o modelo médico hegemônico, ainda com poder das decisões centralizado no nível Federal, mas com desconcentração para a esfera estadual. O Estado assume a execução de algumas ações sobre o objeto da saúde – a doença e doentes (D1) e intervém sobre um conjunto de municípios – ‘o espaço região’. Estes têm pouca autonomia de gestão em relação ao desenvolvimento de ações, realizando ações indiretas e pouco efetivas. Predominam as verticalidades, embora na organização da rede de atenção nas esferas do Estado (maior complexidade) e do Município (menor complexidade) se inicie um tênue movimento de relações horizontais no interior de cada um isoladamente.

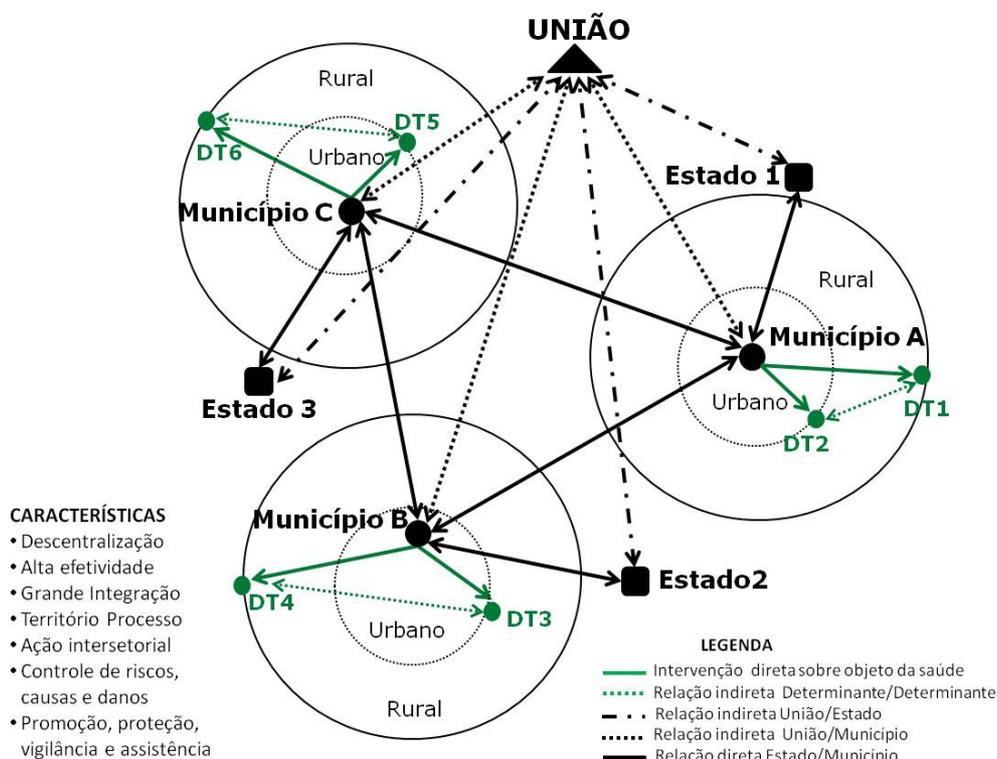
Figura 4 - Modelo Médico-Curativo – Gestão Estadual – Doença



A Figura 5 mostra o modelo de vigilância da saúde, apoiado na determinação social do processo saúde-doença-cuidado; as ações são descentralizadas para intervir sobre

causas, riscos e danos (DT1, DT...n) em um ‘espaço-lugar’, possibilitando maior resolutividade dos problemas e mais efetividade das intervenções. A gestão é pactuada e cooperativa, no entanto é o município quem protagoniza a produção do espaço da saúde articulando o poder local distribuído no território-processo. Há maior interação entre os três entes federados, na compreensão dos determinantes da saúde-doença-cuidado e dos agentes que usam o território. Há uma combinação lógica entre verticalidades e horizontalidades, compatíveis com o movimento dialético entre descentralização/centralização, no campo da formulação e da operacionalização de políticas públicas.

Figura 5 - Modelo Vigilância – Gestão Município - Determinantes



GONDIM, G.M.M. Elaboração própria a partir da Pesquisa Documental, 2010.

Nas figuras (3, 4 e 5) está representada a trajetória do processo de descentralização, a correlação de forças entre os três entes federados e a relação entre verticalidades e horizontalidades no território. Não foi possível representar nesses esquemas gráficos a ação (o poder) da população no interior desse processo, pela pouca informação e clareza que se tem, no campo da saúde, sobre a importância das relações territorializadas na formulação das políticas públicas de modo a assegurar legitimidade para sua implementação e efetividade em sua execução.

Quando se menciona políticas públicas ‘territorializadas’ significa incluir na formulação e gestão atores locais, também ‘agentes do espaço’ (CASTELLS, 1983). Não só aqueles representativos das instâncias municipais por meio de mecanismos legais de controle social (lei nº 8.142/90), mas lideranças locais, movimentos sociais e população, para discutir as propostas e pautá-las no conhecimento e dinâmica dos territórios, em um jogo ascendente de negociação e pactuação.

CAPÍTULO 3: OS TERRITÓRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA - A FRAGILIDADE DA POLÍTICA E A FORÇA DO TERRITÓRIO

3.1. Primeiros Recortes Territoriais

Há controvérsias sobre a autoria das primeiras propostas de recortes territoriais definidas pelo Estado no campo da saúde para organizar a rede de atenção e cuidado. Alguns atribuem a Bertrand Dawson, médico inglês que em 1920 emite o Informe ‘*El futuro de los servicios médicos y afines*’³⁹, denominado de Relatório Dawson, onde expõe uma série de elementos relacionados tanto a prática médica quanto ao acesso aos serviços de saúde, que vão orientar na Inglaterra a organização das ações e das unidades de ‘tratamento’ a partir de algumas considerações:

“(…) A disponibilidade geral dos serviços de médicos só pode ser assegurada por intermédio de uma organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade. Tal organização é indispensável por razões de eficiência e custo, como também para o benefício do público e da profissão médica. Com a ampliação do saber, as medidas necessárias para resolver os problemas de saúde e doença ficam mais complexas, reduzindo assim o âmbito da ação individual e exigindo em troca esforços combinados. À medida que aumentam a complexidade e o custo do tratamento, diminui o número de pessoas que podem pagar toda a gama de serviços (...)” (DAWSON, 1920 Apud SILVA JUNIOR, 2006:54).

No discurso inglês de 1920, atribui-se ao Estado o papel de prover e regular a atenção médica desenvolvida por médicos generalistas, sem separação das ações preventivas das curativas, deslocando o foco dos indivíduos para o coletivo. Por outro lado, verifica-se também a preocupação com os custos e a complexidade dos procedimentos para atender as necessidades cada vez maiores da população, exigindo do Estado uma nova racionalidade gerencial e organizativa: uma estratégia de regionalização por níveis de complexidade da atenção médica, e a localização de unidades por porte de população.

“Os serviços para as famílias de uma região específica devem possuir como base um centro primário de saúde, ou seja, um estabelecimento que ofereça os serviços de medicina curativa e preventiva e que esteja a cargo de médicos generalistas, junto com um serviço de enfermagem eficiente, e que tenha a colaboração de consultores e especialistas

³⁹ DAWSON, B. Informe sobre El futuro de los servicios médicos y afines 1920. Publ. Cien., Nº 93, Washington D.C.: Pan-American Health Organization, 1964.

visitantes. Os centros de saúde serão de diferentes tamanhos e níveis de complexidade de acordo com as condições locais ou quanto à sua localização na cidade ou áreas rurais”.

O arranjo espacial proposto pelo Relatório Dawson pode ser comparado com o primeiro momento do desenho regionalizado do sistema de saúde brasileiro, por suas semelhanças e pontos comuns – na organização e gestão da rede de saúde, e, na composição das equipes e na integração das ações, inclusive com desdobramentos em experiências assistenciais voltadas para atenção às famílias⁴⁰.

A ‘regionalização incipiente’⁴¹ pautava-se nas diretivas do Plano CONASP, em parâmetros de cobertura assistenciais indicados na Portaria MPAS 3046/82 e para a organização da rede de serviços de saúde na Portaria MS nº 400/77, ambas implementadas com ênfase pelo SUDS e no processo de distritalização na saúde (MENDES, 1993).

No nordeste, esse movimento ocorre *pari passu* com as propostas de APS seletiva - ampliação do PIASS e implantação do PAIS, com a chancela financeira do Programa de Desenvolvimento da Região Nordeste – Projeto Nordeste, criado por decreto federal⁴², com o objetivo de promover o desenvolvimento econômico e social da região, nas áreas da Saúde, Educação, Agricultura e Meio Ambiente (MS, 1996)

“(…) o Projeto Nordeste foi instituído por Portaria Ministerial⁴³, e desenvolvido através dos Acordos de Empréstimo 2699-BR e 3135-BR. (...) Projeto Nordeste I (PNE I) e o Projeto Nordeste II (PNE II). Os Acordos, firmados entre (...) a Brasil e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento - BIRD, tinham como objetivo o reordenamento das ações básicas de saúde na região Nordeste, a partir da identificação das necessidades locais e, como estratégia, o redirecionamento do processo de desenvolvimento da região, onde se observava um quadro de pobreza absoluta e nítida desigualdade em relação às outras regiões brasileiras” (IGNARRA et al, 1998).

⁴⁰ A pesquisadora participou em 1983 da implantação em Natal/RN, do Projeto Piloto Médico de Família (MF) baseado na experiência Cubana. As equipes e o processo de trabalho eram diferenciados daqueles dos demais serviços de saúde da rede. O MF era alocado em bairros de alta vulnerabilidade social, com adscrição de clientela, infra-estrutura adequada e remuneração diferenciada da equipe para cumprir metas do Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher e da Criança – PAISMC. Experiências semelhantes foram feitas em outros Estados do país.

⁴¹ Grifo nosso – refere-se aos primeiros movimentos de regionalização sem que houvesse definição normativa sobre como fazê-la, por parte do gestor federal.

⁴² Diário Oficial da União de 02.04.85, decreto nº 91.178, de 01 de abril de 1985.

⁴³ Diário Oficial da União de 18.04.88, portaria nº. 09 de 14 de abril de 1988.

Cabe recordar, que se vivia no Brasil a agudização da crise fiscal e financeira que atravessava o país decorrente do desenvolvimentismo dos anos 70, associada ao processo ascendente de inflação, a qual impedia qualquer geração de poupança interna que permitisse a realização de investimentos capazes de atender quantitativa e qualitativamente as demandas da população quanto à provisão dos serviços essenciais.

Nesse momento, era preciso seguir as orientações do BIRD, propor uma racionalidade gerencial e operativa para superar a crise e imprimir aos Estados, maior autonomia para articular os municípios e chegar mais perto dos problemas e necessidades dos cidadãos, por meio de um arranjo territorial, descentralizado, regionalizado e hierarquizado (ROCHA, 1997; BRASIL, 1996; LEAL, 1999).

Nessa perspectiva, a organização da rede de serviços deveria obedecer a um desenho também racionalizador sob a coordenação do gestor Estadual orientado por normas federais do MPAS e do MS e fortemente influenciado por orientações do BIRD. O discurso que sustenta essa proposta tem como objetivos: possibilitar o acesso a um ‘pacote de serviços básicos’, expandir a rede de unidades de saúde em áreas selecionadas e, fortalecer as SES e o MS para desempenharem função de planejamento estratégico, administração e apoio logístico (LEAL, 1999).

Mesmo com a centralização normativa pelas SES e o MS, a hierarquização cria uma interdependência entre os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), para cumprir o objetivo de melhoria do acesso aos serviços básicos de saúde e a eficiência dos mesmos em cada uma das áreas de acordo com o porte populacional. No entanto, os recortes territoriais são meras funcionalidades, para atender com oferta de serviços, ao perfil epidemiológico das populações, restringindo às intervenções em saúde a racionalidade médica e epidemiológica.

Cada Estado organiza sua rede de acordo com a distribuição e dispersão da população (urbana e rural) no território. Em cada subconjunto (populacional e espacial) se alocam unidades de saúde, de portes diferentes, verificando a acessibilidade da população aos serviços ofertados. Na Tabela 1 vê-se a descrição e parametrização para os EAS: tamanho da população; porte de unidade; ações desenvolvidas; articulação com outras unidades da rede de serviços básicos e localização geográfica – o território de responsabilidade.

TABELA 1 – DESCRIÇÃO DE UNIDADE DE SAÚDE POR TIPO, PORTE, AÇÕES E LOCALIZAÇÃO - (PORTARIAS MS nº400/1977 e MPAS nº3046/1982)

TIPOS DA UNIDADE		PORTE POPULAÇÃO	DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA
Posto de saúde (PS)		Até 500 hab	Ações desenvolvidas por técnicos ou atendentes de enfermagem e visitadora sanitária - imunização, curativo e acompanhamento da mulher e da criança, tuberculose, hanseníase, verminose. Vincula-se a uma unidade de maior porte (centro de saúde)	Área Rural ou comunidades dispersas na periferia das cidades pequenas.
Centro de Saúde	Tipo I (CSI)	De 500 a 2000 hab.	Ações desenvolvidas por 01 médico – clínico geral, atendentes de enfermagem e visitadora sanitária – clínica médica, imunização, curativo e acompanhamento da mulher e da criança, TRO, tuberculose, hanseníase, verminose, dispensação de medicamentos e alimentos. Vincula-se a uma unidade de maior porte (CSI, CSII ou CSIII) o médico pode fazer atendimento agendado e supervisiona a unidade.	Área rural com maior adensamento populacional, periferia de cidades médias urbanas
	Tipo II (CSII)	De 2000 a 5000 hab.	Ações desenvolvidas por 02 médicos – clínica-médica e pediatria, 01 dentista; atendentes de enfermagem e visitadora sanitária – clínica médica, imunização, curativo e acompanhamento da mulher e da criança, TRO; dispensação de Medicamentos e alimentos. Vincula-se a uma unidade de maior porte (CS III) que lhe faz supervisão.	Área urbana, sede de município; adensamento populacional
	Tipo III (CSIII)	De 5000 até 20.000 hab.	Ações desenvolvidas por 03 médicos, 2 dentistas; técnicos e atendentes de enfermagem, nutricionista e visitadora sanitária – clínica médica, pediatria. Ginecologia e obstetrícia; imunização, curativo e acompanhamento da mulher e da criança, TRO. Vincula-se a uma unidade de maior porte (Unidade Mista)	Áreas urbanas das cidades médias e grandes, bairros de capitais, adensamento populacional.
Unidade Mista		Até 50.000 hab.	Centro de saúde com ações ambulatoriais e ações hospital com internação (50 leitos) nas 04 clínicas básica (médica, pediátrica, obstétrica e cirúrgica) – leitos de emergência, enfermaria conjunta materno infantil; pequenas cirurgias; centro cirúrgico-obstétrico; sem UTI; banco de leite e de sangue.	Sede de município; bairros com população vulnerável de municípios de médio e grande porte, adensamento populacional
Unidade de Emergência		Até 50.000 hab.	Emergência 24 horas (pronto atendimento) com no mínimo 4 leitos de observação; outros serviços emergenciais – TRO; curativo e pequenas cirurgias; ; apoio diagnóstico – análise clínica., dispensação de medicamentos e alimentos.	Sede de municípios pequenos com CSI ou CSII
Hospital Local		De 50.000 a 100.000 hab.	Ações hospitalares – com internação (50 a 100 leitos) nas 04 clínicas básicas (médica, pediátrica, obstétrica e cirúrgica) e outras definidas pelo perfil epidemiológico; leitos de emergência, pequenas cirurgias; centro cirúrgico, centro obstétrico; UT com pelo menos 4 leitos; banco de leite; banco de sangue; apoio diagnóstico – análise clínica e RX.	Sede de municípios médios e em distritos sanitários de capitais.
Hospital Regional		De 100.000 a 200.000 hab.	Ações hospitalares – com internação (máximo 150 leitos) nas 04 clínicas básicas (médica, pediátrica, obstétrica e cirúrgica) e outras definidas pelo perfil epidemiológico; leitos de emergência, pequenas cirurgias; centro cirúrgico, centro obstétrico; UT com pelo menos 2 leitos; banco de leite; banco de sangue; apoio diagnóstico – análise clínica e RX. Ambulatório aberto.	Região de Saúde dos Estados ou Bairros ou distritos sanitários de capitais
Hospital de Especialidades		Mais de 200.000 hab.	Ações hospitalares com leitos (máximo 150 leitos) voltados para grupos específicas – infantil, ginecologia e obstetrícia, doenças infecciosas, saúde mental. Ambulatório fechado.	Estado ou regiões ou detritos de grandes capitais.
Hospital Terciário		Mais 200.000 hab.	Ações de alta complexidade e alta densidade tecnológica – hospitais universitários, pesquisa, com leitos de internação voltados para as finalidades do hospital. Ações ambulatoriais fechadas.	Nacional, Regional, Estadual

GONDIM, G.M.M. Elaboração própria, 2010. Com base na Portaria MS nº 400/77 e Portaria 3046/1982.

A avaliação que se faz deste processo, apoiado nas propostas do Plano CONASP e no PNE I, no período 1982-1995, sob os auspícios do Banco Mundial é que:

“No âmbito dos estados, a centralização era evidente, prevalecia e materializava-se na forma de programa verticalizado, cuja execução ficava restrita à competência de uma Gerência Estadual. Essa forma atomizada e isolada de atuar não permitia uma integração com as estruturas permanentes da Secretaria Estadual de Saúde. Isto sempre contribuiu para fragilizar a execução do Projeto, apesar de constituir-se na única fonte disponível de recursos para investimento em infraestrutura das ações básicas de saúde e para modernização gerencial nos estados” (LEAL, 1999:67).

É necessário destacar que embora a proposta inicial da regionalização tenha se dado de forma vertical e centralizada, tanto o programa - PNE I, quanto à política que lhe deu suporte, foram ‘bem aceitos’ pela população na medida em que se tentou atender, com oferta de serviços, às desigualdades sociais em populações do nordeste.

“A decisão política do governo federal em implantar o Projeto Nordeste para diminuir o grau de desigualdade social e econômica da região em relação ao restante do país foi respaldada pela população que demandava melhoria nos serviços sociais prestados. Nesse sentido, vale salientar a natureza da relação que se estabeleceu entre o meio social e o processo governamental, onde a prioridade identificada foi concretizada por meio da contratação de um empréstimo com o Banco Mundial, atendendo aos anseios dos diferentes atores envolvidos” (LEAL, 1999:69).

Com toda a contradição que evoluiu esse processo – os propósitos, a condução e o financiamento, a expansão da oferta de serviços de saúde em territórios remotos, produziu melhoras expressivas nos indicadores de morbidade e mortalidade de saúde e nas condições de saúde nos estados beneficiados durante o período de vigência do Projeto, contribuindo para eficiência de alguns programas que lhes foram agregados (BRASIL, 1996).

As Figuras 7a – hierarquização dos EAS e 7b – Distribuição espacial dos EAS, mostram o desenho da regionalização/hierarquização segundo níveis de complexidade tecnológica (7a), destinados a atender certo contingente de população em uma região determinada, e sua distribuição espacial no território (7b). Vêm-se os serviços básicos de saúde situados na base da pirâmide (7a) que devem atender a maior parte dos problemas de saúde das populações adscritas a esses EAS, localizados em recortes territoriais específicos. Observa-se que a pirâmide é uma representação ascendente de

níveis de atenção, simbolizando um escalonamento na oferta de serviços em graus de complexidade tecnológica crescente, em conformidade com o perfil da demanda e das necessidades de saúde.

Figura 7a – Hierarquização dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

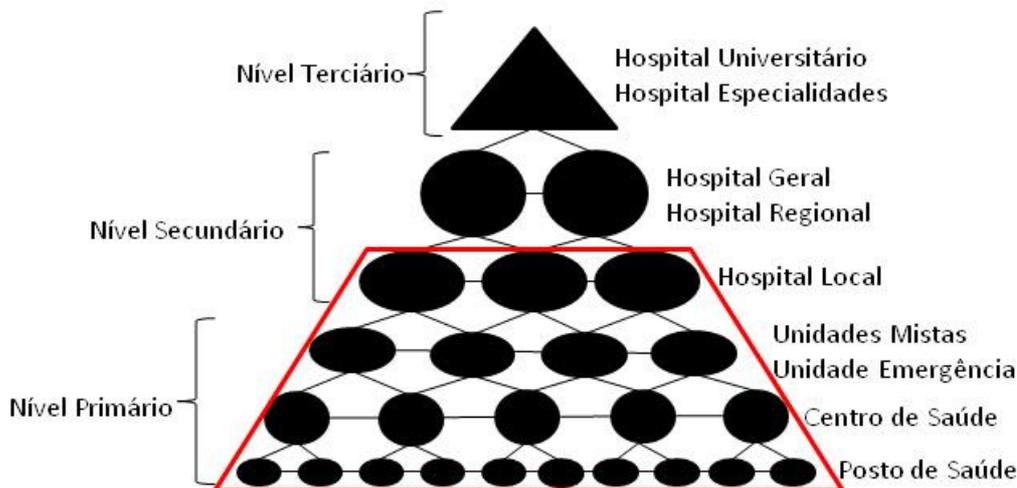
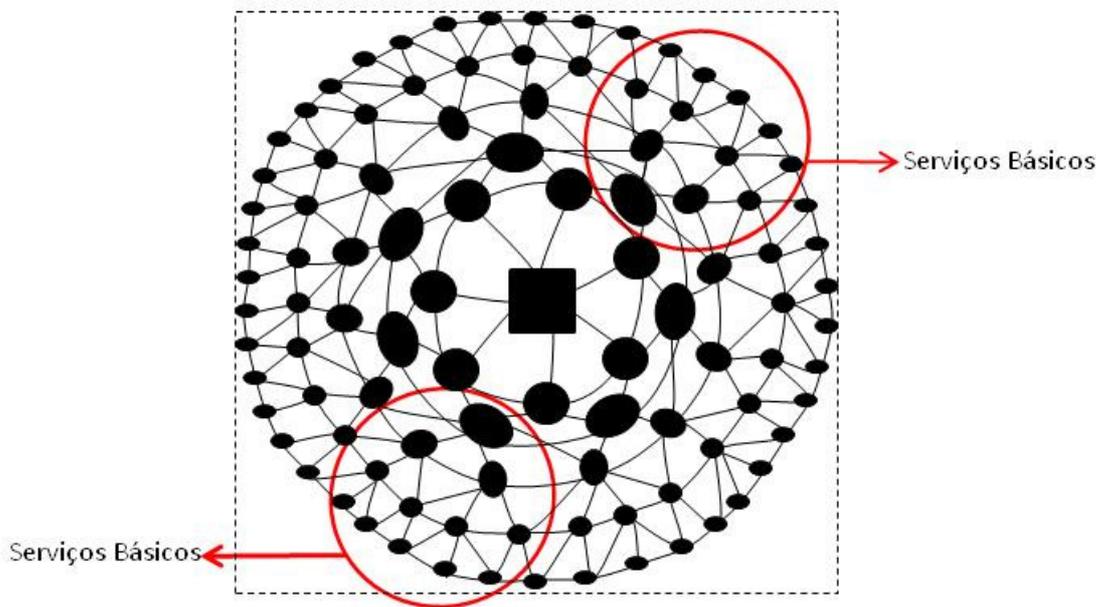


Figura 7b – Distribuição Espacial dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde



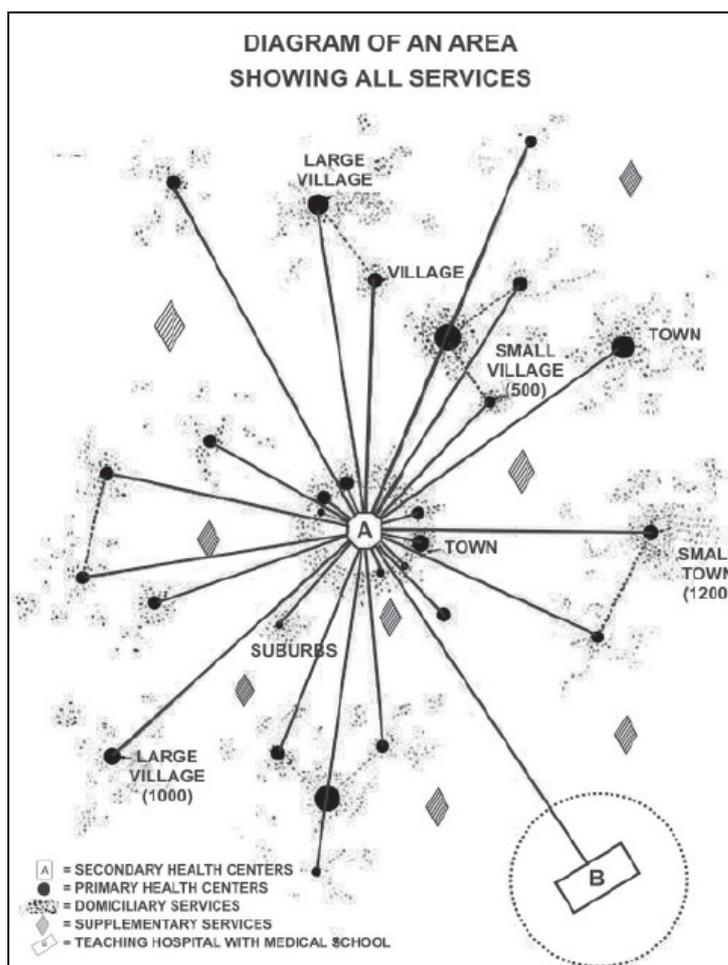
GONDIM, G.M.M. Elaboração própria, com base nas Portarias MS nº 400/77 e MPAS nº 3046/82

Pode-se também representar a pirâmide, por sua projeção em um plano circular que circunscribe sua base (7b). Esse desenho atende melhor a lógica de distribuição territorial de unidades interconectadas, e responde, mais adequadamente, a localização/dispersão espacial consoante ao tamanho da população e a capacidade de resposta de cada uma delas. Fica evidente a importância das unidades que compõem os 'serviços básicos' (nível primário e parte do secundário) no processo de regionalização da

atenção, representadas no quadrilátero (7a) e nos círculos (7b). Observa-se que mesmo nesse momento primeiro da regionalização, já se delineia uma lógica espacial de organização do sistema de saúde voltada para serviços básicos, circunscritos na figura 7a em um quadrilátero e na figura 7b em círculos -, os quais são bastante semelhantes com a organização dos serviços do relatório Dawson (Figura 8).

