

A TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DE UMA PERSPECTIVA DE ADEQUAÇÃO DOS SERVIÇOS AOS PERFIS DO TERRITÓRIO

TERRITORIALIZATION OF THE PRIMARY HEALTH CARE AT SUS AND CONSTRUCTION OF A PERSPECTIVE OF ADEQUACY OF SERVICES FOR THE TERRITORY PROFILES

Rivaldo Mauro de Faria

Doutor em Geografia - IG/UNICAMP
Pós-Doutorando em Geografia - Gabinete de Geografia Médica
Universidade de Coimbra, Portugal
rivaldogeo@hotmail.com

RESUMO

A estruturação territorial do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo feita no Brasil através da chamada territorialização da saúde. É uma política e uma técnica utilizada para definir territórios de atuação dos serviços. Muito se avançou com ela em termos de planejamento e de mudanças nas condições de vida, mas a prática ainda se apresenta relativamente pragmática e, não raro, burocrática. O objetivo deste artigo é refletir sobre a territorialização dos serviços de atenção primária à saúde e, a partir dela, construir uma perspectiva de planejamento baseada no reconhecimento e adaptação dos serviços aos perfis do território. A base teórica que fundamenta a discussão são os usos do território, na acepção oferecida pelo professor Milton Santos.

Palavras-chave: Territorialização; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde (SUS); Território Usado; Perfis Territoriais.

ABSTRACT

The territorial structuration of Brazil's Unique Health System (SUS), and more specifically of the services of primary care, is at progress in Brazil through the so-called territorialization of health. It consists of a policy and a technique used in order to create acting territories to the services. Much has been done with the territorialization in terms of planning and of changes in the living conditions, but the practice is still relatively pragmatic and, not infrequently, bureaucratic. The purpose of this article is to point out another perspective for the planning of primary care services, through recognizing and adapting services to the profiles of the territory. This study shows the theoretical path for the construction of this perspective, being done together with the unveiling of the meanings of territorialization regarding the primary focus on health in Brazil.

Keywords: Territorialization; Primary Focus on Health; Unique Health System (SUS); Used Territory; Territorial Profiles.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas nos diversos níveis da Federação (BRASIL, 2000). Foi instituído na Constituição Federal de 1988 como proposta de integração e universalização do sistema de atenção à saúde em todo o país. Não há como negar a ousadia

Recebido em: 03/10/2012

Aceito para publicação em: 22/03/2013

² Trabalho financiado pela Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

na sua criação e também os avanços nas políticas de saúde pública brasileira a partir desse momento, apesar, evidentemente, das muitas críticas que possam ser feitas.

Há dois aspectos composicionais do SUS que merecem certa atenção geográfica. O primeiro é o caráter de direito. A “saúde é direito de todos”, diz a Constituição (BRASIL, 1989). E isso determina o princípio mais importante deste novo sistema que é a universalidade da atenção.

O caráter universal do SUS, ainda hoje não alcançado, acabou impondo ao Estado a necessidade de certo arranjo territorial na organização dos serviços. Afinal, não é possível que a saúde seja acessível a todos, indistintamente, se as pessoas não têm acesso ao sistema. E o acesso depende, obviamente, da existência dos serviços nos territórios. O modo encontrado para se resolver isso foi implementando a política da descentralização da saúde no Brasil, numa tentativa clara de levar os serviços aos territórios e, dessa forma, tornar o sistema acessível. Com a descentralização o Município ganha importância e com ele o território (PAIM, 1993).

Portanto, a questão do direito à saúde está diretamente atrelada ao território e a forma como os serviços são dispostos territorialmente. Entretanto, não é sob a perspectiva do direito stricto sensu que se deve pensar, mas na sua efetivação ou realização. Ocorre que o direito nem sempre se faz justiça, isso é verdade. O território pode ser tomado, de um lado, como a possibilidade da efetivação deste direito e, de outro, como o resultado e consequência desta mesma efetivação. As enormes desigualdades territoriais no Brasil, por exemplo, representam o resultado histórico da efetivação (ou não) do direito. Contudo, essas mesmas desigualdades territoriais só poderão ser resolvidas mediante eficientes políticas de planejamento e gestão territoriais.

Atrelado ao princípio da universalidade do SUS está outro, o da justiça que se traduz na efetivação do direito à saúde. A este segundo princípio dá-se o nome de equidade da atenção. O conceito de equidade vai além da questão das desigualdades; envolve-as, mas supõe também a presença da justiça social (DUARTE, 2000). Não há universalidade sem equidade, uma vez que não se pode falar de universalidade de alguma coisa ou de algum setor. É universal o sistema que atende a todas as necessidades de saúde, de todos os cidadãos, em todo e qualquer lugar equitativamente.

Se a universalidade supõe e exige o território, ainda mais a equidade. Pode-se mesmo afirmar que não existe equidade social de saúde sem que haja, antes, uma equidade territorial. Obviamente, o que adianta ter acesso ao médico se não se tem acesso à comida? O direito à saúde em todas as suas dimensões envolve e supõe o direito ao território, haja vista que, como conceito, a saúde é um problema muito mais social do que médico. Então, o direito à saúde não se realiza sem que se efetivem outros direitos, entre os quais, o direito à vida. Por isso, o caráter sistêmico do SUS faz todo sentido, ou seja, a necessidade de que suas ações e serviços sejam arranjos integradamente. Do contrário, não seria um sistema de saúde, nem mesmo universal (único) e dificilmente equitativo. A integralidade supõe algo mais que a integração dos serviços e suas especialidades, afirma Mattos (2006), pois exige pensar a saúde como totalidade, não apenas como setor.

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

Se, de um lado, a saúde é direito de todos, de outro, é dever do Estado oferecê-la, assim reza a constituição (BRASIL, 1989). Este é o segundo aspecto composicional do SUS de que se falava e com ele o Estado passa a se responsabilizar pela criação de todas as estruturas necessárias para fazer valer o direito. Num momento de forte pressão pelo chamado Estado mínimo, do neoliberalismo e globalização, o SUS se apresenta como realidade contrária e isto deve ser enaltecido.

Entre as diversas estruturas criadas pelo Estado para tornar o SUS uma realidade citam-se a financeira, a político-organizacional e a territorial³. Tais estruturas são inseparáveis, pois sem a criação de dispositivos financeiros não há efetivação dos instrumentos político-organizacionais

³ Observe-se que essas estruturas estão associadas aos princípios operativos do SUS: descentralização, regionalização e participação popular (CUNHA e CUNHA, 2001).

e sem uma estrutura territorial bem montada, ou seja, sem um planejamento territorial dos serviços, as demais estruturas estarão também comprometidas. Contudo, a estruturação