Há uma nítida similaridade entre as duas propostas (Figura 7b e Figura 8), onde se verifica que unidades menores (nível primário) estão distribuídas em populações dispersas no território, articuladas às de maior complexidade (nível secundário) localizadas em cidade maiores. O lugar central é uma unidade de grande porte (Hospital Escola), a qual todas as demais estão vinculadas.

Figura 8 – Diagrama de uma Região de Saúde por Níveis de Atenção
(Dawson, 1920)



Fonte: MSGB, 1964

Tal relatório propõe a reestruturação dos serviços de saúde, colocando para o Estado a responsabilidade de prover e controlar as políticas e os serviços de saúde, estes últimos

devem ser organizados em regiões específicas, com o fim de oferecer ações preventivas e curativas. Diz ainda, que as ações devem ser coordenadas e distribuídas em espaços delimitados em função das necessidades comunitárias. A localização dos serviços obedece à distribuição espacial da população e dos fluxos dos meios de transporte e do comércio e, de acordo com as circunstâncias de cada lugar e população, varia em tamanho e complexidade (SILVA JUNIOR, 2006).

Por essa razão, se afirma que o modelo inglês de regionalização influenciou diferentes proposições no campo da saúde, desde os modelos de organização de Sistemas Nacionais de Saúde, as políticas públicas e aos modelos de atenção em todo no mundo.

“O relatório Dawson tem sido considerado um dos primeiros documentos que sintetizou um modo específico de pensar políticas públicas de saúde mediante a criação de Sistemas Nacionais. Pode-se considerar que as principais diretrizes do Sistema Único de Saúde, aprovado na Constituição de 1988 e regulamentado em 1990, filiam-se a essa tradição. Alguns desses conceitos posteriormente serviriam de base para o SUS – o funcionamento em rede, a organização de serviços e equipes com base na regionalização e na territorialização, a integração sanitária da clínica e da saúde pública, e a hierarquização dos serviços em graus diferenciados de complexidade” (CAMPOS, 2006:34).

Nessa direção, pode-se afirmar que tanto a Atenção Primária à Saúde no plano internacional, quanto a Atenção Básica, Programa de Agente Comunitário de Saúde e (PACS) Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil são propostas pautadas em estudos que tomaram por base a proposta de Dawson, no que tange a alguns dispositivos relacionados à descentralização da gestão, a integralidade do cuidado, a integração das práticas e a distribuição de unidades de saúde em territórios-população (SILVA JUNIOR, 2006; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2007; KUSCHNIR & CHORNY, 2010).

3.1.1. Atenção Primária à Saúde (APS)

A APS como proposta de enfrentamento aos problemas de saúde é mencionada pela primeira vez na Assembléia Mundial de Saúde em 1979, embasada nos princípios dos Cuidados Primários de Saúde enunciados em Alma-Ata, também com contribuições das proposições de organização regional dos serviços de saúde da Inglaterra, sob a égide do relatório do Lord Dawson of Penn de 1920 (STARFIELD, 2002a, 2002b; MENDES, 2002). Os elementos essenciais definidos em Alma-Ata sobre APS são assim descritos:

“(...) a educação sanitária; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e dos danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentos saudáveis e de micronutrientes; e a valorização da medicina tradicional” (MENDES, 2002:9)

A OMS na intenção de operacionalizar as metas definidas em Alma-Ata enfrentou alguns problemas, na medida em que, nos países desenvolvidos todas ou algumas delas já haviam sido cumpridas, enquanto que, nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos alcançá-las era algo muito distante. Isso gerou entendimentos conceituais diferenciados sobre o significado da APS variando de acordo com as interpretações: como programa seletivo e focalizado; como nível de atenção referido a serviços não especializados de primeiro contato, e como estratégia abrangente para organização dos sistemas de saúde, como modelo assistencial (MENDES, 1999, 2002; STARFIELD, 2002a, 2002b; GIL, 2006; GIOVANELLA & MENDONÇAS, s/d; CONIL, 2002). Sua definição mais abrangente foi dada pela OMS em 1978:

“À atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social das comunidades. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção”(OMS, 1978)

Essa definição trouxe implicações importantes para os Países quando da organização do sistema e da rede de serviços de saúde. Para atingir as metas e atender aos pressupostos da APS, fazia-se necessário criar uma série de mecanismos até então inexistentes:

- Melhorar a acessibilidade e o uso de serviço com qualidade e efetividade para dar respostas aos problemas de cada lugar e a população específica;
- Prover equipes de saúde capazes de assegurar a longitudinalidade do cuidado a indivíduos e famílias com regularidade e humanização;
- Garantir no território e fora dele, todo o tipo de atenção – da mais simples a mais complexa, desde que necessária, para cumprir com a integralidade das ações, sob a responsabilidade de condução da equipe local;

- Capacitar as equipes de saúde para coordenar a oferta de atenção, com base no conhecimento sobre o território e a população;
- Focar a atenção na família, o que requer vínculo e proximidade e orientar a comunidade onde estão inseridas, a partir do reconhecimento da situação de saúde e das condições de vida da população.

De acordo com STARFIELD (1994, 2002) nem todos os países organizaram seus sistemas de saúde com base na APS, por razões que vão desde exigências das novas tecnologias com foco nas especializações, ao descrédito no médico generalista (*general practitioner*). No entanto, ressalta a autora em estudo⁴⁴ comparativo realizado entre 12 países ocidentais industrializados, existem diferenças notáveis entre aqueles que melhor aderiram à proposta da APS e os que se distanciaram. Verificou-se que nos primeiros há maior probabilidade de melhores níveis de saúde, custos mais baixos, maior satisfação da população e menor uso de medicação.

No Brasil, desde 1920 se realizam experiências em serviços de saúde que poderiam ser chamadas de Atenção Primária em Saúde (APS) seletiva: a saúde pública como serviço estatal com ações de prevenção de doenças e a atenção médica curativa individual ofertada pelas Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) no campo do seguro social. Já em 1940 os Sistemas Nacionais de Saúde (SNS) verticais e focados em doenças específicas, e os Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) com ações preventivas coletivas e assistência médica curativa (CUENTO, 2004; GIL, 2006; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2007; CONIL, 2007).

A APS como modelo de mudança na atenção à saúde ocorre a partir de intervenções abrangentes pautadas nas propostas de Alma-Ata, via medicina comunitária integral. Inicialmente, como mencionado em capítulo anterior, com ações seletivas focadas em populações e agravos específicos como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Norte e Nordeste; o Prev-saúde em centros urbanos de maior porte; Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) em municípios-capital; Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) voltado à saúde da mulher e Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISC) a crianças. O SUDS substitui formalmente essas ações que continuaram a ser implementadas pelos Estados.

⁴⁴ Para melhor compreensão do estudo citado, ver STARFIELD, B. Is primary care essencial? *Lancet*, 344:1133, 1994.

(NORONHA & LEVCOVITZ, 1994; BUSS, 1995; SCHRAIBER, 1996; NASCIMENTO, 2006; CONIL, 2008)

A partir de 1980 a APS retoma seu caráter abrangente e inscreve-se no movimento de Reforma Sanitária pela valorização do primeiro nível de atenção. A constituição de 88 estabelece princípios e diretrizes para um sistema de saúde universal, descentralizado, integral, resolutivo, humanizado e com participação social, os quais, sem sombra de dúvidas foram pautados, em uma releitura das recomendações dos cuidados primários à saúde em sua vertente ampliada de orientação dos sistemas de saúde (MACINKO J.U, 2007; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2007).

Com o SUS e o incremento da descentralização, a rede de APS que se encontrava sob a gestão dos estados, é transferida para os municípios, movimento denominado por MENDES (2001) de municipalização autárquica. Ampliam-se as perspectivas da gestão municipal que oportuniza a criação de novas unidades básicas de saúde. A experiência dos DS fortalece tanto o movimento de estruturação da APS quanto ao protagonismo dos municípios na condução do processo de descentralização em seu território.

Nos anos 1990, diante do projeto neoliberal em diminuir o papel do Estado na formulação e condução das políticas sociais públicas, surgem várias propostas baseadas na APS, no campo da saúde pública. A mais expressiva, por sua capilaridade, foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituído como estímulo a descentralização das ações voltadas para área materno-infantil em áreas deficitárias e expandido em caráter emergencial para cobrir a epidemia de cólera nas regiões Norte e Nordeste realizando ações preventivas focais - um típico programa de APS seletiva.

Estruturava-se em base populacional e territorial, estabelecendo vínculo do agente com a comunidade e as famílias. O modelo se expande para outras regiões, respondendo a objetivos e demandas políticas dos municípios e se integra aos sistemas municipais de saúde de forma abrangente assegurando maior efetividade junto à população (BRASIL, 1994, 1997, 2006).

O conjunto das experiências baseadas na APS no Brasil foi exitoso em seus resultados junto a população. Ao mesmo tempo permitiu o acúmulo de conhecimento científico, tecnológico e prático, burilado nos serviços, na gestão e na academia nos anos

subseqüentes. Embora não tenham sido institucionalizadas como políticas públicas influenciaram e contribuíram decisivamente para as atuais propostas de modelos de organização do sistema de serviços de saúde em base territorial – o PSF e a ABS.

3.1.2. Modelos Centrados na Família

Intervenções em saúde voltadas às famílias são praticadas no Brasil desde os anos 70, com o incentivo de instituições de ensino, assistenciais e de classe à formação de um profissional médico de família, na perspectiva de humanizar a medicina, combater a especialização e, em termos estratégicos, estimular programas de formação de médicos generalistas voltados para atender a famílias. (PAIM, 1985, 1996; SCHRAIBER, 1996; VASCONCELOS, 1999).

Sua implantação foi controversa, principalmente sua expansão no início dos anos 90, onde as primeiras experiências refletiam, por um lado a medicina preventiva liberal dos EUA dos anos 60 de ‘combate a pobreza’, e de outro, o fato delas terem sido financiadas na América Latina pelos países centrais, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Fundações como a Kellogg ou a Ford, junto com programas de governo americano, como o Ponto Quatro⁴⁵ e a Aliança para o Progresso⁴⁶, causando forte resistência do movimento sanitário brasileiro (MOYSÉS, 2002; MERHY & FRANCO, 1999; MERHY, 2001; SILVA JUNIOR, 2006; HÜBNER & FRANCO, 2007)

“Ao pensarmos em saúde da família como possibilidade de reorganização da atenção à saúde, não estamos nos referindo à proposta americana e sua ideologia preventivista, ou à estratégia de mera diminuição de custos da Medicina Comunitária, mas sim a um programa amplo de reformas sociais, coerente com a construção de uma abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde, num processo de crítica à medicina preventiva e sua base filosófica, servindo de base para um sistema nacional de saúde que considere os

⁴⁵ O Programa Ponto Quatro (substituído por United States Agency for International Development - USAID) fez parte da cooperação intragovernamental Brasil:EUA que marcou uma série de acordos realizados a partir do pós-guerra no Brasil, mediados pela Comissão Mista Brasil-EUA (1950) para avaliar questões econômicas-políticas e propor medidas para fortalecer o nacional-desenvolvimentismo. Ver SOLA, M.L. *Idéias Econômicas e Decisões Políticas: desenvolvimento, estabilidade e populismo*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo: FAPESP, 1998.

⁴⁶ A Aliança para o Progresso nasce no contexto da Guerra Fria (anos 60) dando seqüência aos fatos criados pelo nacional-desenvolvimentismo de Vargas na década anterior, reforça a política de penetração dos EUA na economia dos países da América Latina. Significa uma mudança de tática em relação ao ‘terceiro mundo’ frente à ameaça ‘comunista’: mudança paradigmática na política externa dos EUA, com a oferta ‘generosa’ de apoio econômico e político aos países periféricos. Ver BIELSCHOWSKY, R. *Pensamento econômico brasileiro: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1988.

princípios da cobertura universalizada, pública, intersetorial, algo adaptado à nossa cultura, e enquanto serviços de saúde, organizados nos moldes dos modelos de Cuba, Inglaterra, ou Canadá” (HÜBNER & FRANCO, 2007:177).

Nesse contexto, a família tem sido vista como um sujeito a quem se dirige ações de proteção, promoção, tratamento e reabilitação e como elemento estratégico para quaisquer mudanças que se desejam efetivar nos modos e estilos de vida dos indivíduos e da comunidade. No entanto, alguns estudiosos nessa área aludem à necessidade de se abandonar às pretensões universalistas na definição de família, dado que hoje sua composição e estrutura são bastante diferenciadas, estando imersa em um meio sócio-econômico-cultural, cujos valores e condições materiais interferem e influenciam sua maneira de ser e agir.

É preciso vê-la como sujeito singular, multifacetado, dinâmico e complexo que estabelece interações entre seus membros, a sociedade e os processos sociais que se realizam nos territórios em que vivem e trabalham (TRAD & BASTOS, 1998; SARACENO, 1990; OLIVEIRA & BASTOS, 2000).

“Assim, os membros de uma família compartilham uma casa, as famílias de um bairro compartilham as instituições organizacionais de seus bairros, os trabalhadores de uma empresa compartilham o espaço institucional da empresa e de suas organizações sindicais, etc. (...) Uma das formas mais importantes que adquire esta interação de populações em espaços institucionais é a ocupação de territórios e sua construção social. Por isso, as hierarquias organizacionais de caráter territorial constituem boa aproximação do estudo de populações. Ainda que, certamente, nem todos os fenômenos de saúde tenham uma arquitetura territorial” (CASTELLANOS, 1997:51).

Seguindo esse entendimento, modelos de atenção e programas centrados em família, para além das considerações singulares sobre esse sujeito social no que tange a sua composição e as relações que estabelece com as redes sociais no território, voltam-se também para os modos de viver dessas pessoas (estilos de vida, *habitus*), possibilitando o uso de uma abordagem sistêmica das condições de vida e da situação de saúde da população, reconhecendo os diferentes níveis de agregação dos determinantes sociais que incidem no processo saúde-doença-cuidado – os proximais, os intermediários e os distais (TRAD & BASTOS, 1998; CASTELLANOS, 1997; OMS/SDSS, 2005; PEREIRA & BARCELLOS, 2006).

A) O Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS)

Caracterizado inicialmente como uma estratégia do MS/ FUNASA para responder a uma demanda deficitária em APS e para assegurar, prioritariamente, assistência ao grupo materno-infantil, na região nordeste do Brasil, já em 1991 a idéia do PACS se configura como Programa em alguns estados⁴⁷, priorizando as ações de informação e educação em saúde. *“A partir daí começou-se a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família)”* (VIANA & DAL POZ, 2005:230).

Na implantação do programa ficou estabelecido que o ACS devesse residir na comunidade onde trabalharia pelo menos por dois anos, ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever, preferencialmente ter o 1º grau, ter disponibilidade de 8 horas diárias para exercer seu trabalho e o mesmo deveria ser responsável, em média por 100 a 250 famílias (MS, 2005). Pela primeira vez tem-se um trabalhador (não graduado) responsável por um número de pessoas, sobre as quais deve centrar suas ações, seus conhecimentos e seus cuidados (promoção e proteção).

Posteriormente, com a entrada da cólera no país, o programa se estende em caráter emergencial aos estados da Região Norte e Nordeste onde os ACS assumem papel relevante no controle e prevenção da doença. Dessa forma, se constitui nos moldes de APS restrita, para cobrir um esforço focal sobre uma epidemia em regiões específicas do Brasil, trazendo em sua racionalidade técnico-operacional a centralidade do atendimento a famílias e a comunidade de territórios delimitados, do qual o ACS deveria ser oriundo e manter residência. (MS, 2005).

O PACS com o objetivo de melhorar a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, também estava incumbido de contribuir para a construção dos sistemas locais de saúde. A informação e a discussão sobre o programa com a população se constituíam uma das principais metas, que deveria ser atingida por meio da contínua sensibilização das comunidades permeando todas as etapas de implantação e implementação do programa (MS, 2005).

⁴⁷ Segundo Viana & Dal Poz (2005), nos Estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará já existia ACS, como Política Estadual, o MS apenas institucionalizou a experiência e a estendeu para país.

“O Programa também introduziu a visão ativa da intervenção em saúde, de não ‘esperar’ a demanda ‘chegar’ para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica” (VIANA & DAL POZ, 2005:230-231).

Ressalta-se que é o primeiro movimento vindo do gestor federal onde ‘o discurso’ destaca e explicita a importância da participação da população na formulação e implementação de um programa, abrindo a perspectiva para o fortalecimento de profissionais e usuários na produção social da saúde.

O destaque fundamental do PACS em abrangência nacional é que, mesmo caracterizado como uma ação vertical do MS apresentou condições inovadoras para sua implantação nos Estados e Municípios, as quais asseguravam, minimamente, coerência com seus propósitos e com os resultados esperados.

“(…) A escolha do agente (envolvendo questões como processo seletivo, capacitação, avaliação etc.) e as condições institucionais da gestão da saúde no nível local (grau de participação dos usuários; formação dos conselhos de saúde; grau de autonomia da gestão financeira; recursos humanos disponíveis; capacidade instalada disponível etc.)” (VIANA & DAL POZ, 2005:231).

No Ceará, onde a experiência se iniciou desde 1987, de acordo com SILVA & ROGRIGUES (2000) atribui-se a esse ‘trabalhador singular’ (ACS), a responsabilidade direta pela diminuição significativa⁴⁸ da mortalidade infantil durante o período 1991-1995, o que lhes rendeu um prêmio do Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, no ano de 1993. Além do impacto mencionado, o programa introduziu novos conceitos para a assistência à saúde como adscrição de população, territorialidade, inclusão de ações no núcleo familiar, e participação comunitária dentre outros.

Por essas razões, alguns autores⁴⁹ mencionam o programa, como uma estratégia indireta que contribuiu para a implementação SUS, para a formulação de outros programas e para a organização dos sistemas municipais de saúde. Isso porque no momento de adesão dos municípios ao programa, solicitava-se o cumprimento de alguns requisitos:

⁴⁸ Segundo AGUIAR (1998:61) em entrevista com Eugênio Villaça Mendes essa redução foi em torno de 30% da mortalidade infantil no Estado do Ceará.

⁴⁹ Para melhor aprofundar o conhecimento sobre estas experiências ver VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. (Coord.). Reforma em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 165).

existência de conselho municipal de saúde, criação de uma unidade básica de referência para o programa, um profissional de nível superior disponível para realizar supervisão e dar retaguarda às ações de saúde e um fundo municipal de saúde para receber os recursos destinados ao programa – este se tornou, sobretudo, um instrumento de (re)organização dos modelos locais de saúde (NOGUEIRA et al, 2000; SILVA & RODRIGUES, 2000; VIANA & DAL POZ, 1998, 2005).

“(…) não foi apenas o fato de ter definido estratégias de implantação que fez do programa um instrumento de (re)organização do SUS, mas também o grau de articulação que esse desenvolveu com os diferentes níveis do sistema (estadual e municipal), além do papel desempenhado pelos atores participantes do processo de implementação do programa (agentes e comunidade)” (VIANA E DAL POZ, 2005:232).

Dessa forma o PACS como uma experiência ‘que deu certo’ se consolida em 1994, como programa institucional, passando a fazer parte dos mecanismos de financiamento do SUS – pagamento por procedimentos regulado por tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). É inquestionável sua expressiva contribuição para a formulação do Programa Saúde da Família nos anos subsequentes, onde os ACS são incorporados como parte da equipe, e para a abertura de espaços democráticos de participação da comunidade nos territórios de sua atuação.

Embora o PACS mencione a importância do trabalho do ACS em áreas e populações delimitadas - adscrição de clientela e territorialidade, nenhum desses aspectos é trabalhado como conteúdos geográficos, seja nos artigos de referência pesquisados, seja nos documentos oficiais, quando muito, servem para descrever e situar o trabalho desse profissional em um espaço-geometria, sem lhe atribuir os conteúdos que lhes dão sentido e significado (FERNANDES 1992; SILVA & DALMASO, 2002; FERRAZ & AERTS 2005; LIMA et al, 2007).

B) O Programa de Saúde da Família (PSF)

A partir da trajetória e das experiências anteriores, formula-se em 1993 o PSF nos mesmos moldes iniciais do PACS – introdução em pequenos municípios e APS de caráter restrito. Com algumas críticas iniciais, esta proposta teve o mérito e o avanço de ter sido dialogada com diferentes atores institucionais do SUS e fora dele (do MS, SES; secretários municipais de saúde; consultores internacionais e especialistas em APS), não

se restringindo às regiões norte e nordeste, mas agregando experiências isoladas e inovadoras experimentadas no sul e sudeste, com o ‘médico de família’. Destacam-se processo realizado pelo Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre; em Niterói e em São Paulo (AGUIAR, 1998; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2007).

“A formulação e a implantação do PSF nos seus primeiros anos de existência suscitou inquietações e críticas diversas. De um lado, a preocupação com a tentativa de ressurreição do médico de família, não só pelo conteúdo ideológico que conformava a proposta subordinada ao movimento nos EUA, mas também pelo seu potencial anacronismo face à complexidade tecnológica da medicina moderna e às formas hegemônicas da prática médica, seja no setor público, seja no privado. De outro lado, a possibilidade de que tal programa, enquanto continuação do PACS, expressasse políticas de focalização propostas pelo Banco Mundial e outros organismos internacionais, caracterizando “pacotes básicos” de atenção médica para pobres, contraditórios aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, ampliava a suspeição contra o PSF” (PAIM, 2001:144).

TRAD & BASTOS (1998) mencionam que o PSF se diferencia do médico de família, principalmente, por introduzir mudanças radicais nas práticas e no processo de trabalho em saúde, a partir de ações extramuros, no território, desenvolvidas por vários profissionais com foco no domicílio, nas famílias e na comunidade. Também marca diferença por sua inserção no interior das políticas públicas de saúde e no contexto do SUS, abrangendo em suas ações conteúdos que integram o modelo à prática assistencial, processo de trabalho e formação de pessoas.

Dessa forma o PSF se institucionaliza de um lado calcado na experiência exitosa dos ACS, em especial na supervisão feita pelo enfermeiro no PACS do Ceará e, de outro no incipiente modelo do médico de família. A gestão do programa ficou a cargo do gestor federal (FUNASA) com um sistema de financiamento via convênio entre o MS, estados e os municípios. A concepção do programa consta do documento do MS (1994) - ‘Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa’ -, entendido como um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, cuja implantação deve ocorrer, prioritariamente, em áreas de risco. Utiliza-se o ‘*Mapa da Fome*’ do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), como balizador para a escolha dessas áreas (VIANA & DAL POZ, 2005).

“O mecanismo de financiamento desse período é o convênio firmado entre Ministério da Saúde, estados e municípios, com exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios (áreas citadas pelo *Mapa da Fome*), obedecendo aos seguintes fatores: interesse da comunidade, necessidades locais de saúde, oferta de serviços, estudo

da demanda, existência de apoio diagnóstico terapêutico e disposição da administração municipal” (p.233).

Ressalta-se nesse primeiro momento de constituição do PSF a preocupação com a ausculta a população sobre ‘o desejo’ de instalação do programa, uma postura que se contrapõe a uma ação vertical e que, no entanto, traz uma abordagem nova para as práticas de saúde - voltada para pactuação e o comprometimento entre as partes com a melhoria da qualidade de vida e a situação de saúde das comunidades. Outra contradição é o mecanismo de convênio – burocrático e pouco flexível, não compatível com os propósitos da descentralização/municipalização e de ampliação da autonomia dos municípios na gestão local da saúde.

Junto com a constituição do PSF ocorre, simultaneamente, o processo de normatização do SUS, com as Normas Operacionais Básicas, as quais vão, sobretudo, oferecer elementos para efetivar a descentralização, por meio de mecanismos de financiamento de ações, de regulação e qualificação da gestão, que devem induzir mudanças no modelo de atenção vigente - centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, criando formas inovadoras de prestação de serviços; ampliar a participação e o controle social – via conselhos de saúde e possibilitar a responsabilidade compartilhada entre os três entes federados.

A principal característica da NOB-SUS/91 e sua substituta NOB-SUS/92 é a introdução de formas de financiamento, diferenciadas daquelas praticados com o SUDS – negociação e pactuação via Programação e Orçamentação Integradas (POI). O repasse ‘automático’ de recurso via convênio por serviços contratados, permite forte controle por parte da união e cria uma lógica equivocada de relacionamento entre os três entes federados, tirando dos estados sua função de coordenação/articulação do sistema nessa esfera de gestão – os municípios dialogam diretamente com o nível federal do SUS.

Esse desenho operacional é bastante criticado por alguns estudiosos, frente ao discurso contraditório da descentralização versus centralização. Mesmo com toda crítica, houve uma grande adesão dos municípios aos convênios, tendo como lado positivo maior compromisso da gestão municipal com o SUS e a descentralização (LEVCOVITZ et al, 2001; TEIXEIRA, 2002; VIANA & DAL POZ, 2005; GIL, 2006).

Nesse cenário a NOB-SUS/93 surge para *'disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde (p.2)'*. Fundamenta-se na lei orgânica nº 8.080/90 e no documento *'Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei'*. Seu texto é claro quanto a descentralização/municipalização, explicitando como deve ser o entendimento e a implementação desse processo:

“Implica em redistribuição de poder; redefinição de papéis entre as três esferas de governo; reorganização institucional, reformulação de práticas; e controle social. Envolve dimensões políticas, sociais e culturais e pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que decidem. Requer a existência e funcionamento regular dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos, como participação e controle social. O financiamento das ações de saúde tem que ser compartilhado pelas três esferas de governo e com responsabilidade sanitária. Deve haver um período de transição, as medidas de caráter inovador devem ser instituídas nos estados e municípios em intensidade compatível com sua própria vontade e capacidade de absorção - gerenciais e políticas, de modo a evitar solução de continuidade na atenção à saúde da população. A regionalização deve ser entendida, como uma articulação e mobilização municipal considerando as características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços, e vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo” (MS/GM, 1993:1-2).

Apesar do conjunto de medidas e inovações propostas por esta norma, seu grande avanço foi efetivar a transferência de recursos *'fundo a fundo'* em municípios em condições de gestão semiplena, o que lhes assegurava, pelo menos de início, maior autonomia no uso dos recursos. Outro grande ganho para a descentralização/municipalização foi à criação das Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) como mecanismo de controle transitório sobre a distribuição e uso dos recursos, as quais imprimiram um ritmo de compartilhamento das decisões entre estado e os municípios, sem, no entanto definir qual o papel da instância estadual na nova configuração do sistema (BODSTEIN, 2002).

O PSF mais à frente foi um instrumento de pressão para o cumprimento das exigências de habilitação dos municípios proposta pela NOB-SUS/93, determinando o seu ritmo de implantação em 1994, dado que portarias da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) instruíam que só seriam cadastrados no SIA-SUS, como unidades do PSF, ambulatórios localizados em municípios enquadrados em uma das modalidades previstas por essa norma: incipiente, parcial e semiplena, como passos intermediários no processo de

descentralização, no qual a categoria semiplena corresponde à gestão autônoma dos recursos de saúde no nível municipal (VIANA & DAL POZ, 2005:261).

Com a transferência da gestão do programa para a SAS em 1995, rompe-se com a idéia de programa vertical conveniado, iniciando uma nova fase, tanto em relação ao seu financiamento – pagamento por procedimento via SIA/SUS, diferenciado em relação a outros procedimentos do SUS e aparentemente mais flexível e menos burocrático -, quanto aos seus propósitos - passa a ser colocado na arena política e no contexto das práticas de saúde como um instrumento estruturante de reorganização do processo de trabalho do SUS e de mudança de modelo de atenção. Nesse momento ocorre uma maior integração com o PACS, apontando uma fusão entre os dois, dado que os ACS também compõem as equipes do PSF.

O MS através de medidas indutoras cria mecanismos de Expansão e Consolidação da ESF, dentre estes institui o Programa de Expansão e Consolidação da ESF (PROESF) negociado em 2002, com recurso do Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimentos (BIRD), com igual contrapartida do governo federal brasileiro, e vigência de sete anos a partir de 2003. O principal foco deste programa é buscar a conversão do modelo em municípios com mais de 100 mil habitantes e a adoção de metodologias de acompanhamento e avaliação, que permite uma avaliação crítica da realidade onde a ESF está implantada (HEIMANN&MENDONÇA, 2005)

“A expansão e a qualificação da Atenção Básica (...) pela estratégia Saúde da Família, (...) parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo MS e aprovadas pelo CNS. (...) a concepção supera a antiga (...) exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (...). A Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada (...)” (DAB/MS, 2007).

A equipe básica da ESF é reafirmada sendo composta por seis agentes comunitários de saúde, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um dentista e um técnico de higiene bucal, que devem cobrir todas as necessidades de saúde das famílias adcritas aos territórios sob sua responsabilidade sendo a territorialização a ferramenta

metodológica que possibilita aos profissionais reconhecer as condições de vida e a situação de saúde da população em territórios.

Os recortes territoriais seguem critérios populacionais, tais como: a área de abrangência - vinculada a uma unidade de saúde; a área de atuação refere-se a um quantitativo de família; a área é de responsabilidade de uma equipe de saúde, constituindo-se por várias micro-áreas e população em torno de 600 a 1000 famílias (máximo de 4500 pessoas); a micro-área compreende um conjunto de famílias com tamanhos entre 440 a 750 pessoas, constituindo-se na unidade operacional do ACS. Essas delimitações espaciais podem compreender um bairro, parte dele, ou vários bairros, seja em áreas urbanas ou em localidades periféricas, incluindo populações dispersas em áreas rurais (BRASIL, 2000; BARCELLOS & PEREIRA, 2005).

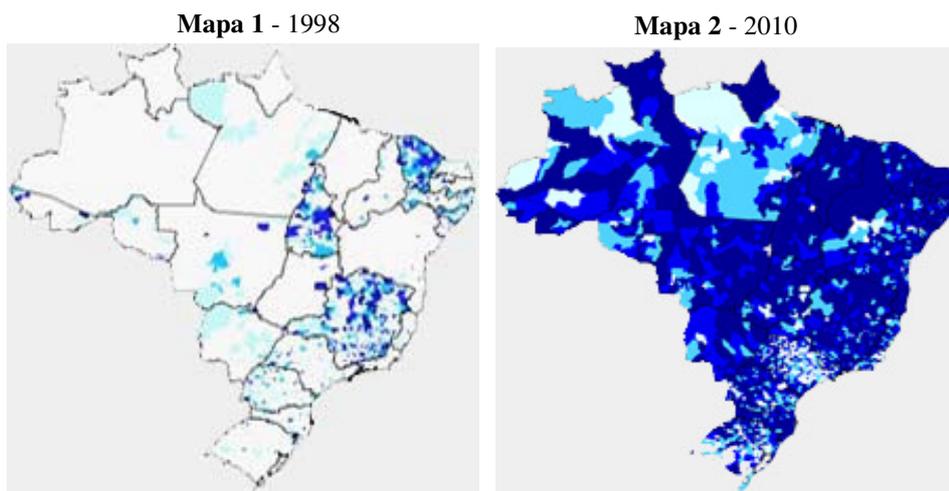
Percebe-se, no entanto que os desenhos operacionais (territoriais?) da ESF são imprecisos na definição dos limites espaço-populacional, onde se constata, por um lado, pessoas moradoras de área adscrita e não cadastradas na unidade e, de outro, pessoas cadastradas, porém residentes fora da área adscrita. Embora pouco definidos em suas delimitações, esses territórios da ESF são importantes fontes primárias para as análises epidemiológicas, e, potencialmente, têm a vantagem de possibilitar a captura de dados ambientais, demográficos, de saúde e de condições de vida (FIOCRUZ/PROESF, 2006).

Os Estudos Linha Base do PROESF no período 2003 -2005 apontam avanços da ESF na melhoria da situação de saúde de populações, no entanto, indica alguns desafios para a consolidação da ESF como concepção de APS abrangente: a diversidade dos contextos municipais exige arranjos operacionais diferenciados; a composição e concepção atuais de família necessitam de aportes teóricos e práticos singulares para humanização do cuidado; a equipe requer formação permanente, e o médico em particular, generalista, para efetividade da atenção e garantia da integralidade das ações sob a coordenação da ESF, com vistas a assegurar o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos (MS, 2006).

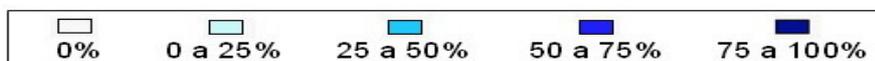
É indiscutível a abrangência que a ESF assume no Brasil após sua definição como estratégia estruturante da ABS. Nos mapas 1 e 2 produzidos pelo Departamento de Atenção Básica do MS (2010), observa-se a velocidade de implantação das equipes nos municípios em 12 anos. Em alguns estados/municípios a implantação tem sido mais

lenta, principalmente em função de algumas variáveis políticas, geográficas, populacionais e étnicas. Por exemplo, a região norte tem grande dispersão de população em uma ampla extensão territorial; a hidrografia determina o acesso a lugares remotos dificultando a implantação de equipes e a acessibilidade da população aos serviços; as diferentes etnias indígenas e suas culturas que precisam ser trabalhadas a priori.

**Evolução da Implantação das equipes Saúde da Família
BRASIL - 1998 - SETEMBRO/2010**



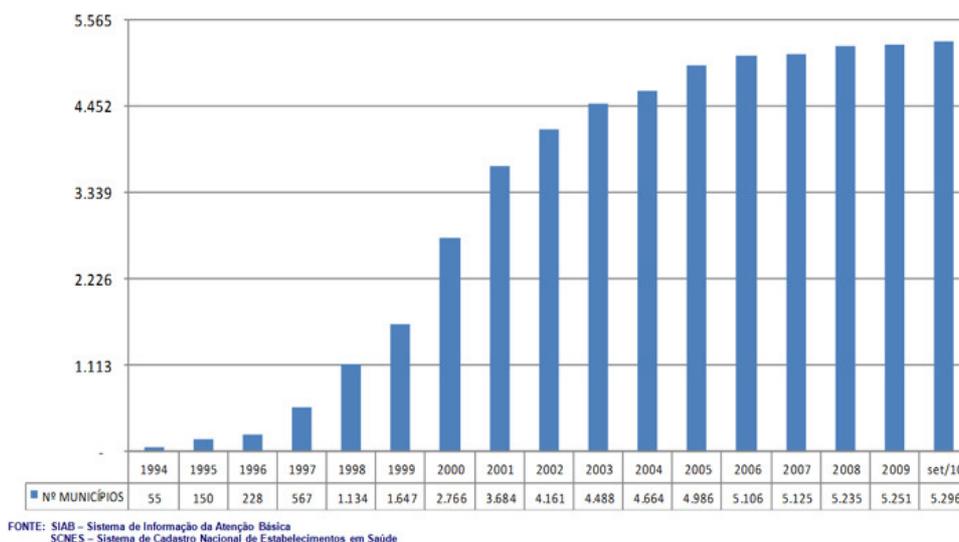
Fonte: MS/DAB/Mapas



A implantação do programa nos os centros urbanos, com mais de 500 mil habitantes, foi mais lenta e apresentou algumas dificuldades: a grande concentração e diversidade de população, a ocupação urbana dificulta a implantação de equipes autônomas – às vezes são 'inquilinas' das unidades básicas, sem condições adequadas para sua operacionalização; o elevado grau de exclusão social aos serviços de saúde, agravos característicos das grandes cidades e a oferta de serviços em uma rede consolidada, mas mal distribuída e desarticulada (GIOVANELLA & MENDONÇA s/d).

No Gráfico 1 observa-se a evolução do número de município com equipes implantadas, com uma aumento acelerado após 1998. Esse fato não significa que toda a população destes municípios encontra-se coberta por ações da ABS. No entanto, não deixa de ser relevante a existência de equipe(s) da ESF em quase a totalidade dos municípios brasileiros.

Gráfico 1 - Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 – SETEMBRO/2010



Diante das constatações apresentadas pelos estudos Linha Base do PROESF, algumas indicações foram apontadas, dentre estas a necessidade de se criar outros arranjos e composição de equipe para implantação nesses territórios, levando em consideração as condições locais – de vida e saúde, que vão requerer menos ‘normatividade’ e mais criatividade em um processo permanente de pactuação (MS/FIOCRUZ, 2005).

Embora a ESF seja notadamente um sucesso de cobertura nacional, ainda se tem uma série de problemas a serem superados. Alguns autores afirmam que qualquer política social que inclua famílias como objeto e sujeito de suas ações terá, necessariamente, que romper com posturas clientelistas, assistencialistas e tutelares para superar as desigualdades sociais e criar estratégias inclusivas sob a responsabilidade do Estado.

A intersetorialidade é outro entrave apresentado, por se entender que articular saúde a outras políticas sociais é fundamental para a cidadania, porém, não bastam médicos, remédios, hospitais, centros de saúde, é preciso agregar outros valores as políticas sociais do Estado, em especial àquelas para as populações excluídas, onde questões setoriais tornam-se problemas das famílias porque de baixa qualidade e pouco efetivas (VASCONCELOS, 1999; CARVALHO, 2000).

Nessa perspectiva, para se construir a viabilidade social das propostas de mudança faz-se necessário incluir parcelas da sociedade civil nos processos decisórios e efetuar transformações de cunho político, mas também, subjetivas, que incidam nos

comportamentos e práticas. Efetuar a integração/interação entre os sujeitos da mudança (equipe de saúde, famílias e comunidade) é fundamental para o desenho de um novo modelo de atenção à saúde, pautado na solidariedade, no respeito do outro, no aprendizado mútuo e no compartilhamento de práticas, afetos e significados para produzir saúde e bem-estar (TRAD & BASTOS, 1998; CARVALHO, 2000).

Da mesma forma, ressalta-se que a ausência de análise do potencial explicativo que o território pode evidenciar sobre os problemas e as necessidades de saúde de uma população, empobrece o diagnóstico e as intervenções no nível local ao excluir os sujeitos sociais que habitam e vivem nesses lugares específicos. É preciso acionar as dimensões do território para consecução de novos rumos para as práticas locais de saúde (APS/AB/ESF), entendê-lo como espaço de produção e reprodução social, considerar que as condições de vida e o impacto das ações de saúde sobre as populações situadas geograficamente definem as suas condições de saúde (OPS, 1992; MISOCZKY & BECH, 2002).

Daí a importância e a urgência, no campo da saúde, de se tomar o território como categoria e campo explicativo/ analítico, em função das inúmeras possibilidades teóricas e práticas que oferece para revelar os problemas sanitários existentes, decorrentes da produção/apropriação do território pelos diversos atores sociais - do Estado e da sociedade, diante dos inúmeros obstáculos ainda a serem vencidos pelo SUS.

3.1.3. A Atenção Básica à Saúde

Com a conferência de Alma-Alma em 1978 a ABS como sinônimo de APS vem sendo enfocada como um dos eixos de sustentação da organização dos sistemas de saúde em todo mundo. Idealizada como primeiro contato do usuário com o sistema de saúde vem sendo pensada, desde sempre, como um conjunto de ações indispensáveis para resolver grande parte dos problemas de saúde de populações circunscritas em espaços específicos.

Significa, uma combinação de ações, não só as destinadas a doenças e doentes, mas aquelas voltadas para a promoção da saúde e a proteção de riscos e agravos, bem como as que fortalecem as comunidades e permitem aos profissionais de saúde conhecer a população sobre seus cuidados e responsabilidade - como vivem, trabalham, adoecem e

morrem, construindo vínculo e particularizando as intervenções junto aos indivíduos, os grupos sociais e as famílias (HAIMANN & MENDONÇA, 2005).

No Brasil a ABS vem se estruturando no interior do movimento de descentralização/municipalização das ações e dos serviços de saúde, posta como atribuição da gestão municipal, desde as ações integradas de saúde (AIS). Embora incorpore elementos conceituais e teóricos da APS, se diferencia da mesma por não se constituir em ação focal restritiva, conformada por um cardápio básico de serviços a serem ofertados a populações em situação de grande vulnerabilidade. Ao contrário, constitui-se a partir das críticas aos modelos iniciais do PACS e do PSF, e se expande como possibilidade de mudança no modelo assistencial vigente, assegurando o acesso às ações e serviços de saúde mais adequados e de qualidade para população brasileira.

Como visto em capítulo anterior a NOB-SUS (1996:2) cujo tema é ‘Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão’ efetua mudanças significativas na organização da atenção quando coloca o município como *“responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território”* e na relação/comunicação com a população criando *“vínculo dos serviços com os seus usuários”*. Estabelece níveis de atenção no intuito de transformar o modelo de atenção:

1. À assistência como *“atividades dirigidas às pessoas, individual e coletivamente onde se desenvolvem as ações “no âmbito ambulatorial e hospitalar e em outros espaços especialmente o domicílio”*;
2. Às intervenções ambientais relacionadas *“as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental”* e,
3. Às políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, *“relativas às políticas macroeconômicas ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos”*.

Define também as condições de gestão dos municípios – Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal -, e explicita o que denomina por Atenção Básica - primeiro nível de atenção-, calcada na concepção ampliada de saúde e na integralidade das ações.

O PSF (integrado com o PACS) torna-se a estratégia fundamental para a reorganização dos serviços de saúde e elemento permanente de consolidação do SUS, sendo estimulado por financiamento específico agregado ao Piso da Atenção Básica (PAB), a partir da população coberta pelo programa⁵⁰. Assim a NOB-96, aprofunda o caráter inovador do PSF e explicita uma nova fórmula de cooperação para a operação da política de saúde, envolvendo municípios, pólos, secretarias estaduais e o nível central do MS (VIANA & DAL POZ, 2005:241).

“A partir de 1998, ano em que a NOB/96 efetivamente entra em vigor, há uma alavancagem importante no ritmo e no alcance do processo descentralizador (...) no final do ano de 2000, cerca de 99% dos municípios brasileiros encontravam-se enquadrados em alguma das duas modalidades de gestão definidas pelo MS, sendo que deste total 89,5% (4.928 municípios) estavam habilitados na condição Plena da Atenção Básica” (LEVCOVITZ et al, 2001).

Com a expansão da ESF a partir de 1998, se publica o Manual para Organização da Atenção Básica (1999) no qual consta uma definição de AB para a organização nos sistemas de saúde e amplia sua responsabilidade, ações e objetivos a serem alcançados pelos estados e municípios. Também estão contempladas as estratégias de operacionalização e a gerência do Piso da Atenção Básica. A gestão da AB é delegada aos municípios por meio dos mecanismos explicitados na NOB-SUS/96.

O Manual conceitua a ABS como “*um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situado no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação*” (MS/SAS, 1999:9), e ressalta a necessidade de ampliá-la para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

Ao mesmo tempo em que se consolida a ABS via descentralização e implantação da ESF, expandem-se à rede de serviços municipais de saúde, impulsionada pelos mecanismos de transferência de recursos da NOB/96. Esse avanço da descentralização evidenciou a necessidade de enfrentamento de um conjunto de problemas, tanto no âmbito da gestão, quanto no que se refere à atenção à saúde.

⁵⁰ Estão assim definidos os incentivos ao PSF: de 3% para cada 5% da população coberta até atingir 60% da população total do município; 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município, e 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município (MS/GM, 1996:15)

“Os grandes avanços no âmbito da descentralização político-administrativa, com fortalecimento dos gestores locais e as mudanças na organização da atenção básica induzidas pela NOB SUS 01/96, evidenciam a necessidade de maior articulação entre os sistemas municipais e de fortalecimento das secretarias estaduais de saúde na sua função reguladora para assegurar a organização de redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas, que propiciem resultados positivos para a saúde da população” (SOUZA, 2001:453).

Embora se indiquem os bons resultados advindos dessa Norma no que tange a ampliação da descentralização e a habilitação dos municípios, há uma contradição na alocação dos recursos, pagos por procedimentos, fundo a fundo (PAB fixo e variável). A separação do montante referente à ABS, a média e alta complexidade reforça o caráter centralizador na definição da política de saúde pela esfera federal. Apesar da importância dada ao aumento no repasse de recursos, há um descompasso na correspondência de autonomia aos municípios na determinação dos rumos da política - tornam-se menos efetivos na execução das ações e mais dependentes de recursos federais, ficando a descentralização e a participação da comunidade subsumidas no discurso da ‘eficiência’ dos gastos em saúde (MARQUES & MENDES, 2003:405)

Na continuidade do processo de indução federal a organização do sistema de saúde nas esferas subnacionais, edita-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-01/2001), com a intenção de complementar as ações da ABS com a média e a alta complexidade, e de ordenar o processo descentralização via regionalização. Seu objetivo geral é *“promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”* (MS, 2001). Para atingir este objetivo propõe um processo de regionalização como uma macroestratégia de reorganização assistencial.

TREVISAN & JUNQUEIRA (2007:896) fazem uma crítica bastante pertinente sobre a indução federal, realizada por meio das normas ao processo de descentralização: *“o sistema é operado por NOBs ‘federais’, o conceito de descentralização cai em uma espécie de ‘vácuo decisório’ plenamente preenchido pela instância federal porque, enfim, o recurso financeiro, ou melhor, a liberação dele, é sempre um ato ‘de Brasília’.*

A regionalização, embora não sendo atribuição da ABS, se coloca na perspectiva de viabilizar o planejamento integrado, conformando sistemas funcionais de saúde traduzidos em redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios

delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, maximizando os recursos disponíveis (MS, 2001:15)

Propõe três estratégias articuladas para atingir os objetivos desenhados: a elaboração de um plano diretor de regionalização (PDR) e a definição da organização regionalizada da assistência; fortalecimento da capacidade gestora dos SUS, e atualização dos critérios de habilitação dos estados e municípios as normativas anteriores, em especial a NOB/96. A elaboração do PDR é um dos pontos mais importantes propostos na NOAS/01/01, que deve ser elaborado sob a coordenação do gestor estadual (SOUZA, 2001; SOUZA, 2000).

O PDR ainda não se constitui como uma realidade na gestão da saúde via articulação estado/municipal como indica o artigo 198⁵¹ da Constituição Federal quanto à hierarquização e regionalização. Os planos ainda não estão bem incorporados a essas duas esferas de gestão do SUS. Ademais, em algumas situações é interpretado como um retorno a centralização dado pela designação dos estados no comando da regionalização e a ‘(des)concentração’ dos recursos financeiros via Brasília, configurando uma nítida disputa de poder e de forças entre os atores sociais implicados.

“A descentralização da gestão de saúde sofreu, (...) uma solução de continuidade com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2001. (...) A autonomia municipal na gestão de saúde, obviamente, acaba reduzida com essa forma de regionalização. Quando a ela se soma a centralização real do orçamento autorizativo da União, a autonomia do município na gestão de saúde se reduz a uma frase eloqüente em que a retórica passa a ocupar quase todo o espaço da realidade” (TERVISAN & JUNQUEIRA, 2007:899).

Sob o clima de insatisfação criado pela NOAS/01/2001, há a necessidade de se estabelecer um ‘Pacto pela Saúde’, que garanta maior equivalência na distribuição de poder com maior coesão entre os atores envolvidos. As Diretrizes do Pacto Pela Saúde (2006) trás elementos importantes para o processo de pactuação no SUS definidos em três dimensões - Pela Vida, Em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto, dentre outras coisas, permite identificar situações particulares e estratégicas para os gestores do

⁵¹ (...) as ações e serviços de saúde “integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”.

sistema, para os trabalhadores da saúde e, principalmente, para o usuário da rede. Seu aspecto mais relevante é a possibilidade de identificar critérios de necessidades para o bom funcionamento do sistema.

Simultaneamente ao Pacto, define-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), incorporando os atributos da APS de forma abrangente – porta de entrada do SUS e ponto de estruturação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 1994, 1997). Dentre os critérios estabelecidos para a operacionalização da política, é dada ênfase a definição de recortes territoriais - incorporando todas as nomenclaturas proposta pelas NOB/01/1996, a NOAS/01/2001, ao reconhecimento da população por meio de diagnósticos de condições de vida e situação de saúde, e a identificação dos determinantes sociais que definem os problemas e necessidade de saúde.

Essas exigências se constituem em ferramentas fundamentais para o reconhecimento dos conteúdos do território como condições contextuais que podem fortalecer o sistema, a rede de atenção, os trabalhadores da saúde e a população usuária dos serviços. O desenho da rede deve seguir os indicativos dos recortes espaciais propostos, nos quais ‘o território’ enquanto espaço estratégico das práticas de saúde é reiterado, sistematicamente, no discurso em todas as enunciações que aludem à organização da atenção (MS, 2006):

Primeiro conjunto de sentidos:

“Territórios bem delimitados; território adscrito; no âmbito do seu território; respectivo território; território estadual; território nacional; definição precisa do território; na região; território do município; dentro do território”.

Segundo conjunto de sentidos:

“Características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; território e população pelo qual tem responsabilidade sanitária; território de atuação; território onde a equipe ESF atua; mapeamento e reconhecimento da área adstrita; território a ser coberto, com estimativa da população residente; mapeamento das áreas e micro-áreas; território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada; problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território; considerando a dinamicidade existente no território; trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios”.

Constata-se a ‘força do território’ nos enunciados do gestor federal, mesmo que a polifonia seja a marca do discurso. Cada um dos sentidos identificados corresponde a um significado e a uma escala que denotam ‘o uso’ do território na saúde. São discursos que revelam os diversos conteúdos do território: a) jurídico-político - adscrição, como espaço de poder, jurisdição e limites; b) cultural – espaço de identidade, seu território, como pertencimento; c) econômico - a região, como características econômicas, políticas, etc.; d) sanitário – as características epidemiológicas, como espaço de produção de saúde-doença, e, e) sociológico – recursos, dinamicidade do território, relações, determinações sociais da saúde.

Embora o discurso seja enfático sobre as razões do uso do território na saúde, sua operacionalização se ‘esfumaça’ e nos faz lembrar a metáfora Marxiana de que *“tudo que é sólido desmancha no ar”*⁵²:

- Por um lado, dada as constantes novas/velhas propostas que surgem na gestão do sistema – as Redes de Atenção – hierárquicas ou poliárquicas; os Teias (Territórios Integrados de Atenção à Saúde); os NASF (Núcleos de Apoio a Saúde da Família); as UPAS (Unidades de Pronto-Atendimento à Saúde); a Clínica Ampliada; os DS (Distritos Sanitários), dentre outros, sem que se explicitem seus pressupostos, sua inserção nas políticas consolidadas pelo SUS e os ajuste aos contextos onde são implantadas, para não haver solução de continuidade na oferta de atenção à população.
- Por outro, em função da (ir)racionalidade técnico-administrativa das unidades operativas do sistema - a lentidão burocrática, a baixa sustentabilidade financeira -, a pouca comunicação entre os elementos da rede de atenção, e a prática social não inclusiva pela ausência ou pouca participação da população na definição da política local e dos correspondentes recortes territoriais.

⁵² Marx e Engels, referindo-se à burguesia no Manifesto Comunista de 1848, afirmam: “dissolvem-se todas as relações sociais, antigas e cristalizadas (...) as relações que as substituem tornam-se antiquadas antes de se ossificar (...). Tudo que era sólido e estável se esfumaça, tudo o que era sagrado é profanado, e os homens são obrigados, finalmente, a encarar suas condições de existência e suas relações recíprocas. (...)”. Berman, M. toma como metáfora a máxima do Manifesto, em seu livro “Tudo que é Sólido Desmancha no Ar – a aventura da modernidade” (1986), para falar da modernidade/pós-modernidade, da velocidade e da fluidez da vida contemporânea, o que parece influenciar fortemente o setor saúde e as políticas de saúde.

Nesse sentido, observa-se nos processos instituintes do SUS a fragilidade operacional da política diante das sucessivas e abruptas mudanças do Estado na arte de governar:

- a fluidez das normas que aparecem e desaparecem no transitório dos discursos e são de difícil implementação;
- a ausência de mecanismos dialógicos junto aos territórios-população - para além dos conselhos e comissões, de modo a incluir atores sociais historicamente excluídos dos processos decisórios;
- a pouca autonomia da gestão municipal – ampliar seu protagonismo na pactuação/formulação da política local, em um processo democrático ascendente que potencialize a ação política a partir do conflito e da contradição, na perspectiva da produção social da saúde e da consolidação do SUS.

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.

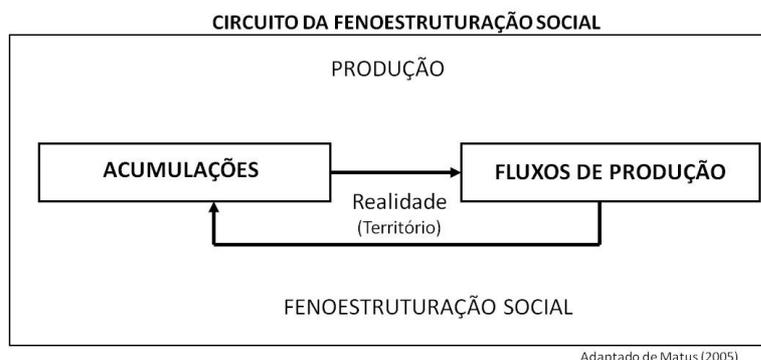
⁵³ Os estudos a seguir são relevantes para consolidação da abordagem espacial no campo da saúde coletiva e nas práticas da saúde pública, no entanto não são os únicos nem esgotam a produção

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.

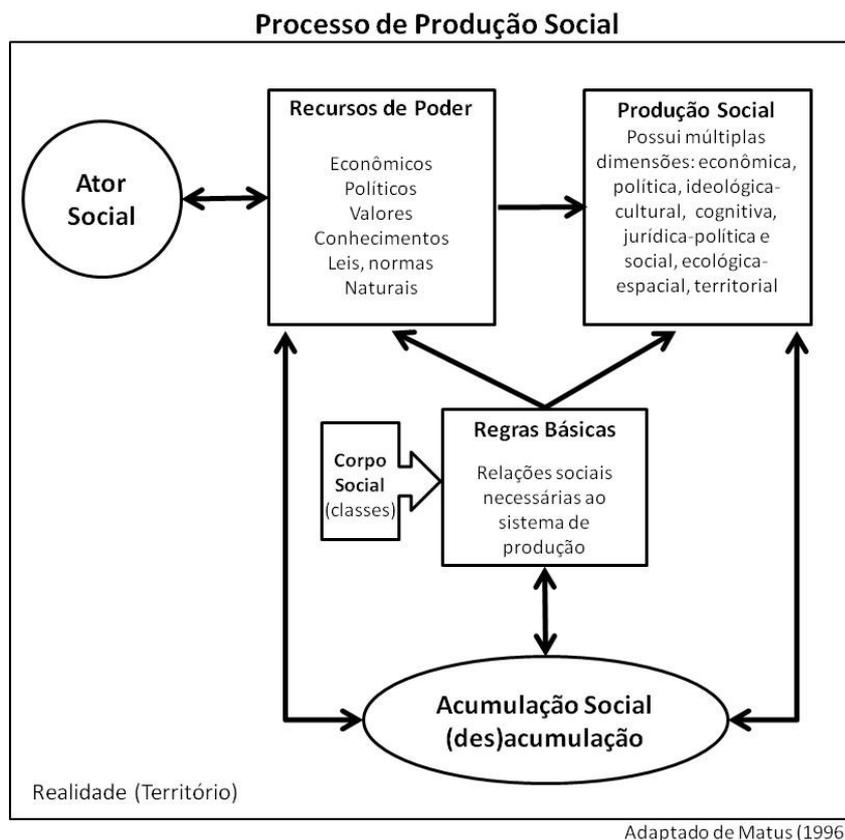


O que é comum a todas as fenoestruturas é que constituem capacidade de produção de fatos políticos, econômicos, organizativos, cognitivos, comunicacionais, etc., de bens e

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.

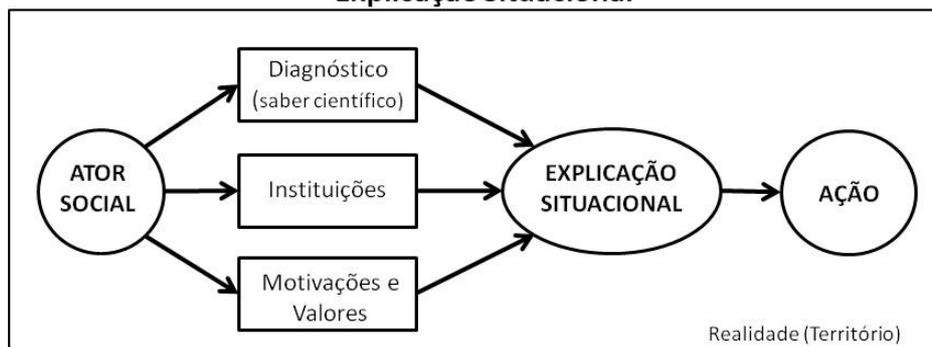
De ORTEGA Y GASSET (1936) incorpora a idéia de razão vital - indispensável à ação, acima da razão absoluta – da verdade, do ideal. Dessa abordagem, depreende que o contexto situacional complementa os discursos nas negociações, do mesmo modo como o contexto situacional complementa a explicação do texto 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)

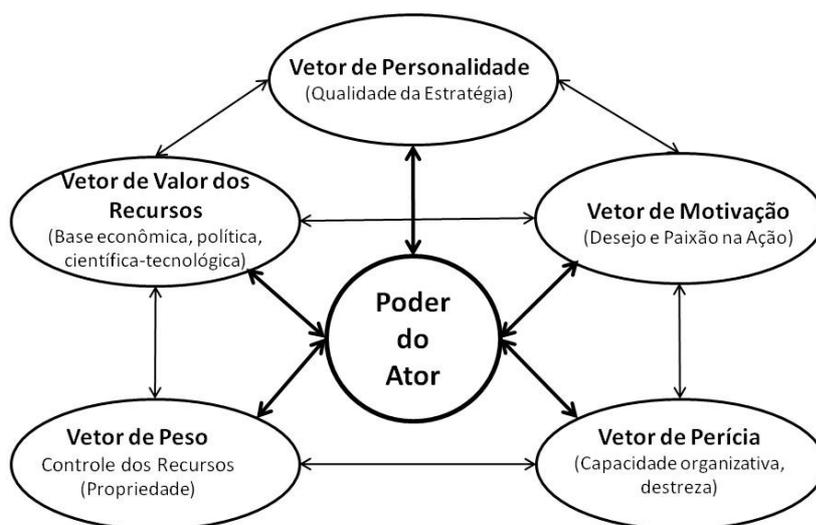
diferença entre poder, força e força aplicada ou pressão. A segunda crítica deixa clara a conveniência de reconhecer que o boxeador derrotado por outro que lhe impôs sua vontade tem algum poder, pois resistiu em vez de entregar-se. Ou seja, mesmo no pior dos casos, um ator fraco impõe a um ator forte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

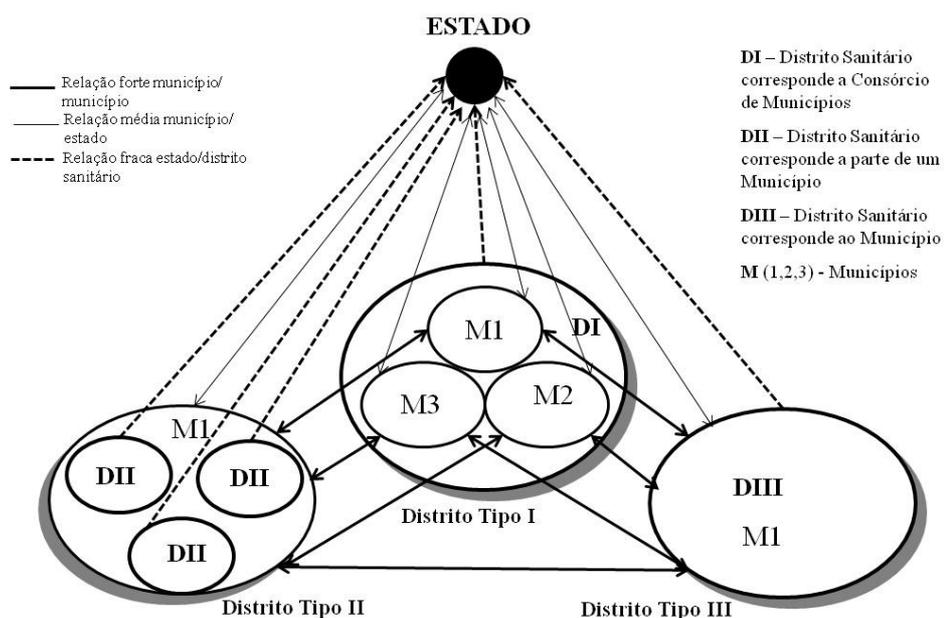
(MENDES, 1993; TEIXEIRA, PAIM & VILLASBÔAS, 1998; TEIXEIRA & SOLLA, 2006).

“(…) 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).

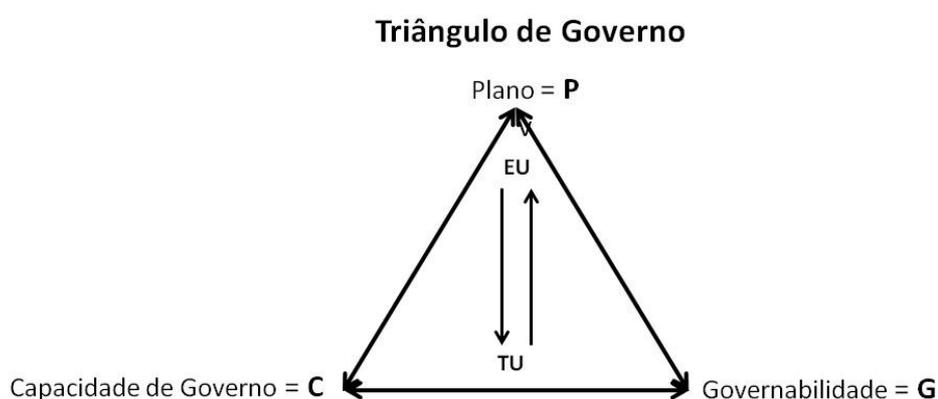
9ª Consideração: **planejar não é monopólio de único ator.** Existem outros atores que também planejam sobre a mesma realidade e, algumas vezes sobre os mesmos problemas, inclusive em situações opostas. Portanto, o Estado não é o único ator que planeja. Por isso, no momento de planejar é imprescindível 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 (CASTILHO-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).

Dá 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).

EPÍLOGO: O TERRITÓRIO DA ATENÇÃO BÁSICA: MÚLTIPLOS, SINGULARES OU INEXISTENTES?

A. Sistematizando os Discursos sobre o Território da ABS

Nos capítulos anteriores destacou-se a arquitetura do processo de construção histórico da Atenção Básica no campo das políticas de saúde no Brasil, designada no discurso do gestor federal “*como porta de entrada preferencial do SUS*”. Foram vistas as primeiras concepções no marco dos anos 70-80 - como “*cardápio básico de serviços e ações de saúde*”; em seguida como “*APS seletiva*” - por meio de programas de extensão de cobertura para populações pobres em áreas de alta vulnerabilidade sócio-sanitária; se amplia e ganha visibilidade com o PACS e o PSF nos anos 90, e em 2006, se consolida nos moldes de “*APS abrangente*”, fundindo o PSF com o PACS em uma “*estratégia centrada na saúde da família como modelo de Atenção Básica centro ordenador das redes de atenção no SUS*” (MS, 2006:2).

Nesse percurso muitos sentidos foram atribuídos a categoria território subjacente ao discurso do gestor federal, nos documentos e artigos pesquisados. A interpretação realizada na pesquisa documental, por meio da análise de discurso, pode destacar quatro conjuntos enunciativos -, em cujas formações discursivas os sentidos do território foram sendo alterados, de acordo com alguns pressupostos: a) as concepções de saúde-doença-cuidado; b) o paradigma sanitário; c) o modelo de atenção; d) a organização das práticas e, e) as relações de poder que forjaram as políticas nos períodos: 1960-1975; 1976-1985; 1986-1996; 1997-2006.

Destacam-se nas quatro formações discursivas algumas enunciações nas quais estão metaforizados os sentidos do território na saúde:

- Primeira Enunciação (1960-1979): **território-dominância** - Estado centralizador, autoritário e coercitivo; desenvolvimentismo econômico; concepção de saúde voltada para o controle de foco da doença; paradigma sanitário mecanicista - o corpo humano comparado a uma máquina que pode ser decomposta em suas partes constitutivas para intervir sobre elas; práticas de saúde centradas na ação

médica e no saneamento do meio pautado na versão ‘macia da eugenia’⁵⁹; sistema de saúde conformado por verticalidades na oferta de atenção – ações curativas individuais desenvolvidas em hospitais e pela previdência social; território da saúde com o sentido de espaço de intervenção política e, nenhuma (inexistência) apropriação pelos atores que o produzem – um espaço opaco onde apenas um ator social realiza seu projeto político, pelo uso da dimensão jurídico-política na esfera federal, efetivando a coerção-regulação sobre o corpo social.

- Segunda Enunciação (1980-1987): **território-função** - Estado centralizador e autoritário sob forte pressão de movimentos contra-hegemônicos na sociedade e na saúde (MRS), aspirações democráticas; crise econômica e fiscal; concepção de saúde voltada para doentes/doenças e medicalização dos problemas sociais; paradigma sanitário assistencialista; sistema de saúde centrado nas verticalidades na oferta de cuidados de saúde, com introdução de horizontalidades - atenção primária restrita e vigilância; território da saúde com o sentido de espaço organizador de ações e serviços, novos conteúdos – cultural e social -, incorporação de novos atores - os municípios e movimentos de resistência-apropriação por parte da população usuária.
- Terceira Enunciação (1988-2001): **território-apropriação** - Estado democrático – nova constituição voltada para o cidadão e a cidadania, o direito a cidade e a saúde; globalização econômica e neoliberalismo político; concepção de saúde ampliada – qualidade de vida; paradigma sanitário da produção social da saúde; sistema de saúde universal, descentralizado, hierarquizado e com participação da população; práticas sanitárias com predominância das horizontalidades, desenvolvidas em recortes territoriais (DS) por um conjunto de ações básicas de saúde – PACS, PSF, concepção ampliada de APS e ações de vigilância (epidemiológica, sanitária, ambiental e do trabalhador); foco na

⁵⁹Segundo Miskolci (2006) a eugenia emerge na Grã-Bretanha, em fins do século XIX, como um saber comprometido com idéias políticas conservadoras, nacionalistas e racistas e se dividiu em dois ramos. Grã-Bretanha, Alemanha e Estados Unidos formam o ramo "duro", baseado na concepção de Mendel sobre a hereditariedade. Nessa concepção, a hereditariedade não sofria influência do meio e, portanto, a preservação da "pureza" de certas "raças" era uma necessidade para evitar o fantasma da degeneração. Na América Latina (AL), ao contrário, constituiu o ramo "macio", influenciado pelas teorias de Lamarck e, portanto, pela idéia de que a hereditariedade era determinada tanto por fatores internos - "raciais", quanto a fatores externos - influência do meio. A versão dura resultou em práticas de controle da reprodução chegando até ao extermínio de grupos étnicos, enquanto a versão "macia" originou, particularmente, políticas públicas de higienização do espaço urbano e controle de populações. Ver: Stepan NL. A hora da Eugenia: Raça, Gênero e Nação na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

municipalização; território da saúde com o sentido de espaço local, de processo, entendimento dos seus usos por meio da análise de situação de saúde e condições de vida das populações, valoração da dimensão apropriação-resistência em contraposição à dominação-coerção-regulação.

- Quarta Enunciação (2002-2006): **território-transformação** – Estado democrático provedor, governo dos trabalhadores, radicalização dos espaços de cidadania; início de novo ciclo de crescimento econômico e social – acesso de camadas populares a bens de consumo duráveis, diminuição das desigualdades sociais; concepção de saúde ampliada – promoção de saúde; paradigma sanitário da produção social da saúde; práticas sanitárias articuladas para incidir sobre os determinantes sociais da saúde (causas, riscos e danos), modelo de vigilância da saúde – promoção, proteção, recuperação, intersetoriais e abordagens transdisciplinares, predominância das horizontalidades sob a gestão dos municípios e verticalidades complementares – pontos de referência do sistema; território da saúde com o sentido de espaço relacional em movimento – híbrido, múltiplos poderes e lugares – redes, identidades, territorialidades, em permanente transformação – territorialização, (des)territorialização, (re)territorialização -, com predomínio das dimensões político-social e cultural e dos conteúdos de resistência-apropriação.

Observa-se a múltiplos usos do conceito ‘território’, nos diferentes momentos de apropriação pelo sistema de saúde. O sentido polifônico ao contrário do que pensa o senso comum que o vê como negatividade, revela na linguagem a força da palavra, que se reinventa a cada situação. Portanto, ‘o território’ agrega e expõe ‘novas’ reflexões e rupturas nas concepções da política, do sistema e das práticas dos campos da saúde coletiva e da saúde pública, referidas a questões centrais na relação Estado-sociedade: a democracia, a cidadania, os direitos sociais, as desigualdades e iniquidades em saúde, a produção e a reprodução social, a comunicação, a participação, a cooperação, a emancipação e a liberdade.

Se por um lado, essa profusão de significados imprime ao ‘território’ a força da transformação, por outro, a fluidez do discurso e a fragilidade da política em empreender as mudanças desejadas e necessárias ao sistema de saúde, para consolidá-lo nos moldes em que foi forjado pelo MRS, enfraquece o conceito, turva o sentidos, diminui as relações de poder que encerra em seus limites e descontextualiza os

conteúdos que lhes dão materialidade. O resultado é a ‘vulgarização’ do termo por seu uso inapropriado na proliferação de textos e documentos recentes, com baixa adesão dos atores sociais ao trabalho territorializado, em especial junto aos profissionais de saúde e aos usuários dos serviços.

A polifonia do conceito, por outro lado, quando contextualizado alude a produções sociais realizadas por meio da ação humana, historicamente determinada, em um movimento constante de produção e reprodução da vida nesses espaços, entre fixos e fluxos (ações e objetos), com uma dinâmica própria em cada lugar, decorrente da singularidade das condições de existência (socioeconômicas, políticas, institucionais, ecológicas, culturais, étnicas, etc.) de cada população em certo tempo histórico, contribuindo de formas diversas para a produção de saúde e para organização social (SILVA, 1985, 1997; MENDES, 1993, 1996; PAIM, 1991, 1992, 1993, 1994, 1999; TEIXEIRA, 1993, 1994, 2005, 2006; COSTA & TEIXEIRA, 1999; CZERESNIA & RIBEIRO, 2000; SILVA, 2001; GUIMARÃES, 2005a, 2005b; MONKEN, 2008; GONDIM et al, 2008; MONKEN et al, 2008; BARCELLOS & MONKEN, 2007; SILVA-JUNIOR, 2006).

O território da saúde é um espaço de produção de singularidade - sempre com limites que podem ser político-administrativo ou de ação de um determinado grupo de atores sociais. Internamente é relativamente homogêneo, com uma identidade que vai depender da história de sua construção, e o mais importante, é portador de poder – nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação tanto do Estado, quanto das agências e da população. (CLAVAL, 1979; HARVEY, 1980; SANTOS, 1980, 1988, 1992, 1994, 1996, 1998; CORRÊA, 1995; CASTELLS, 1983; SOJA, 1993; RAFESTTIN, 1993). Daí sua importância estratégica para as políticas sociais públicas, e para a consolidação de intervenções no enfrentamento de problemas e de necessidades erigidos por quem o habita e o produz socialmente

São espaços onde se dão as acumulações (fenoestruturas ou capital social) - históricas, ambientais, sociais e simbólicas que podem configurar condições particulares para a produção de saúde-doença-cuidado. Daí a importância do reconhecimento do território - da territorialização, como metodologia estratégica para a caracterização da população, das condições de vida, dos problemas e necessidades de saúde, das potencialidades e, principalmente, para avaliar o impacto dos serviços sobre o estado de saúde da

população (BARCELLOS, 2000; MONKEN & BARCELLOS, 2007; GONDIM et al, 2008; MONKEN et al, 2008; GONDIM & MONKEN, 2008).

Por isso, o sentido de território que mais atende às necessidades de análise das ciências sociais e humanas, é aquele que integra múltiplas dimensões - econômica, política e sócio-cultural e subjetiva. Porquanto só é possível falar em demarcação ou delimitação em contextos onde existe uma pluralidade de agentes, de recursos e de estruturas (NUNES, 2006). Donde se conclui que, a constituição dos territórios é decorrência da vida em sociedade, ou ainda, *'os territórios (...) são no fundo, antes relações sociais projetadas no espaço, que espaços concretos'* (SOUZA, 1995:87).

Configura-se a partir da ação intencional de um ator sintagmático – um agente que realiza um programa em qualquer nível da realidade. Assim, ao se apropriar do espaço, de forma concreta ou abstrata, [...] o ator *'territorializa' o espaço* (RAFESTTIN, 1993:143). Significa que o território materializa as articulações estruturais e conjunturais a que os indivíduos ou os grupos sociais estão submetidos em um determinado tempo histórico, tornando-se, intimamente correlacionado ao contexto e ao modo de produção vigente. Este aspecto processual de formação do território constitui a *'territorialização'* (GIL, 2004:7).

Nessa concepção, o território na saúde, não pode ser (de) limitado por um simples recorte político-jurídico e operacional do sistema de saúde. Deve traduzir-se simultaneamente, como *locus* de materialidade da prática social (BOURDIEU, 1983a, 1983b, 1996) e de interação entre a população e os serviços no nível local, onde se encontram situadas, em delimitações singulares, populações com *habitus* (BOURDIEU, 1989) e estilos de vida diferentes, que determinam e condicionam suas condições de existência (DONNANGELO, 1976; CASTELLANOS, 1991, 1996; LAURELL, 1983).

Ao utilizar o conceito de território na saúde deve-se estar atentos para as palavras de SANTOS E SILVEIRA (2001: 12) *"(...)o território, em si mesmo, não constitui uma categoria de análise ao considerarmos o espaço geográfico como tema das ciências sociais, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o território utilizado"*. Isto é, não faz sentido pensar no território como mera marcação de uma área, é preciso reconhecer processos e territorialidades que muitas vezes transgridem as normas (genoestruturas) e os limites (fronteiras) impostos por determinados atores.

O que irá delimitar o território de produção social da saúde são os diálogos e as pactuações que possam ser realizadas entre os atores que produzem a vida do lugar. Da mesma forma, as intervenções de saúde só serão efetivas se compreendidas, visualizadas e apropriadas no território por formuladores e usuários (gestores, profissionais e população) das distintas estruturas prestadoras de serviços de saúde. Esses territórios apresentam, muito mais que uma extensão geométrica, mas, sobretudo um conjunto de perfis - demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que os caracteriza e se expressam no espaço em permanente transformação (MENDES, 1993; MONKEN & BARCELLOS, 2003).

Uma proposta de mudança de práticas de ABS, pautadas na ação sob territórios deve considerar os sistemas de objetos naturais e construídos pela sociedade, identificar os diversos tipos interação no território, como são percebidos pela população e, até que ponto as regras de utilização dos recursos e das acumulações (fluxos de produção) pela população promovem determinados hábitos, comportamentos e problemas de saúde cujas características são passíveis de identificação (GONDIM et al, 2008; MONKEN et al, 2008; BARCELLOS E MONKEN, 2007).

Nesta abordagem, a reprodução social (SAMAJA, 2000; BARATA, 2000, 2005) está relacionada diretamente com a reprodução material da vida cotidiana traduzida pelas condições concretas de existência da população. Essa reprodução material produz contextos diversos onde a situação de saúde está diretamente relacionada às condições de vida das pessoas e dos grupos sociais. Estes contextos são constituídos por uma diversidade de usos, como reflexo de uma rede de interações diversas nos âmbitos : social, político, econômico, cultural e territorial, implicados no processo social como um todo.

A análise social no território deve ser construída de forma a contribuir na identificação de informações, para operacionalizar a tomada de decisão e para a definição de estratégias de ação nas diferentes dimensões do processo de saúde-doença, ou seja, em termos das necessidades sociais; nos grupos de risco; na situação de exposição; nos danos e óbitos; seqüelas; e nas doenças e agravos (TEIXEIRA et all, 1998).

Essas dimensões, entretanto, não estão separadas no espaço do território, se entrelaçam, interconectam, interagem, e muitas vezes são causas, efeitos ou condições que se

direcionam para configurar uma situação-problema em contextos muito particulares, dada a diversidade de uso do território pelos atores sociais. É deste modo, que os conteúdos do território podem ser acionados para potencializar a ação do Estado na institucionalização de políticas públicas, na operacionalização de ações intersetoriais e no desenvolvimento de outras práticas de saúde que emergem do corpo social, devido ao seu poder de realização - sua concretude, sintetizando a totalidade social e suas particularidades.

Para MONKEN & BARCELLOS (2005) ao se buscar aperfeiçoar a ação institucional do setor saúde é preciso reconhecer nos territórios mais do que a sua delimitação “ótima” do ponto de vista funcional, mas percebê-lo como uma instância de poder, do qual participam as populações a eles adscritas. Só assim, este poder será legítimo. Para isso é preciso conhecer o território, sua população e os processos que aí se desenvolvem (o território usado), bem como reconhecer as múltiplas e diversas territorialidades existentes na “arena territorial”, como apontado por COX (1991).

É preciso situar o setor saúde como um ator social (MATUS, 1989) a mais (e não o único) na arena social e política, com atribuições específicas, a saber, ajudar a construir ambientes favoráveis à saúde. Esta construção será tão mais sólida quanto maior o grau de participação dos atores implicados e respeitada suas territorialidades. Por isso, utilizar a categoria território como elemento estruturador das ações em saúde é mais do que gerar novas delimitações administrativas é buscar transformar contextos, atores e situações de vida e saúde em uma ação sinérgica que se configura no jogo social.

As premissas de participação, pactuação, cooperação e responsabilidade solidária contidas nos discursos do gestor federal, são interpretadas como estratégias político-territoriais que o sistema de saúde dispõe para colocar em prática as diretrizes da descentralização, da regionalização e da municipalização, de modo a assegurar os princípios constitucionais - universalidade, equidade e integralidade das ações, instituintes do SUS, como garantia a todo cidadão do direito a cidade e a saúde, assegurado pelo Estado (GONDIM et al, 2008).

Estas estratégias serão tão mais eficazes quanto mais informados estejam os agentes do espaço acerca dos processos em que participam para construção dos territórios da saúde, concebidos como processos onde existem superposições de intenções e práticas de

diferentes atores e conflitos. Essas tensões se traduzem em estruturas incorporadas – *habitus*, que os diferentes atores sociais criam a partir de seu campo de ação e de sua práxis no território onde busca hegemonizar seus projetos no espaço.

B. Território Múltiplo e Uno – entre a práxis social e individual

Ao se trabalhar com os conceitos de território, agente e poder ao longo desta tese, fez-se necessário, para essa conclusão, incluir a noção de *habitus* como uma categoria de análise importante para interpretação dos sentidos do território, por expressar uma competência prática, adquirida ‘na e para a ação’⁶⁰ e que opera ao nível da consciência. Cria a possibilidade de incluir, na análise, a subjetividade dos sujeitos, como singularidades na totalidade da prática social.

Manifesta-se como uma habilidade individual e social, que varia com o tempo, o lugar e, sobretudo, através da distribuição de poder. Pode também ser transferível para vários outros domínios de prática - no consumo de bens e serviços, nas escolhas políticas –, no interior e entre indivíduos da mesma classe e que fundamenta os distintos estilos de vida (BOURDIEU 1996, 1983a, 1983b, 1989).

Para BOURDIEU (1996), a explicação da realidade social, em qualquer espaço, exige não somente o conhecimento do nível macro - das estruturas sociais, mas também uma compreensão das ações individuais - do *habitus*, que pode ser assim descrito:

- É duradouro, mas não estático ou eterno: as disposições são socialmente montadas e podem ser corroídas, contrariadas, ou mesmo desmanteladas pela exposição a novas forças externas;
- Possui inércia incorporada, quer dizer, na medida em que o *habitus* tende a produzir práticas moldadas depois das estruturas sociais que os geraram. Assim, cada uma dessas camadas opera como um prisma através do qual as últimas experiências são filtradas e os subseqüentes estratos de disposições sobrepostos

⁶⁰ A filosofia da ação ou da práxis - como agir individual e social, político e ético -, condensa um conjunto de conceitos-chave que compõem o núcleo do pensamento de Pierre Bourdieu – *habitus*, capital social, campo social, espaço social -, os quais têm como ponto central a relação dialógica entre as estruturas objetivas (dos campos sociais) e as estruturas incorporadas (do *habitus*). Ver: KONDER, Leandro. O futuro da filosofia da práxis: o Pensamento de Marx no século XXI. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

(como por exemplo, o peso desproporcional dos esquemas implantados na infância);

- Introduce uma defasagem, e por vezes um hiato, entre as determinações passadas que o produziu e as determinações atuais que o interpela;
- Confere às práticas a sua relativa autonomia no que diz respeito às determinações externas do presente imediato. Esta autonomia é a do passado, ordenado e atuante, que, funcionando como capital acumulado - produz história na base da história, e assim assegura que a permanência no interior da mudança faça do agente individual um mundo no interior do mundo (BOURDIEU, 1996:56).

Os elementos que estruturam o *habitus* permitem estabelecer, as relações entre as diversas posições sociais que os agentes assumem ao longo de sua vida social, suas práticas e o que os leva a tomar certas decisões, que os diferenciam, singularizam e distinguem uns dos outros. Enquanto estruturas incorporadas socialmente geram, unificam e (re)traduzem características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida (SETTON, 2002). Estes, por sua vez, incidem nos determinantes sociais da saúde e definem territórios, onde atores sociais – usuários adscritos, demandam ao sistema de saúde, desenvolver ações para intervir na situação de saúde, para resolver problemas e atender a necessidades na esfera individual e coletiva.

Ressalta-se que a idéia de diferenciação - de separação, está inculcada na noção de espaço, como um conjunto de posições distintas e coexistentes, exteriores umas às outras, definidas umas em relação às outras por sua exterioridade mútua e por relações de proximidade, de vizinhança ou de distanciamento, bem como por relações de hierarquia (BOURDIEU, 1996; CARVALHO, 1987).

Nesse sentido, os territórios se constroem no espaço social, de forma que os agentes ou os grupos sociais se distribuam em sua superfície em função de sua posição nas estruturas econômica (capital econômico), social (capital social) e cultural (capital cultural). Assim, o setor saúde como um agente do espaço também realiza diferenciações territoriais, e assume posições particulares para materializar seus projetos e intencionalidades, os quais vão definir para mais ou para menos sua capacidade (poder) de atuar junto à população.

É nessa direção, que o conceito de *habitus*, enquanto instrumento de análise que efetua a mediação entre os condicionamentos sociais exteriores e a subjetividade dos sujeitos, pode auxiliar na identificação de identidades sociais, de singularidades territoriais e revelar especificidades das práticas, na perspectiva de sua reconstrução ou construção de novos *habitus*. BOURDIEU (1983b:106) assinala em um de seus textos que “... *habitus é também adaptação... e realiza sem cessar um ajustamento ao mundo que só excepcionalmente assume a forma de uma conversão radical*”.

Sua incorporação na definição de territórios no campo da saúde é fundamental para a efetivação do diálogo entre população usuária, gestores e profissionais de saúde, no sentido de pactuarem práticas de vigilância da saúde - promoção, proteção e assistência, sob a égide da co-responsabilização para a produção de saúde e para a superação da exclusão (diferenças não aceitas) - particularidades de cada um individualmente e como parte de um coletivo e de um grupo ou classe social.

É possível afirmar, sob a ótica dos conceitos de *habitus* e de campo social, que os territórios definidos pela AB/ESF, enquanto espaços de produção de saúde podem evidenciar desigualdades e iniquidades sociais existentes na população, decorrentes dos processos de produção, apropriação e consumo, configurados em homogeneidades e heterogeneidades espaciais, e contribuir para o desenvolvimento de ações que incidam sobre os determinantes da saúde.

C. Os Significados da ABS – dimensões da realidade

As explicações aos fenômenos sociais, inclusive aqueles do campo da saúde, são elaboradas a partir de diferentes perspectivas ou posições, as quais vão estar referidas a percepção de cada ator social que a descrevem, consoante a situação que em que se encontra no processo explicativo, em um determinado tempo e lugar. A forma como os problemas são definidos vai delimitar o espaço da explicação utilizado por cada ator social envolvido na observação de cada fenômeno (fenoestruturas).

De acordo como as posições de onde os fenômenos são percebidos haverá uma potência mobilizadora de forças sociais em função de sua eficácia social e em relação a seus propósitos – projetos sociais ou técnico-científicos. Portanto, é no confronto dos projetos de cada ator social (conceitos, teorias, métodos e técnicas) na busca por

entender, estruturar, explicar e resolver os problemas que se interpõem no cotidiano da prática social (jogo social), que se constituem os conflitos e os consensos entre eles.

A depender de como se define o fenômeno, delimita-se o espaço de explicação utilizado por cada ator social envolvido na situação. No Quadro 3 estão sistematizadas as posições que os atores podem assumir no jogo social ao analisarem problemas de saúde, destacando na explicação e ação sobre a realidade, as vantagens e as desvantagens de uma posição em relação as outras no plano da produção social.

QUADRO 3 - Posição do Ator - Explicação e Ação sobre a Realidade
(Análise das Condições de Vida e Situação de Saúde)

POSIÇÃO DO ATOR	EXPLICAÇÃO E AÇÃO SOBRE A REALIDADE OBSERVADA (Análise de condições de vida e situação de saúde)	
	Vantagens	Desvantagens
Singular	Identifica problemas específicos em indivíduos e grupos sociais, localiza os determinantes sociais (causa, riscos e danos). Conhece os estilos de vida e os fatores de riscos. Conhece a população, constrói laços, cria identidades.	Intervenções pontuais, dirigidas a pessoas e grupos através de programas que compõem o modelo assistencial. Poucos recursos de poder, e o espaço da atenção é limitado.
Particular	Identifica o perfil de saúde-doença de grupos populacionais. As explicações dos fenômenos articulam os processos de reprodução social – biológico, ecológico, da consciência e conduta e econômico. Identifica os fatos que podem acumular poder para efetuar transformações na dimensão do geral. O modelo assistencial tende a se organizar por programas voltados para grupos populacionais - permite maior descentralização e participação da população na perspectiva de transformação das condições de existência das pessoas. Permite recuperar os processos mediadores entre a dimensão do geral e suas manifestações no nível do singular.	Dificuldades teóricas e metodológicas dos que trabalham nos serviços de saúde em identificar e definir os problemas de saúde-doença nesse nível. Limitações dos serviços em incorporar o pensamento social mais avançado para compreender os espaços técnicos de mediações articulando-os à dimensão do geral.
Geral	Os problemas de saúde-doença se materializam pela priorização de necessidade através de políticas e planos, a partir de perfis de saúde da população, do modelo assistencial e dos processos econômico, político, demográfico e ambiental. Reúne mais recursos de poder e acumulações técnico-científicas e tecnológicas.	Dificuldades teóricas e metodológicas para efetuar cenários prospectivos do fenômeno saúde-doença articulando elementos do singular e do geral.

(GONDIM, GMM., 2010. Elaborado a partir de Castellanos, 1987)

A cada posição do ator corresponde a uma análise específica: **no espaço singular** – as variações entre indivíduos ou atributos individuais; **no espaço particular** – as variações de perfil de saúde-doença em níveis de grupos populacionais, e, **no espaço geral** – as

necessidades que definem decisões e prioridades ou as características básicas dos modelos assistenciais.

Isoladamente, cada posição apresenta vantagens e desvantagens, e indica a importância de se analisar os problemas de saúde situando-os na totalidade (espaço geral, particular e singular), de modo a subsidiar adequadamente a formulação de políticas públicas nas três esferas de gestão (posições dos atores) e as proposições para sua operacionalização em territórios-população (CASTELLANOS, 1987; 1996).

Com esta sistematização e a identificação de formações discursivas nos documentos analisados, onde se localizaram os elementos definidores dos recortes territoriais da ABS/ESF - perfil de saúde-doença-cuidado, modelo de atenção, capacidade do sistema de saúde em responder a população, processo de produção e acumulações sociais, *habitus* -, optou-se, na perspectiva interpretativa de análise, por estruturar em quatro dimensões analíticas, as categorias e os sentidos do território, aos quais subjazem os aspectos estruturais e contextuais da realidade.

O resultado obtido permitiu elaborar uma Matriz de Análise, que possibilita compreender a estruturação dos territórios da ABS/ESF, subsidiada por alguns aportes teóricos tratados na tese:

- Os usos do território, suas múltiplas dimensões e conteúdos estruturais;
- Os determinantes sociais da saúde - as desigualdades e iniquidades e os contextos de produção da saúde-doença-cuidado;
- Os modelos de produção social da saúde - promoção e vigilância da saúde, que trazem em seus pressupostos estratégias para mudança de práticas;
- A teoria da ação e do jogo social, que situa o ator social e o poder que disputa no centro das relações sociais de produção;
- O planejamento estratégico-situacional e a ação comunicativa, como metodologias para aprender e exercitar a arte de governar – dialogar e pactuar.

Esse conjunto de conteúdos teóricos, associado às acumulações da prática social nos territórios (as sanitárias em seu interior) auxiliam o trabalho em saúde, a gestão, os tomadores de decisão, os profissionais de saúde e os usuários do sistema, como estratégia estruturante para construção da integralidade e o fortalecimento das políticas do SUS.

As dimensões escolhidas para compor a Matriz de Análise, destacando os sentidos do território, incorpora a sistematização do Quadro 3 sobre as posições que o ator social pode ocupar para observar e analisar a realidade, definindo ‘escalas’ – **singular, particular e geral**, que especificam: a posição do ator, um sentido referente ao conceito de território e a relação que estabelecem com os princípios e diretrizes do SUS (as regras).

Entende-se ‘dimensão de análise’ como expressão material e imaterial de um determinado conjunto de elementos ou recorte da realidade onde o ator social se situa diante de uma problemática ou um fenômeno de saúde. Na Matriz de Análise significam um conjunto de recursos – da política, do sistema, das práticas e do cuidado em saúde, que conformam o modelo territorial da política de Atenção Básica. Portanto, definem campos de ação da ABS/ESF, os desenhos territoriais e as formas de implementar a política nesses espaços. A escolha das dimensões tomou como base o Termo de Referência do PROESF (2004)⁶¹ onde estas estão descritas na metodologia do Projeto.

Foram consultados os estudos Linha Base desse Programa⁶² desenvolvidos em municípios com mais de 100.000 habitantes, no sentido de apreender como foram trabalhadas e analisadas as dimensões propostas pelo MS nos grupos de pesquisa que realizaram os estudos nos 187 municípios brasileiros, de modo a subsidiar a composição das dimensões de análise da Matriz Interpretativa proposta.

A dimensão **Político-Insitucional**: caracteriza a política e o arranjo institucional da ABS/ESF junto à gestão municipal articulados ao âmbito federal e estadual. Engloba os elementos conceituais proposta por MATUS (1993, 1997), contidos em seu triângulo de governo: o projeto de governo - relativo ao conjunto de propostas que caracterizam a perspectiva de ação, do ator em questão; a da capacidade de governo, relativa às ferramentas teórico-metodológicas que o ator social dispõe para implementar seu

⁶¹ O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF – é uma iniciativa do MS, via empréstimo celebrado com o BIRD, com o objetivo de apoiar, por meio da transferência de recursos financeiros fundo-a-fundo, a expansão da cobertura, consolidação e qualificação da ESF, nos municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes. A análise da evolução da cobertura da ESF, no grupo de 187 municípios participantes da Fase 1 demonstrou um aumento de 43% no número de ESF implantadas de dezembro/03 a junho/07, com extensão da cobertura média de 25,7% para 34,4% nesse período. <http://dab.saude.gov.br/dab/proesf/proesf1.php>

⁶² Participamos como pesquisadora desse estudo linha base do PROESF, junto ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRN, no período 2004-2006, onde se avaliou 13 municípios do Nordeste. Com isso foi possível nos aproximarmos da metodologia, e adaptar alguns de seus elementos descritivos das dimensões trabalhadas no projeto a essa Tese.

projeto; e a governabilidade, como o grau de controle que o ator pode ter sobre as variáveis e os recursos mais fundamentais para realizar seu projeto.

Indica as possibilidades do espaço de gestão do sistema de saúde, nos quais as ações dos agentes são na **escala do geral**, voltadas para intervir sobre os determinantes estruturais da saúde através de políticas locais e setoriais integradas (CAMARGO Jr. et al, 2008).

DIMENSÃO	SIGNIFICADO
Político Institucional	
Projeto de Governo	<ul style="list-style-type: none"> •Propósitos do Governo •Prioridade na reorganização do modelo de atenção •Prioridade da Atenção Básica em Saúde - Institucionalização do PSF – conversão e expansão municipal •Cumprimento princípios do SUS •Ações intersetoriais
Capacidade de governo	<ul style="list-style-type: none"> •Competência na condução da reorganização do Sistema municipal de Saúde •Capacidade de administração de conflitos, alocação de recursos •Capacidade de Gestão Compartilhada •Participação de profissionais e usuários na programação das ações •Capacidade de interlocução e administração do jogo de interesses
Governabilidade	<ul style="list-style-type: none"> •Mecanismos e processos participativos de decisão no sistema de saúde municipal •Base política de apoio ao SUS local •Funcionamento do Conselho Municipal e Conselhos Locais de Saúde, •Articulação com sociedade civil organizada e a comunidade

GONDIM, G.M.M., 2010. Elaboração própria, adaptado PROESF (2004)

A dimensão da **organização da atenção** significa a institucionalização da ABS/ESF como prioridade do sistema, primeiro nível de atenção e sua capacidade de articular o território em torno das ações a serem desenvolvidas, na **escala do particular**. Responde ao conhecimento e a integração das equipes de saúde com a comunidade, a territorialização de informações (sócio-sanitárias, econômica, políticas, cultural) e aos fluxos no acesso dos usuários aos serviços, como estratégia de comunicação e pactuação do processo de trabalho no território, assegurando serviços de qualidade e sustentabilidade local.

Refere-se ao lugar da produção social da saúde, do desenvolvimento de habilidades pessoais, da comunicação, do aprendizado e da participação social. Aqui as ações dos agentes se materializam na emancipação dos sujeitos e na melhoria da qualidade de vida, com impactos positivos sobre os determinantes sociais da saúde.

DIMENSÃO	SIGNIFICADO
Organização da Atenção	
Práticas de Gestão da ABS	<ul style="list-style-type: none"> •Prática de PPLS •Mecanismo de participação da sociedade civil na gestão do sistema de saúde local •Sistema de Informação e Comunicação – para o SUS e a comunidade •Mecanismos participativos de Monitoramento e Avaliação das Ações •Autonomia e inovação na gestão do sistema Local
Integração da ESF na Rede de Atenção	<ul style="list-style-type: none"> •Integração com a Vigilância da Saúde •Fluxos e formas de Integralidade da atenção – MC e AC •Desenho da Regionalização
Oferta de Serviços	<ul style="list-style-type: none"> •Mecanismo de referência e contra-referência •Acesso e acessibilidade – fluxos territoriais
Sustentabilidade	Infra-estrutura - equipamentos compatível com a necessidade de ABS/ESF Processo de Territorialização – infra-estrutura e incorporação da população
Processos Locais Inovadores	Articulação e incorporação de redes sociais ao território Gestão e modelo de ESF colegiada Formas diferenciadas de acesso

GONDIM, G.M.M., 2010. Elaboração própria, adaptado PROESF (2004)

A dimensão **das práticas em Saúde** volta-se para os conteúdos do cotidiano, na **escala do singular** – o (re)conhecer a população em seu espaço de vida, conhecer e situar os problemas e as necessidades de saúde – territorialização. Exercitar a autonomia da equipe e dos usuários na gerência responsável local, as tensões, os conflitos os *habitus*.

DIMENSÃO	SIGNIFICADO
Práticas de Saúde	
Territorialização	<ul style="list-style-type: none"> •Reconhecimento dos problemas da população •Incorporação da população no processo de territorialização
Alternativas Terapêuticas e populares de cuidar	<ul style="list-style-type: none"> •Incorporar o direito do usuário em utilizar outras formas de cuidar e curar •Desenvolvimento de Habilidades individuais e coletivas na comunidade •Percepção sobre o processo saúde-doença-cuidado pela equipe e o papel do território
Educação Popular	<ul style="list-style-type: none"> •Incorporação das manifestações culturais nas práticas de saúde •Articulação com instituições de ensino do território •Reconhecer e incorporar práticas educativas da população

GONDIM, G.M.M., 2010. Elaboração própria, adaptado PROESF (2004)

A dimensão **do cuidado integral** encontra-se na **escala do singular**, e estabelece interconexão com o geral e o particular. Materializa o exercício da intersetorialidade e das parcerias, da integração dos sistemas locais de ABS/ESF com a vigilância da saúde e os serviços de maior complexidade dentro da proposta da regionalização. A humanização no desenvolvimento do trabalho na unidade de saúde e no território junto à comunidade. O compartilhamento da gestão com a as organizações da comunidade de

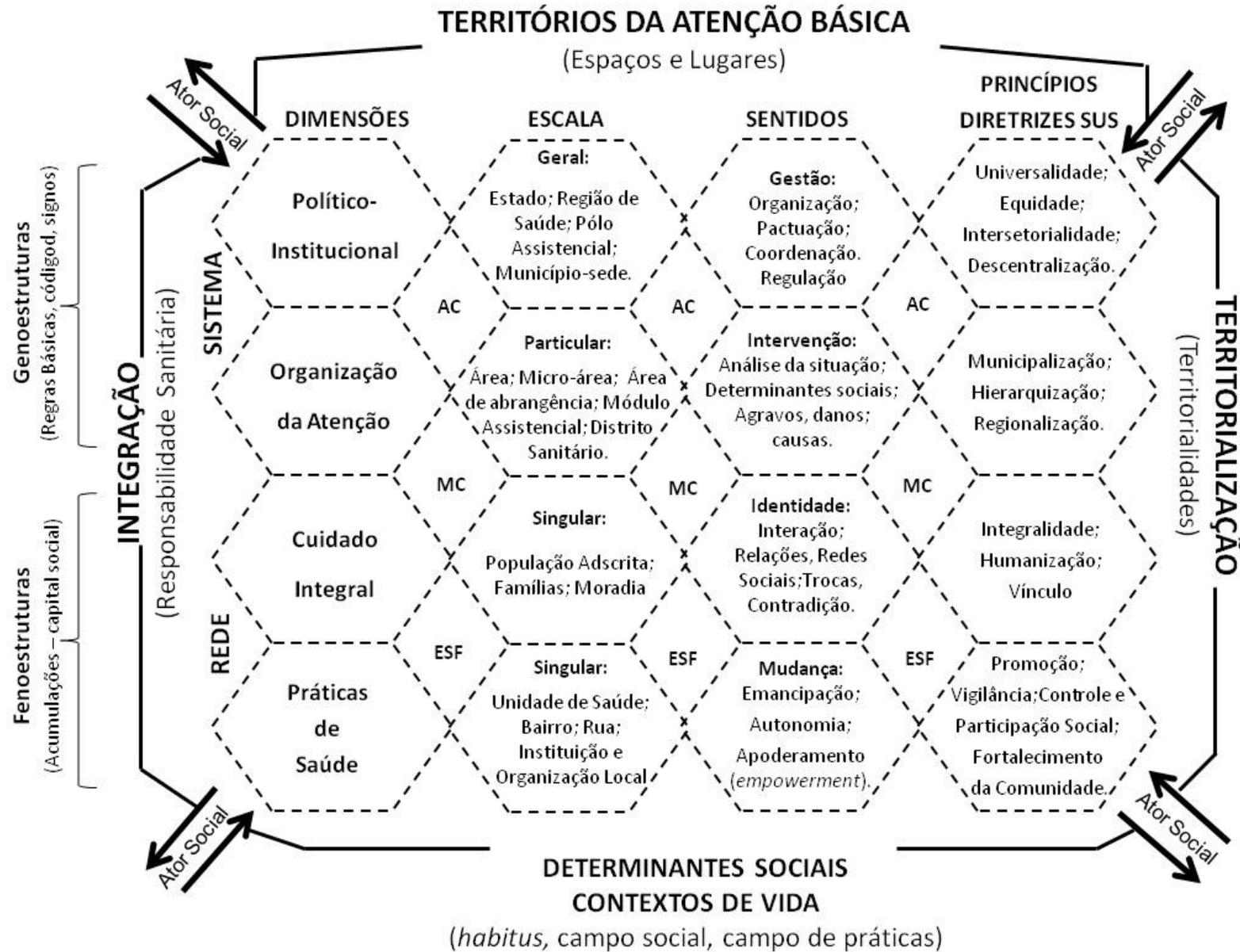
modo a assegurar condições de trabalho adequadas e permitir o monitoramento e avaliação das ações. É também o espaço de diálogo da equipe, do fortalecimento de capacidades de liderança, de realizar a gestão colegiada da unidade, da alternância do poder. De interagir com as redes e criar outras estratégias de territorialização fortalecendo o poder local – da comunidade, da equipe, da produção social de saúde.

DIMENSÃO	SIGNIFICADO
Cuidado Integral	
Intersetorialidade	<ul style="list-style-type: none"> •Uso de equipamentos coletivos para atividades de cuidar •Iniciativas da Comunidade •Ações conjuntas com órgãos governamentais e não-governamentais para resolver problemas locais
Humanização	<ul style="list-style-type: none"> •Acolhimento a população nas Unidades •Trabalho de campo – identidade com o território •Reconhecimento das condições de vida e saúde da população
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> •Reconhecimento das famílias e do seu meio social •Mecanismo de escuta às pessoas e a grupos •Confiança das famílias na equipe sob sua responsabilidade
Qualidade do Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> •Responsabilidade pela família •Conhecimento do mapa familiar e sua relação com a comunidade •Conhecimento e registro adequado das queixas das famílias
Condições de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> •Incentivo a práticas inovadoras e capacitação coletiva da equipe •Recurso se infra-estrutura adequados para desenvolvimento do trabalho •Apoio da comunidade na gestão do trabalho
Trabalho em Equipe e na Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> •Integração e diálogo entre os membros da Equipe multiprofissional e com a comunidade •Motivação e interesse – autonomia da equipe para tomada de decisão •Percepção sobre o processo saúde-doença-cuidado pela equipe e o papel do território

GONDIM, G.M.M., 2010. Elaboração própria, adaptado PROESF (2004)

A Matriz Interpretativa se configura como um sistema aberto, em permanente interação/construção. Integra elementos do sistema de saúde à rede de atenção à saúde, por meio da pactuação de responsabilidade sanitária entre os 03 entes federados em suas esferas de competência, traduzidas nas dimensões de análise. As escalas e os sentidos, arrançados em ‘colméia’, se interpenetram e significam os territórios da ABS/ESF por sua articulação com os princípios e diretrizes dos SUS. Estes por sua vez, abrigam territorialidades, significando múltiplos poderes, que se materializam no processo de territorialização das práticas sanitárias. Revela no imbricamento de objetos e ações (geoestruturas e fenoestruturas), os determinantes sociais da saúde e as singularidades dos contextos de vida (campos social e de prática e habitus) definidores de lugares e identidades territoriais - elementos centrais para a formulação de políticas de saúde e de consolidação do SUS.

Figura 10 - MATRIZ DE ANÁLISE (Interpretativa)



Portanto, a Matriz é a síntese de todo o percurso realizado durante a investigação que conduziu esta tese. Representa, com já explicado, os múltiplos sentidos e significados interpretados nas enunciações do discurso do gestor federal utilizando diferentes recursos da Análise de Discurso, apoiados em concepções teóricas de diversas disciplinas e em textos e livros de autores do campo da saúde coletiva e da geografia que se debruçam sobre a ABS/ESF, políticas de saúde e de aspectos relevantes sobre o território, o espaço, o lugar.

Sua estrutura analítica foi idealizada como um sistema complexo hierárquico e adaptativo⁶³, descrito como aquele onde se pode decompor quase que todas as suas partes. *“Cada objeto de estudo abordado como totalidade, é na realidade, um subsistema de outros sistemas maiores, no seio dos quais interage com outros subsistemas de seu mesmo nível; por sua vez o objeto de estudo é estruturado internamente por subsistemas de nível inferior de complexidade, que interagem entre si”* (CASTELLANOS, 1997:40).

A abordagem dos sistemas complexos auxilia sobremaneira na compreensão dos problemas de saúde, no entendimento dos níveis de determinação do processo saúde-doença-cuidado, contribuindo na escolha de intervenções mais efetivas sobre eles.

“(…) sistemas complexos adaptativos, são aqueles que podem obter informações a respeito do meio a partir de sua própria interação com ele, identificar regularidades nessa informação, condensar estas regularidades em uma espécie de esquema ou modelo e atuar, tomando por base este esquema, ajustando-o periodicamente na medida em que este diminua sua capacidade preditiva sobre os fenômenos” (Gel-Mann, 1995 apud Castellanos, 1997:46).

Surge daí a idéia do arranjo gráfico explicativo dos sentidos do território, como signo capaz de traduzir a materialidade de seus conteúdos – sempre em movimento e transformação, em seus aspectos objetivos e subjetivos. Enseja-se que, no momento de visualização interpretativa, o leitor depreenda de imediato os significados que lhe estão sendo aludidos e quais dimensões os operacionaliza ,articulando-as com os princípios e diretrizes do SUS.

Foi necessário agregar mais dois outros elementos ao desenho lógico, os quais são centrais para a PNAB e para a estruturação dos territórios da ESF: o sistema de saúde

⁶³ Ver: Simon, H. Science of Artificial. 2nd edition. Boston: Massachusetts Institute of Technology, 1981.

(SUS), com as regras básicas - princípios, diretrizes e normas (genoestruturas), e a rede de serviços de saúde - capital social, com a capacidade de gerar fluxos de produção - fatos políticos, econômicos, sociais, culturais, comunicacionais (fenoestruturas). Dessa forma, o sistema e a rede de serviços possibilitam unir, na análise da categoria território, elementos das ciências políticas com os das ciências sociais. Nessa perspectiva agregam duas noções – o território como um híbrido e o território em rede.

Como ‘um híbrido’ sustenta-se na reflexão de SANTOS (1996:81) sobre o espaço geográfico onde afirma de que não se pode separar ‘o poder político’ representativo dos sujeitos do ‘poder científico’ representativo das coisas/idéias. Ou seja, o território como sinônimo de espaço geográfico realiza essa hibridação contida na noção Miltoniana de ‘forma-conteúdo’: *“une processo e resultado, a função à forma, o passado e o futuro, o objeto ao sujeito, o natural e o social (p.81)”*. Como território-rede, sob a idéia do “acontecer solidário”, de interconexão, de vinculação, de abertura – rompe com a dicotomia entre intrínseco e extrínseco e de justaposição da rede sobre o território (HAESBAERT, 2007:288).

SANTOS (1996:222) aludindo aos híbridos, conclui que o seu papel é justamente o de unir as quatro “*regiões*” criadas como sendo diferentes: o natural e o social, o global e o local, de modo a evitar que *“os recursos conceituais se acumulem nos quatro extremos”* (LATOURETTE, 1991:167).

Assim, a interpretação da articulação sistema e rede de serviços de saúde, sob a égide da responsabilidade sanitária e da cooperação solidária, assumidas entre os três entes federados, viabiliza a integração dos diferentes níveis de atenção e cuidado – sujeitos, práticas, estruturas, processos -, por meio da territorialização de informações, como ferramenta de trabalho que identifica, atores sociais, contextos e territorialidades para singularizar o cuidado diante das diferenças nas necessidades de saúde entre os indivíduos e os grupos sociais que usam o território.

Todos os elementos que significam ‘o território’ na Matriz de Análise encontram-se em sinergia, articulam *“pontos que se agregam sem descontinuidade”* (as horizontalidades – relações com o lugar) e *“pontos separados uns dos outros”* (as verticalidade – relações de interdependência econômica e política” de modo a assegurar o funcionamento local e global da política e do sistema de saúde (SANTOS, 1996:225) .

D. Territórios da ABS – múltiplos, singulares ou inexistente?

Mencionou-se no início desta tese, que ao se realizar uma análise de discurso, agrega-se também a subjetividade e a intencionalidade de quem interpreta: o lugar que ocupa diante do objeto estudado no momento da interpretação. Sendo assim, tem-se a clareza da envergadura do tema, sua magnitude, diante do conjunto de teorias, documentos e situações históricas que tiveram de ser acionados para construir os nexos lógicos para situar o objeto de estudo nos marcos a serem alcançados.

O esforço de isenção feito pela pesquisadora durante a investigação, para não deixar que sua inserção no SUS, por mais de 20 anos, trabalhando com a abordagem do território e da territorialização, tanto nos serviços de saúde quanto na academia, foi fundamental para identificar os silêncios e as lacunas na fala oficial sobre o tema, mas não o suficiente, para eximi-la de acionar suas vivências nos momentos de interpretação e de análise.

Diante do exposto, assume-se nessas linhas finais deste ensaio, as possibilidades e as limitações epistemológicas impostas a pesquisa, diante da incapacidade humana de abarcar, em um único movimento-momento, todas as lacunas de conhecimento necessárias de serem preenchidas em reflexão singular sobre objetos dinâmicos, multifacetados e polifônicos como o ‘território’ e a ‘saúde’, ambos simultaneamente tratados, ora como campo ora como evento, situados no interior de uma política pública recente.

Essa (in)completude exige retornar a algumas das indagações iniciais que motivaram o processo investigativo, de modo a verificar sua capacidade de resposta as questões colocadas pelo estudo. Tem-se a clareza que algumas delas foram respondidas a partir das evidências encontradas. Outras continuam e continuarão em aberto a cada tema e situação estudados, em função dos contextos, dos atores e do jogo social que os interpela, suscitando novos questionamentos e outros desenhos investigativos para respondê-los.

Ficou evidente, no discurso do gestor federal a importância dada à definição de recortes territoriais para organização do SUS, e em particular da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família, em função de algumas necessidades:

- Conhecer e identificar os determinantes sociais da saúde, de modo a se intervir de forma mais eficaz e efetiva sobre os problemas de saúde;
- Orientar a organização e o desenvolvimento das práticas de saúde das equipes da ESF com, base nos contextos locais;
- Potencializar o processo de trabalho no diálogo junto à população, para fortalecer a equipe de saúde e a comunidade na perspectiva de produção social da saúde, e,
- Realizar a territorialização como estratégia de aproximação das equipes da ESF com a comunidade e de estímulo a participação e ao controle social.

Se o discurso enfatiza esses aspectos que reforçam o papel do território, por outro, os silêncios sobre a concepção que suporta essas asserções destituíram esses espaços de produção social da saúde de seu potencial relacional (conflitivo-interativo), o qual possibilita a transformação de uma prática prescritiva e um pensar instrumental, em práticas comunicativas, reflexivas e intencionais.

O conceito de ‘território’ que subjaz aos discursos da ABS/ESF, está bastante referido a noção de área física – demarcação de limites, jurisdição. Porém, há aberturas para concepções mais apropriadas que o considera como espaço de relações, de interações, de cooperação e de construção de identidades.

Resta-nos construir essa factibilidade, ouvir os atores que produzem esses territórios no cotidiano - profissionais da ESF, população e gestores - saber qual o significado do território para a vida e o trabalho; seu poder explicativo na produção da saúde-doença-cuidado e as possibilidades que oferece para produzir melhores condições de vida e saúde.

Nesse sentido, não foi possível responder, apenas pelo discurso do gestor federal se os conteúdos do território (político, social, econômico e cultural) são acionados nos processos de descentralização/municipalização e regionalização dos serviços e das ações de saúde, dado que são outros atores que realizam o trabalho nesses espaço os mais apropriados para fazê-lo.

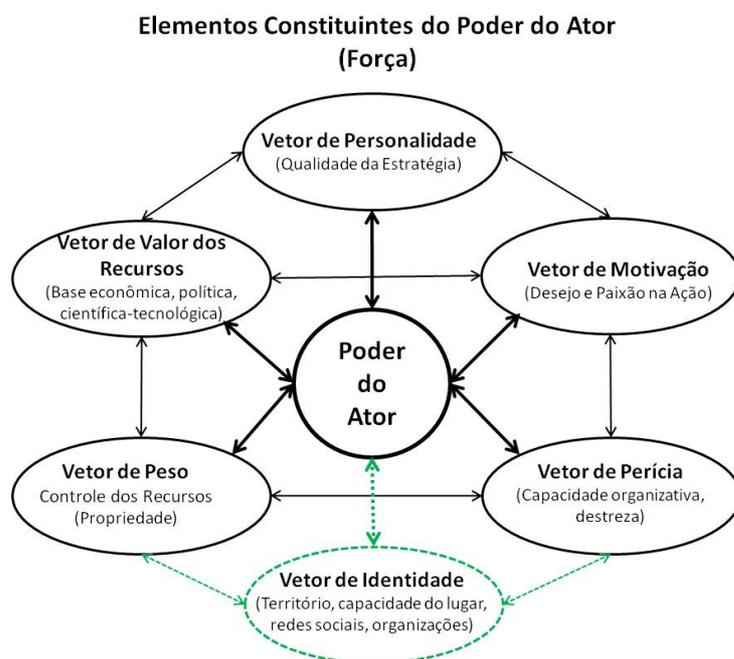
No entanto, há evidências de que no jogo social e político em que se desenvolvem essas diretrizes e se definem esses territórios, seus conteúdos são postos na arena de

negociação e pactuação limitada aos atores sociais do Estado. Há um hiato cognitivo e técnico-político entre o discurso e a prática, e entre os atores que produzem os territórios do SUS e da Atenção Básica à Saúde.

Da mesma forma, não se obteve evidências sobre a capacidade do processo de territorialização em efetuar mudanças na gestão e no modelo assistencial, pelos mesmos motivos citados acima. Embora em alguns textos e artigos científicos consultados, seus autores – legítimos representantes do campo da saúde coletiva -, afirmem a importância da utilização dessa metodologia para efetivar essas mudanças.

Conclui-se que os Territórios da ABS/ESF proferidos no discurso do gestor federal são ao mesmo tempo **múltiplos** - por suas diferentes propostas de configuração e pela diversidade de atores, lugares e processos. Por essa razão, se tornam **singulares** na produção social da saúde-doença-cuidado exigindo um olhar específico e situado para responder às necessidades e aos problemas de indivíduos e grupos sociais. São também **inexistentes** por não se constituírem ainda, do ponto de vista conceitual e operacional, com a força que o conceito imprime para a sua materialização no campo da saúde.

Como contribuição a novos estudos, sugere-se incluir no desenho dos elementos constituintes do poder do ator social (força) proposto por Matus (1996, 2005) um novo componente – ‘vetor de identidade’, que traz a dimensão do território usado como possibilidade de inserção da dimensão coletiva do ator em situação.



6. BIBLIOGRAFIA – (de Referência e Consultada)

- AGUIAR, D. (1998) - A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: Um Novo Paradigma? Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ. mimeo.
- ALMEIDA, C. (1989) - Os Atalhos da Mudança na Saúde no Brasil. Organização Panamericana de Saúde. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, nº 10. Rio de Janeiro: OPAS/OMS.
- ANDRADE, F. (1998) - O Programa de Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento. Fortaleza: EXPRESSÃO GRÁFICA E EDITORA. 220p.
- ANDRADE, L.O.M. A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade. São Paulo:HUCITEC, 2006
- ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações na era da mundialização do capital. Educação e sociologia, Campinas, Vol. 25, nº 87, p. 335-351. maio/ago. 2004.
- ALMEIDA-FILHO, N. & ROUQUARYOL (1990) Introdução à Epidemiologia Moderna. Salvador:Rio de Janeiro:Apce Produtos do Conhecimento/ABRASCO
- ALMEIDA-FILHO, N. (1989). Epidemiologia Sem Números: Uma Introdução crítica à ciência epidemiológica . Rio de Janeiro: Ed. Campos.
- _____. (1992). A Clínica e a Epidemiologia . Salvador: APCE: ABRASCO.
- _____. (2000). A Ciência da Saúde. Hucitec, São Paulo.
- _____. (2004). Modelos de determinação social das doenças crônicas não transmissíveis. Ciência & Saúde Coletiva, 9(4): 865-884, 2004.
- ALMEIDA-FILHO, N & PAIM, J. (2000) A crise da Saúde Pública e a Utopia as Saúde Coletiva. Salvador:Casa da Qualidade Editora.
- ALTHUSSER, L. Ideologia e Aparelhos Ideológicos de Estado. Lisboa:Presença, Martins Fontes, 1974
- ARAÚJO, R. (1998) - O Médico da Família: uma Proposição de Reorganização do Serviço no Centro de Saúde de Brasília Teimosa - Natal / RN – Estudo de caso. Natal. mimeo. 45p.
- ARAÚJO, F.G.B. & HAESBAERT, R. (Org.) Identidades e Territórios: questões e olhares contemporâneos. Rio de Janeiro:Acess, 2007.
- ARENDDT, H. O que é política? Barcelona: Editora: Paidós. 1997.
- _____. A Condição Humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 10ª Ed., 2007.

- AROUCA, A.S. S. o Dilema Preventivista: contribuições para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, SP, 1975.
- AYRES, J.R.C.M. (1997) Sobre o Risco – para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec.
- BAKHTIN, M. (Voloshinov, 1929). Marxismo e filosofia da linguagem. São Paulo Hucitec, 1992.
- BARATA RB. Meningite: uma doença sob censura? Editora Cortez, São Paulo, 1988.
- _____. Cem anos de endemias e epidemias. Ciênc. saúde coletiva. 2000, vol.5, n.2, pp. 333-345.
- _____. (Org.) Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997
- _____. Epidemiologia Social. Rev Bras Epidemiol, 2005; 8(1): 7-17
- BARBOSA, N. & ROCHA, N. (1999) - Práticas Inovadoras na Assistência à Saúde. In: A Educação dos Profissionais de Saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. Organizadores: Almeida, M. & Feuerwerker, L. São Paulo: HUCITEC. p. 347-352.
- BARCELLOS, C. & MACHADO, J.H. – Seleção de Indicadores Epidemiológicos para Saneamento, Bio, out/dez: 37-45, 1991;
- BARCELLOS C. & BASTOS FI. Geoprocessamento, ambiente e saúde, uma união possível? Cadernos de Saúde Pública. 12(3): 389-397, 1996.
- BARCELLOS, C. et al. Inter-relacionamento de dados ambientais e de saúde: análise de risco à saúde aplicado ao abastecimento de água no Rio de Janeiro utilizando Sistemas de Informação Geográfica. Cadernos de Saúde Pública.14(3):597605, 1998.
- BARCELLOS, C. & MACHADO, J.H. – A Organização espacial condiciona as relações entre ambiente e saúde: o exemplo da exposição ao mercúrio em uma fábrica de lâmpadas fluorescentes.Ciência & Saúde Coletiva, 3(2):1-3-113, 1998.
- BARCELLOS, C. Elos entre geografia e epidemiologia. Cad. Saúde Pública, July/Sept. 2000a, vol.16, no.3, p.607-609.
- _____. (2000b). Organização Espacial e Qualidade de Vida; In: Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento, p. 27-34, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- _____. (2002) Constituição de um sistema de indicadores socioambientais. In: MINAYO, M.C.S.&MIRANDA, A.C. Saúde e Ambiente Sustentável: Estreitando nós. Rio de Janeiro:FIOCRUZ, 2002.

- BARCELLOS, C.; SABORZA, P.C; PEITER, P.C. ROJAS, L.I. Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. Informa Epidemiológico do SUS. volume 11, nº 3julho/setembro 2002
- BARCELLOS C. & MONKEN M. Instrumentos para o Diagnóstico Sócio-Sanitário no Programa Saúde da Família. Fonseca A, Corbo A. (orgs.) O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FICRUZ, 225-265, 2007.
- BAILEY, T. C. & GATRELL, A. C., 1995 *Interactive Spatial Analysis*. 1st Ed. Essex: Longman
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Ed.70, 1995.
- BARRETO, M. et al. (1993) Mudanças de padrões de morbi-mortalidade: uma visão crítica da abordagem epidemiológica. *Physis III* (1) 127-146
- BARRETO, M.(1990). A epidemiologia, sua história e crises: notas para pensar o futuro. In: COSTA, D.C. (org) *Epidemiologia — Teoria e Objeto*. São Paulo: HUCITEC-Abrasco.
- BERMAN, M. Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade. São Paulo: companhia das letras, 1986.
- BERNSTEIN, E; WALLESTEIN, N; BRAITHWAITE, B; GUTIERREZ, L.; ZIMMERMAN, M. Empowerment forum: a dialogue between guest editorial board members. *Health Educ. Q.*, v.21, n.3, p.281-94, 1994.
- BODSTEIN R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(3): 401-412.
- BODSTEIN, R. C. & FONSECA, C., 1989. Desafio da reforma sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde In: *Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde* (N. R. Costa, C. S. Minayo, C. L. Ramos & E. N. Stotz, orgs.), Vol I, pp. 67-90, Rio de Janeiro: Vozes
- BOURDIEU, P. O Campo Científico. In: Ortiz, R. (org.) *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Editora Ática, 1983a, p.122-155.
- _____. *Sociologia*. (organizado por Renato Ortiz). São Paulo: Ática, 1983b.
- _____. *O poder simbólico*. Lisboa/Rio de Janeiro: DIFEL/Editora Bertrand Brasil, 1989.
- _____. *Razões práticas. Sobre a teoria da ação*. Trad. Mariza Corrêa. Campinas: Papirus, 1996.
- BRASIL. Lei 8.080/90. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de setembro de 1990a.
- _____. Lei 8.142/90. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de dezembro de 1990b

- _____. MS. SE/DAD. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília/DF. 2006a.
- _____. 1996. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203 de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Brasília.
- _____. 2001. Ministério da Saúde. Portaria n. 95 de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília.
- _____. Programa de Saúde da Família (PSF). Brasília: MS. 1994.
- _____. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS. 1997.
- _____. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Diretrizes do Pacto pela Saúde - Consolidação do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006b
- _____. Portaria n. 699/GM, de 30 de março de 2006. Política de Promoção da Saúde. Brasília, 2006c.
- _____. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Política de Atenção Básica. Brasília, 2006d.
- _____. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- BREILH, J. Ciudad y Muerte Infantil. Quito, Ed. CEAS, 1983
- _____. Epidemiologia: economia , política e saúde. São Paulo: Unesp/Hucitec, 1991.
- _____. Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación-guía pedagógica par un taller de metodología. Ecuador: CEAS:ARCO IRIS, 1997.
- _____. Epidemiologia crítica: ciência emancipatória e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- _____. Reprodução Social e investigação em Saúde Coletiva. Construção do pensamento e Debate. In: COSTA, D.C. (Org.). Epidemiologia, Teoria e Objeto. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1990.
- BREILH, J. & GRANDA, E. Investigación da Saúde na Sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Instituto de Saúde – ABRASCO, 2001.
- BRIGGS, D. Environmental health indicator: Framework and methodologies. Geneva: World Health Organization, 1999. Disponível em: <www.who.int/environmental_information/>
- BUSS, P. M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P. & LABRA, M. E. (orgs.). Sistemas de saúde - continuidades e mudanças. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 1995.

- _____. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- BUSS, P & FILHO, A.P. Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007
- CAMARGO, Jr, K.R. et al . Avaliação da atenção básica pela ótica político institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S58-S68, 2008
- CAMPOS, C. M. S.; Soares, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Ciências Saúde Coletiva*, 2003.
- CAMPOS GWS. Equipes de Referência e Apoio Especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 1999; 4 (2): 393-403.
- _____. Reforma da Secretaria de Estado de São Paulo durante os anos 70 e o Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Saúde Pública* 2006; 40(1): 20-38.
- CAMPOS, C.E.A. desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2):569-584, 2003
- CARLOS, F.A. A (Re)produção do espaço Urbano. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994.
- CARVALHO, C.A.J. Territorialização. São Paulo, 1992 (mimeo).
- CARVALHO S.R. Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas; 2002
- _____. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto da Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.4, p.1088-95, 2004.
- CARVALHO M.C.B. A priorização da família na agenda da política social. In: Kaloustian SM, organizador. *Família brasileira, a base de tudo*. São Paulo: Cortez/Brasília/Unicef; 2000. p.93-108.
- CARVALHO, M.S. & SANTOS, R.S. Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas, perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Mar./Apr. 2005, vol.21, no.2, p.361-378.
- CASTELLANOS, P.L. (1996) Epidemiologia, Saúde Pública, situação de Saúde e Condições de Vida. Considerações Conceituais. In Barata, R.B. (org.) *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- _____. 1991. Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud Según Condiciones de Vida y el Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. [s.l.]: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud .

- _____.1998. O ecológico na epidemiologia. In: Teoria Epidemiológica Hoje: Fundamentos, Interfaces e Tendências – Série Epidemiológica 2 (N. Almeida-Filho; M.L. Barreto; R.P. Veras & R.C. B. Barata, org.), pp. 129-147, Rio de Janeiro :Abrasco.
- _____. 1987. Sobre o conceito de saúde-enfermidade. Descrição e explicação da situação de saúde. Trabalho apresentado no IV Congresso Latino-americano e Congresso Mundial de Medicina Social, Medelin, Colômbia, julho 1987.
- CASTELLS, M. 1983. A Questão Urbana. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 590 p.
- CASTILHO-SÁ, M. & PEPE, V.E. Planejamento estratégico. In. ROSENFELD, S. (Org.) Fundamentos de Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, p.197-256.
- CAPISTRANO FILHO, D. O programa de saúde da família em São Paulo. Estudos Avançados. v.13, n. 35, p. 89-100, 1999.
- CECCIM, R.B. 2005a. Educação Permanente em Saúde: de s centralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 10(4), 975-986.
- _____. 2005b. Debate (Réplica). Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005
- CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa:enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.
- CLAVAL, Pl. Espaço e poder. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1979. 222p.
- _____. A Geografia Cultural. Florianópolis: EdUFSC, 1995.
- CHIESA, A.M.; WESTPHAL, M.F.; KASHIVAGI, N.M. Geoprocessamento e a Promoção da Saúde: desigualdades sociais e ambientais em São Paulo. Rev. Saúde Pública, 2002; 36(5): 559-67.
- CNDSS. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. / Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- CHAUÍ, M. O que é Ideologia. São Paulo: Brasiliense, 1980.
- CONILL EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad Saúde Pública, 2002; 18 Suppl:191-202.
- _____. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Eurosociedad salud Intercambio III.2-1-2007 Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz; 2007.

- _____. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008
- CORDEIRO, H. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991
- CORRÊA, R.L. Espaço um conceito-chave da geografia. (In) CASTRO, I.E. et al (Orgs). *Geografia: Conceitos e Temas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995
- _____. (1986) Região e organização espacial. Ed. Ática, São Paulo, pp. 93
- _____. Organização Regional do Espaço Brasileiro. In: *Trajelórias Geográficas*. Bertrand Brasil. 1997a. [p.197:209].
- _____. Região: a tradição geográfica In: *Trajelórias Geográficas*. Bertrand Brasil. 1997b. [p.183:196].
- CORRÊA, R.L. et al . *Manifestações da Cultura no Espaço*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1999.
- COSTA MCN, TEIXEIRA MGLC. A concepção de espaço na investigação epidemiológica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 1999; 15(2).
- COSTA NETO, MENEZES, M.. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: MS, 2000. 44p. (Cadernos de Atenção Básica – PSF, Caderno 1).
- COX, K. R. 1991. Comment: Redefining 'territory' *Political Geography Quarterly*, 10 (1),p.5-7.
- CZERESNIA, D. e RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. *Cad. Saúde pública* Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, v.16, n.3, 2000. pp. 595-617.
- CZERESNIA, D. (1997) *Do Contágio a Transmissão – ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- CZERESNIA, D. & FREITAS, C.M. *Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências* . Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- CUETO M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health* 2004; 94(11): 1864 -1874.
- DAHLGREN G, WHITEHEAD M. *Policies and Strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991
- DAMIANI, A. L. O lugar e a produção do cotidiano. In: *Encontro internacional: lugar, formação sociospacial, mundo*. Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Geografia, Universidade de São Paulo, 1994.
- DAWSON, B. Informe sobre El futuro de los servicios médicos y afines 1920. *Publ. Cien.*, Nº 93, Washington D.C.: Pan-American Health Organization, 1964.

- DE TONI, J. & KLARMAN, H. Regionalização e Planejamento: reflexões metodológicas e gerenciais sobre a experiência gaúcha. Ensaio FEE, Porto Alegre, v23, número especial, p. 517-538, 2002.
- DELEUZE, G. & GUATTARI, F. Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 1995a.vol. 1.
-
- _____ Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 1995b.vol 2.
-
- _____ Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 1996.vol 3.
-
- _____ Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 1997a.vol 4.
-
- _____ Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 1997b.vol 5.
- DIDERICHSEN, EVANS AND WHITEHEAD. 2001. The social basis of disparities in health. In Evans et al. (eds). 2001. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford UP.
- DIDERICHSEN F, HALLQVIST J. Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. In: Arve-Parès B, editors. Inequality in Health: a Swedish Perspective. Stockholm: Swedish Council for Social Research; 1998. p. 25-39.
- DONNANGELO M.C.F. Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975
-
- _____. Saúde e Sociedade. Duas Cidades: São Paulo, 1976.
- DRAIBE SM. Por um reforço da proteção à família: contribuição à reforma dos programas de assistência social no Brasil. In: Kaloustian SM, organizador. Família brasileira, a base de tudo. São Paulo: Cortez/Brasília/Unicef; 2000. p.109-130.
- DURKHEIM, E. A ciência social e a ação. São Paulo: Difel, 1975.
- ELIAS P.E., et al. Atenção Básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva 2006, 11(3): 633-641.
- ELIAS, N. Os alemães: a luta pelo poder e a evolução do habitus nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- ENSP/FIOCRUZ. Resultado do Inquérito nos estabelecimentos de saúde da atenção básica e registros de saúde. In: Relatório Síntese. Estudo de linha de base em 22 municípios de mais de cem mil habitantes no estado do Rio de Janeiro. Proesf. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2006. p.1-72. Disponível em www.ensp.fiocruz/proesf
- SCOREL, S. Reviravolta na Saúde – origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

- ESCOREL S, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, SENNA MCM. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan American Journal of Public Health* 2007; 21(2/3):164-176.
- ESCOREL S (COORD.), GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, MAGALHÃES R, SENNA MCM. Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- FAVERET, F. P.; Oliveira, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. *Revista de Planejamento e Políticas Públicas*, n. 3, p. 153-186, 1990.
- FERRAZ L, AERTZ, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10 (2):347-355.
- FERNANDES, J.C.L. Agentes de Saúde em Comunidades Urbanas. *Cad. Saúde Pub.*, Rio de Janeiro, 8(2): 134-139, abr/jun, 1992
- FIORI, J.L. (1991) – Democracia e Reformas: equívocos, obstáculos e disjuntivas. *Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, v.2, p.43-52;
- FIOCRUZ (2006). Estudos Linha Base do Programa de Expansão da Estratégia Saúde da Família.
- FLEURY, S.M.T & OUVENEY, AM. (2007) *Gestão em Rede – a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro : FGV. 204 p.
- FOUCAULT, M., 1995. *As Palavras e as Coisas: Uma Arqueologia das Ciências Humanas*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. 1979. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Ed. Graal. 9ª edição.
- _____. *Arqueologia do Saber*. Petrópolis: Vozes, 1971.
- _____. *Sobre a História da Sexualidade*. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p. 243-276.
- FRANCO TB, MERHY E. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? *Saúde em Debate* 2002; 26(60):118-122.
- FUNASA. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.91-112
- GADAMER, H-G. *Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes, 1997. 3ª ed.
- GEIGER, P. P. 1994. Des-territorialização e espacialização. In: *Território, globalização e fragmentação* (M. Santos; M. A. Souza, M.A. & M. L. SILVEIRA,org.), p.233-246, Hucitec-ANPUR, São Paulo.
- GESLER WM, et al. Disease ecology and a reformist alternative: the case of infant mortality. *Social Science & Medicine* 1997;44(5):657-671.

- GIL, C.R.R. Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6), 1171-1181, jun, 2006.
- GIL, A.C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo: Ed. Atlas, 2002.
- GIDDENS A. A constituição da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
- GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM. Capítulo 16. Atenção básica/ Atenção primária em saúde. A ser publicado em: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Mimeo.
- GIOVANELLA L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cadernos de Saúde Pública 2006;
- GOMES, P. C. C. A condição urbana: ensaios de geopolítica da cidade. Rio de Janeiro: Bertrand, 2002.
- GONDIM, G.M.M. Espaço e Saúde: uma (inter)ação provável nos processos de adoecimento e morte em populações. In. Miranda et al (Orgs.) Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.57-75.
- GONDIM, G.M.M. et al. O Território da Saúde – a organização do sistema de saúde e a territorialização. In. Miranda et al (Orgs.) Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.237-255
- GONDIM, G. & MONKEN M. Territorialização em Saúde (Verbetes) in Pereira, Isabel Brasil Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p
- GOULART, F. 1996. O Movimento Municipalista de Saúde, a Conjuntura Política e as Políticas de Saúde. In: *Municipalização: Veredas, Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil*, pp. 15-32. Rio de Janeiro: ABRASCO - CONASEMS.
- GRIGÓRIO, Deise de Araujo. Teses e dissertações em saúde pública e portarias do Ministério da Saúde: estudos de uma década sob a ótica do DECS . [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 136 p.
- GRAMISCI, A. Antologia. México. Siglo XXI, 1988.
- _____. Quaderni di Cárcere. Roma: Instituto Gramsci, 1978.
- GUIMARÃES, R.B. Regiões de saúde e escalas geográficas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1017-1025, jul-ago, 2005a.
- _____. Geografia Política, Saúde Pública e as Lideranças Locais. Hygea, Rev. Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. 1 (1):18-36, dez 2005b.

HAESBAERT, R. Des-caminhos e perspectivas do território. In: RIBAS, A.D.; SPÓSITO, E.S.; SAQUET, M. A.. Território e desenvolvimento: diferentes abordagens. Francisco Beltrão – PR: UNOESTE, 2004.

_____.2006. Territórios Alternativos. São Paulo: Contexto.

_____. O Mito da Desterritorialização: do "Fim dos Territórios" à Multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 2007^a

_____.2007b. Identidades Territoriais: entre a multiterritorialidade e reclusão territorial (ou: do hibridismo cultural à essencialização das identidades). In. BANDEIRA, F.G. & HAESBAERT, R. Identidades e Territórios: questões e olhares contemporâneos. Rio de Janeiro: ACESS, 1007b.

_____. 1997c. Des-territorialização e Identidade: a rede “gaucha” no nordeste.Niterói: EDUFF.

HARVEY, D. 1980. A Justiça Social e a Cidade. São Paulo: Hucitec

HEIMAN L., MENDONÇA M.H.M. A trajetória da atenção básica em saúde e o Programa de Saúde na Família no SUS. In: Lima N.T, Gerschmann S., Edler F., Suares J.M, organizadores. Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.481-502.

HEIMANN et al. O Município e a Saúde. São Paulo: Hucitec, 1992

HABERMAS, J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

_____. Teoria de la acción comunicativa I - Racionalidad de La acción y racionalización social. Madri: Taurus, 1987

HELLER, A. O cotidiano e a história. 2^a ed. São Paulo, Paz e Terra. 1985. 121p.

_____.Teoria das necessidades em Marx. Barcelona, Ediciones Península, 2^a edição, 1986.

HILLS, M. & ALEXANDER, F., 1989. Statistical methods used in assessing the risk of disease ear a source of possible environmental pollution: a review. Journal of the Royal Statistical Society Association, 152:353-363.

HOLZHACKER,D.O.& BALBACHEVSKY,E. Classe ideologia e política: uma interpretação dos resultados das eleições de 2002 e 2006. OPINIÃO PÚBLICA, Campinas, vol. 13, nº 2, Novembro, 2007, p.283-306

HÜBNER, L.C.M. & FRANCO, T.B. O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os Princípios e Diretrizes do SUS. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):173-191, 2007

HUERTAS, F. O Método PES: entrevista com Matus. São Paulo : FUNDAP, 1996.

- HUSSERL, Edmund. A idéia da fenomenologia. Lisboa: Edições 70, 1986.
- HYNDMAN B. The evolution of health promotion. Health promotion in action: a review of effectiveness of health promotion strategies. Toronto: Centre for Health Promotion/ ParticipACTION; 1998.
- IGNARRA R. M., ROQUE, C.; PARREIRA, C. Informação, Educação e Comunicação para promoção da saúde - uma experiência no Projeto Nordeste /. - Brasília : Ministério da Saúde,1998.
- JOLLEY DJ, & JARMAN B, Elliot P. Socioeconomic confounding. In: Elliot P. Geographical and environmental epidemiology: methods for small-area studies. Tokyo: Oxford University; 1992. p.115-124.
- KING PE 1979. Problems of spatial analysis in geographical epidemiology. Social Science & Medicine 13: 249-252.
- KONDER, L. O futuro da filosofia da práxis: o Pensamento de Marx no século XXI. São Paulo: Paz e Terra, 1992.
- KUSCHNIR, R & CHORNY,A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2307-2316, 2010
- LABONTE R. Community empowerment: the need for political analysis. Can J Public Health 1989; 80:87-8.
- LALONDE M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1974.
- LAURELL A.C. Processo de trabalho e saúde. Saúde em Debate CEBES 1981; (11): 8-22.
- _____. A saúde-doença como processo social. In: Duarte E, organizador. Medicina Social: aspectos históricos e sociais. São Paulo (SP): Global; 1983. p. 25-64.
- _____. (1977) Algunos problemas teóricos e conceptuales de la epidemiologia social. Revista Centro-Americano de Ciencias de la salud.
- LEAVELL, S.& CLARCK, E.G. (1976). Medicina Preventiva. São Paulo: MacGraw-Hill.
- LEAL, P.R.M. Gestão de recursos externos em projetos na área social: o caso do projeto de serviços básicos de Saúde no Nordeste – PNE I. Brasília: FGV/EBAP/CEFOP. Dissertação de Mestrado, 1999.
- LESSA, Sérgio. O processo de produção/reprodução social: Trabalho e sociabilidade. Capítulo 2.1, p. 19-33. In: Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 2. Brasília: CFESS, ABEPSS, CEAD/NED – UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 1999.

- LEVCOVITZ E., LIMA L.D., MACHADO C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001; 6(2): 269-291.
- LEVCOVITZ E 1997. Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde – 1974/1996. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- LIMA, P.V.P.S. et al. O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e os indicadores de saúde da família no Estado do Ceará. Acessado em novembro 2009. http://www2.ipece.ce.gov.br/encontro/artigos_2008/26.pdf
- LUCCHESI PTR 1996. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas/IPEA*, 14: 75-156.
- LUZ, M.T. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. Medicina e ordem política brasileira. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- MACINKO J.U, MONTENEGRO H., ADELL C.N. et al. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Pan American Journal of Public Health* 2007; 21(2/3): 73-84.
- MACKENBACH , Van de Mheen, Stronks A Prospective cohort study investigating the explanation of social and economical health inequalities in the Netherlands. *Social Science Medicine* 1994: 38:299-308
- MACMAHON, B. & PUGH,T. F., 1978. Principios e Métodos de Epidemiología. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana.
- MAGDALENO, F.S. A territorialidade da representação política:vínculos territoriais de compromisso dos deputados fluminenses. São Paulo: Anablume, 2010.
- MAINGUENEAU, D. Nouvelles tendences en analyse du discours. Paris: Hachette, 1987.
- MARQUES, R.A; MENDES, A. Atenção Básica e Programa Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2), 403-415, 2003.
- MARQUES, E.C. (1994) Os Modelos Espaciais como Instrumento para Estudo de Fenômenos Urbanos. In Najjar, A.L. (org) Saúde e espaço – Estudos Metodológicos e Técnicas de Análise.Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- MARMOT, M. & WILKINSON, R. Social Determinants of Health, NY, Oxford University Press, 1999
- MATTOS R.A, ROBAINA J.R, SIQUEIRA N.N. Planejamento, avaliação e pactuação: algumas reflexões sobre o processo de pactuação a partir do Pacto de Indicadores

- da Atenção Básica. In: PINHEIRO R, SILVA JR. A.G, MATTOS RA, (orgs). Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisas e Desenvolvimento para a Segurança das Comunicações; 2008. p. 295-312.
- MATUS, C. Carlos Matus e Planejamento Estratégico-Situacional. In: RIVERA, F.J. (Org. Planejamento e programação em Saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989.
- _____. Política, Planejamento e Governo. 3ª edi.t. Tomo II. Brasília: Ipea, 1993
- _____. Política, Planejamento e Governo. 3ª edi.t. Tomo I. Brasília: Ipea, 1997
- _____. Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi: estratégias políticas. São Paulo: FUNDAP, 1996.
- _____. Teoria do Jogo Social. São Paulo: Fundap, 2005.
- MAY, T. Pesquisa social: questões, métodos e processo. Porto Alegre, Artmed, 2004.
- MAUSS, M. Manual de etnografia. Lisboa: Editorial Pórtico, 1972.
- MEIRELLES, B.H.S & ERDMANN, A.L. Redes Sociais, Complexidade, Vida e Saúde. Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, v. 5, n. 1, p. 67-74, jan./abr. 2006
- MENDES-GONÇALVES, R.B. Medicina e História: as raízes sociais do trabalho médico. Departamento de Medicina Preventiva da USP (Dissertação de Mestrado), 1979
- _____. Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1994.
- _____. Epidemiologia e emancipação. Hist. Cienc. Saúde 1995; 2(2).
- MENDES E. V. 1993a. A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário , Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 10,: 7-19, Brasília, OPS.
- _____. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um novo olhar sobre o nível local. In: MENDES, E.V. (Org.) A Organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998: 17-55.
- _____. 1993b. Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- _____. Os grande dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade. Tomo II, 2001.
- _____. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

- MENDONÇA M.H.M. O SUS e a política de recursos humanos em saúde. Divulgação para a Saúde em Debate 2007; 40: 13-16.
- MERHY E.E & Franco TB. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? Saúde Debate 1999; 26:118-22.
- MERHY E.E. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. Interface Comun Saúde Educ 2001; 9:147-9.
- _____. A Rede Básica Como uma Construção da Saúde Pública e seus Dilemas. In.: Merhy, EE e Onocko, R. Agir em Saúde: um Desafio para o Público. São Paulo: Hucitec, 1997, pp.197-228.
- MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113 - 160.
- MERLEAU-PONTY M. Fenomenologia da percepção. 2a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999. 662 p.
- MELO, M.A.B.C. A formação de políticas públicas e a transição democrática: o caso da política social. Dados - Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, v.33, nº 3, p. 443-470, 1990
- MESQUITA, Z. Do território à consciência territorial. In: MESQUITA, Z; BRANDÃO, C.R. (org). Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências. Porto Alegre/Santa Cruz do Sul -RS: Ed. UFRGS/ Ed. da UNISC, 1995.
- MIETTINEN, O.S. (1985) Theoretical Epidemiology — principles of occurrence research in medicine. Nova York: John Wiley & Sons.
- MISKOLCI, R. (Resenha) A hora da Eugenia: Raça, Gênero e Nação na América Latina. Stepan NL. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 228 p. (Coleção História e Saúde). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(1):228-235, jan, 2006
- MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Modelos assistenciais no sistema Único de saúde. Brasília, Centro de Documentação, 1990.
- _____. Relatório de Avaliação – Programa de Serviços Básicos de Saúde no Nordeste. Brasília, novembro, 1996.
- _____. Portaria MS/GM nº 400, de 6 de dezembro de 1977: aprova normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde (DOU de 15.12.77). Revogada pela Portaria MS/GM nº 1.884/94.
- _____. Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde: atividades 1999. Brasília, 2000.

- _____. Controle de Endemias. Brasília: MS, 2001
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, 1982. Portaria MPAS nº 3.246, de 20 de julho de 1982. Anexo os Parâmetros para planejamento assistencial a serem utilizados no INAMPS. Brasília: MS. Revogada pela PORTARIA Nº 1.101, de 12 de junho de 2002.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA GRAN BRETANA. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964. [Publicación científica nº 93]
- MISOCZKY, M. Ci. *O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social*. Porto Alegre: Dacasa, 2002. 191 p.
- _____. Redes e Hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da equidade em saúde. RAP, Rio de Janeiro, v.37, n.2, mar./abr., 2003.
- MISOCZKY, M.C.&BECH, J. Avançando na Implementação do SUS: Consórcios intermunicipais de saúde. Porto Alegre: Dacasa,, 1997
- _____. Estratégias de Organização da Atenção. Porto Alegre: Dacasa; PDG Saúde, 2002.
- MOYSÉS, S. J. (Org.). Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES, 2002.
- MONKEN, M. Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para aprendizagem territorialização da vigilância da saúde. Tese Defendida na ENSP/FIOCRUZ, 2003.
- _____. Contexto, território, e processo de territorialização de informações: Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em saúde, in A Geografia e o contexto dos problemas de saúde, Christovam Barcellos (org.) – Rio de Janeiro: ABRASCO; ICICT; EPSJV, 2008. 384 p. : (Saúde e Movimento; n. 6)
- MONKEN, M. & BARCELLOS, C. Vigilância em Saúde e Território Utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005.
- MONKEN, M. et al. O Território na Saúde: construindo referências para análises em Saúde Ambiente. In. Miranda et al (Orgs.) Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.23-41.
- MOROSINI, M.V.; CORBO, A.D'A; GUIMARÃES, C. C. “Agente Comunitário de Saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional”. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 261-280, 2007.
- MULLER, J. S. 1992. Políticas de Saúde no Brasil: a Descentralização e seus Atores. Cadernos da Nona. v. 1, pp. 43-59. Brasília-DF.
- NAJAR, A.L. (1998) Desigualdades de bem-Estar Social no Município do Rio de Janeiro: um exemplo de Aplicação da Ferramenta SIG. In Najar, A.L. (org.) Saúde

e espaço – Estudos Metodológicos e Técnicas de Análise. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

NASCIMENTO, V.B. SUS: Pacto Federativo e Gestão Pública. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Ed.; Santo André, SP:CESCO, 2007.

NOGUEIRA R.P. O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização. In: Negri B., Faria R, Viana A.L.D, organizadores. Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. São Paulo: UNICAMP/Instituto de Economia; 2002. p. 257-273.

_____. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão “comunitarista”. Interface Comunicação, Saúde e Educação 2002; 6 (10):91-93.

NORONHA, J.C., SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.6, n.2, p.445-50. 2001.

NORONHA, J. C. & LEVCOVITZ, E., 1994. AIS-SUDS-SUS: Os Caminhos do Direito à Saúde. In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. (orgs.) Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80. Rio de Janeiro: RELUME/DUMARÀ, ABRASCO, UERJ/IMS. pp.73-111

NORONHA JC, LIMA LD, MACHADO CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 435-72.

NUNES M.O, TRAD L.B, ALMEIDA B.A et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18 (6):1639-1646.

NUNES, T.C.M. (1998) A Especialização Em Saúde Pública e os Serviços de Saúde no Brasil de 1970 a 1989. ENSP: FIOCRUZ, Tese de Doutorado.

OLIVEIRA, E.X.G.; CARVALHO, M.S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro; 20(2): 386-402, mar-abr, 2004.

OLIVEIRA, M. M. Como fazer pesquisa qualitativa. Petrópolis, Vozes, 2007.

OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S.F. M. (Im)previdência Social: 60 anos de história da previdência social no Brasil. Rio de Janeiro:Vozes, 1979.

_____. Medicina de Grupo: a medicina e a fábrica. In: GUIMARÃES, R. (org.) Saúde e medicina no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

OLIVEIRA, M. L.S. & BASTOS, A.C.S.. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. *Psicol. Reflex. Crit.* 2000, vol.13, n.1, pp. 97-107 .

OMS/Unicef (1979).Cuidados Primários à Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: UNICEF.

_____. 2005. Ação sobre os determinantes sociais da saúde: Aprendendo com experiências anteriores. http://www.who.int/social_determinants/en/

OPENSHAW, S. (1996) Fuzzy logic as a new scientific paradigm for doing geography. *Environment and Planning A*. 28(5): 761-768.

ORLANDI, E. Interpretação. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

_____. Discurso e Leitura. São Paulo:Cortez: Ed. Unicamp, 1988.

PAIM, J. S., 1985. Medicina Familiar no Brasil: Movimento Ideológico e Ação Política. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3 , pp 207-215

_____. 1986. Medicina Familiar no Brasil: Movimento Ideológico e Ação Política. In: *Estudos de Saúde Coletiva* 4. Rio de Janeiro. ABRASCO, pp.11-25.

_____. Quando a municipalização não é o caminho. *Radis Tema*. 12:27-28,1991

_____ - Reforma Sanitária e a Municipalização. *Saúde e Sociedade*, 01(2);29-47, 1992.

_____. A Reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES (org.) *Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitários do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Rio de Janeiro:HUCITEC/ABRASCO, 1993.

_____. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In. ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA-FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI,1994, p.455-466.

PAIM, J. S. Abordagens Teórico-conceituais em estudos de Condições de Vida e Saúde; notas para reflexão e ação. (In) Barata, R.B. (Org) *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

_____. Política de descentralização e atenção primária à saúde. In. ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA-FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI,1999, p.489-503

_____. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In. CZERESNIA, D. & FREITAS, C.M. (orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001.

_____. *Saúde, Política e Reforma Sanitária*. 1. ed. Salvador: ISC-CEPS, 2002. v. 1. 447 p.

_____. Modelos de Atenção e vigilância da Saúde. In. ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA-FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. P. 567-586.

- _____. Reforma Sanitária Brasileira – Contribuições para a compreensão e crítica. Salvador:EDUFBA; Rio de Janeiro:FIOCRUZ, 2008
- _____. Uma análise sobre o processo da Reforma sanitária Brasileira. *Saúde Debate*, 2009; 33(81):27-37.
- PAIM, J.S. & ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*, 32 (4): 299-316, 1998.
- PAVLOWSKY, E. (1988) Nicho ecológico de las enfermedades trasmisibles en relación com el ambiente epidemiológico de las zoo-antropozoonosis. In: OPS, El Desafío de la Epidemiología. Pub. Científica 505, Washington.
- PEDROSA, J. I. S; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*. v.35, n.3, p.303-311, jun. 2001.
- PEDUZZI M. Equipe profissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública* 2001; 35(1): 103-109.
- PEITER, P. 2000. Como a multiplicação e o adensamento das redes na atualidade estão contribuindo para alterar a concepção do território como espaço delimitado e fechado. Texto produzido para qualificação escrita da tese de doutorado (mimeo).
- PEITER, P.C. ; TOBAR, C. . Poluição e condições de vida: uma análise geográfica de riscos à saúde em Volta Redonda, Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 473-485, 1998.
- PEREIRA, M.P.B. e BARCELLOS, C. O Território no Programa Saúde da Família. *Hygea, Rev. Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2(2):45-55, jun 2006.
- PESSOA, S. B., 1978. *Ensaio Médico-Sociais*. São Paulo: CEBES/Editora Hucitec.
- PINHEIRO R & MATTOS RA (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 2004, 320 p.
- PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa histórica. *Cadernos de pesquisa*, n.114, p.179-195, nov., 2001.
- PIMENTA, A.L. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. *Saúde Soc*. S. Paulo, 2(1):25-40, 1993.
- POSSAS C. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo (SP): HUCITEC; 1989.
- PORTUGAL, J. L. (1999) Vigilância de doenças endêmicas em áreas urbanas: A interface entre mapas de setores censitários e indicadores de morbidade. *Cadernos de Saúde Pública*. 15(1): 53-61
- RAFFESTIN, C. *Por uma Geografia do Poder*. São Paulo: Ática, 1993.
- RATZEL, F. 1982. (1898-99) El territorio, la sociedad y el Estado. In: *El pensamiento geográfico. Estudio interpretativo y antología de textos - De Humboldt a las tendencias radicales* (J. G. Mendoza, et al). Madrid: Alianza Editorial.

- RISSEL C. Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promot Int* 1994; 9:39-47.
- RIGER S. What's wrong with empowerment. *Am J Community Psychol* 1993; 21:279-92.
- ROCHA, P.M. No Limiar do Século XXI: globalização e saúde – desafios da proteção social no Brasil dos anos 90. Tese de Doutorado. Subárea Política, Planejamento e Administração em Saúde. Mimeo. IMS:UERJ, 1997.
- ROCHA, D. & DEUSDARÁ, B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *ALEA* vol 7 n 2 julho-dezembro 2005 p. 305-322.
- RODRIGUES, P.H.A. & DANTOS, I.S. Saúde e Cidadania – uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
- ROJAS L.I, BARCELLOS C, PEITER P. Utilização de mapas no campo da epidemiologia no Brasil: reflexões sobre trabalhos apresentados no IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. *Inf Epidemiol SUS* 1999; 8:25-35.
- ROJAS L.I, BARCELLOS C. Geografía y Salud em América Latina: evolución y tendencias. *Rev. Cubana Salud Public*, 2003; 29(4), 330-43.
- ROSEN, G. Uma História da Saúde Pública. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1994.
- ROSICK, B. Natural foci of Diseases. In: *Infectious Diseases: Their evolution and Eradication* (Cockburnm A.) Charles C. Thomas Publ., 1967.
- ROVERE M 2005. Comentários estimulados por la lectura del artículo “educação permanente em saúde : desafio Ambicioso e necessário”. *Interf ace – Comunic, Saúde, Educ* 9(16):169-171.
- SABROZA P.C., LEAL M.C. Saúde, Ambiente e Desenvolvimento: alguns conceitos fundamentais. In: Leal MC, Sabroza PC, Rodriguez RH, Buss PM, organizadores. *Saúde, ambiente e desenvolvimento. vol. 1.* São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1992a. p. 45-93.
- SABROZA, P.S.; LEAL, M.C.; BUSS, P. A Ética do Desenvolvimento e a Proteção às Condições de Saúde. *Cad. Saúde Públ.* Rio de Janeiro, 8(1) 88:95, Jan/Mar, 1992b.
- SACKS, R. Human Territoriality: a theory. *Annals of the Associatin of American Gographers*, 73(1), 1983, p. 55-74
- SACK, R. 1986. *Human Territoriality : its theory and history.* Cambridge: Cambridge University Press.
- SAMAJA, J. *A reprodução Social e a Saúde.* Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

- _____. Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología “Miltoniana”).
Rev. Bras. Epidemiol. Vol. 6, Nº 2, 2003
- _____. 1996. Muestras y representatividad em vigilancia epidemiologica mediante
sitios centinelas. Cadernos de Saúde Pública, 12:309-319.
- SANTOS, M. (1985). Espaço e Método. São Paulo: Nobel.
- _____. (1988). Metamorfoses do Espaço Habitado. São Paulo: Hucitec.
- _____. 1994. Técnica, Espaço e Tempo. Globalização e Meio Técnico-
Científico Informacional. São Paulo: Hucitec.
- _____. 1996. A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção. São
Paulo:Hucitec.
- _____. (1997). Espaço e Método. São Paulo: Nobel.
- _____. 1998. O retorno do território. In: Território, Globalização e
Fragmentação (M.Santos; M. A A Souza & M. L. Silveira, org.), p.15-20, São
Paulo: Hucitec.
- _____. (2004). Por uma Geografia Nova. São Paulo: Editora Hucitec.
- _____. (2005). Da Totalidade ao Lugar. São Paulo: Editora Universidade de São
Paulo.
- SANTOS, M. & SILVEIRA, M. L. 2001. O Brasil – Território e Sociedade no Início do
Século XXI. Rio de Janeiro: Record.
- _____. Por uma outra globalização: do pensamento único à
consciência universal.São Paulo, Ed. Record, 2002.
- SANTOS, M & SOUZA, M. A. A.(org.). A construção do espaço. São Paulo: Nobel,
1986.
- SÁ-SILVA, J.R., ALMEIDA, C.D., GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas
teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. Ano I -
Número I - Julho de 2009
- SARACENO, C., 1990. The concept of family strategy and its application to the family-
work complex: some theoretical and methodological problems. In: Cross-Cultural
Perspectives on Families,Work and Change (K. Bom, G. Sgritta & M. Sussman,
eds.), pp. 1-18. Binghamton: The Haworth Press Inc.
- SCHIMITH, MD & LIMA, MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do
Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 20 (6):
1487-1494, nov-dez, 2004.
- SILVA JUNIOR, A.G. (2006) Modelos Tecnicoassistenciais em saúde: o debate no
campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec.

- SILVA, L. J. (1997). O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. *Cadernos de Saúde Pública* 13(4):585-93.
- _____. (1985). Organização do espaço e doença. Textos de Apoio. *Epidemiologia* 1. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/Abrasco, 1985a, p.159-185.
- _____. Considerações acerca dos fundamentos teóricos da explicação em epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*. 19:377-83, 1985b.
- SILVA, S.F. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- SILVA, J.A. & DALMASO, A.S.W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface*. - Comunic, Saúde, Educ, v6, n10, p.75-96, fev 2002
- SILVEIRA, L.M. O espaço geográfico: da perspectiva geométrica à perspectiva existencial. *GEOUSP - Espaço e Tempo*, São Paulo, Nº 19, pp. 81 - 91, 2006
- SINNECKER, H., 1971. *General Epidemiology*. London: John Wiley & Sons.
- SCHRAIBER, L. B. & GONÇALVES, R. B., 1996. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, NEMES & GONÇALVES (org.). *Saúde do Adulto - Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo. HUCITEC. pp.29-47.
- SOJA E. *Geografias pós-modernas: a reafirmação do espaço na teoria social crítica*. São Paulo: Jorge Zahar Editor; 1993.
- SORRE, M. Los Fundamentos Biológicos de La Geografía Humana. Ensayo de una Ecología Del Hombre: Conclusion. In: MENDOZA, J. G.; JIMÉNEZ, J. M.; CANTERO, N. O. (Org.) *El pensamiento geográfico: Estudio interpretativo y antología de textos (De Humboldt a las tendencias radicales)*, Madrid: Alianza Editorial: 267-274 (1982).
- _____. A noção de gênero de vida e sua evolução. In: MEGALE, J. F. (Org.) *Max Sorre: Geografia*, Rio de Janeiro: Editora Ática: 99-123 (1984).
- SOUSA P.M.F.(2000). *Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades*. *Divulgação em Saúde para Debate*. Cebes, n. 21.
- SOUZA, R. R.. *A regionalização no contexto atual das políticas de saúde*. *Ciênc. saúde coletiva*. 2001, vol.6, n.2, pp. 451-455.
- SOUZA, E. A., PEDON, N. R.. *Território e Identidade*. *Revista eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros – Seção Três Lagoas*, Três Lagoas, n. 6, p. 126-148, 4 nov. 2007. http://www.cptl.ufms.br/revista-geo/artigo6_EdevaldoS._e_NelsonP..pdf. Acesso em julho 2008
- STARFIELD B., organizador. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002a.

- _____. Uma estrutura para medição da Atenção Primária. In: Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002b. p. 43-70.
- STRONKS K, GUNNING-SCHEPERS L. 1993. Should equity in health be target number 1? EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 1993;3: 104-111.
- STOTZ, E.N. Necessidade de saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde. Tese de Doutorado, apresentada a ENSP/FIOCRUZ, 1991.
- SUSSURE, F. Curso de Lingüística. São Paulo Cultrix, 1974.
- TAKAHASHI LM. Concepts of difference in community health. In: Kearns RA, Gesler WM. Putting health into place: Landscape, identity and wellbeing. Nova York: Syracuse University Press; 1998. p.143-167.
- TAVARES, M.C. & FIORI, J.L. (1993) – (Des)Ajuste Global e Modernização Conservadora. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- TEIXEIRA, C. F. 1993. Planejamento e Programação Situacional em Distritos Sanitários: metodologia e organização. In: MENDES, E.V. Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- _____. 1994. A construção social do planejamento e programação local da vigilância a saúde no Distrito Sanitário. In: Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário (E. V. Mendes, org), p. 43-59, OPS. Série Desenvolvimento de serviços de saúde, nº 13, Brasília.
- TEIXEIRA, C.F. & SOLLA, J.P. Modelo de Atenção à saúde – Promoção, Vigilância e Saúde da Família. Salvador: Edufba, 2006.
- TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S; VILASBÔAS, A.L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. IESUS, VII(2), Abr/Jun, 1998
- TEIXEIRA, S.M.F. Cidadania, direitos sociais e Estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8a. Anais da 8a Conferência
- _____. (Org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989 (Pensamento Social e Saúde, v.3).
- TESTA, M. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- _____. Pensamento Estratégico em Saúde e Lógica de Programação: o caso da saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995.
- TARLOV, A. Social Determinants of Health: the sociobiological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER,E.; WILKINSON, R. (Eds.). Health and Social Organization. London: Routledge. p. 71-93, 1996.

- TRAVASSOS C., VIACAVAL F., FERNANDES C., ALMEIDA C.M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5:133-49.
- TRAVASSOS, C. & MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004
- TRAD L.A.B, BASTOS A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública* 1998; 14(2): 429-435.
- TREVISAN, L.N. & JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 893-902. ISSN 1413-8123.
- UNGLERT, C. V. S. Contribuição para o estudo da localização de serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. São Paulo, 1986. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública USP].
- _____. Territorialização em Sistema de Saúde. In: Mendes, E.V. (Org.) Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.
- UNGLERT, C.V.S et al. Acesso aos Serviços de Saúde – uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev. Saúde Pública*, S.Paulo 21(5) 439-46, 1987.
- VASCONCELOS, E. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 6-19, set./dez. 1999
- VIANA A.L.D., DAL POZ M.R. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* 1998; 8:148.
- VIANA A.L.D., DAL POZ M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225- 264, 2005
- VILASBOAS, Ana Luiza Vigilância à saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima (dissertação de Mestrado). ISC-UFBA, Salvador, out. de 1998, 114 p. e anexos
- VYGOTSKY, L.S. (1987). *Pensamento e linguagem*. 1º ed. brasileira. São Paulo, Martins Fontes.
- _____. (1988). *A formação social da mente*. 2º ed. brasileira. São Paulo, Martins Fontes.
- WACQUANT, L. Esclarecer o Habitus. *Educação & Linguagem*; Ano 10; nº 16:63-71, Jul.-Dez. 2007
- WEBER, M. *Economia e sociedade*. 3a ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1994.

_____. Ensaios de sociologia. Int. H.H. Gerth e Wright Mills (Org.). 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982.

WERNECK, G.L. & STRUCHINER, C.J. Estudos de agregados de doenças no espaço-tempo: conceitos, técnicas e desafios. Cadernos de saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(4):611-624, abr-jun, 1997.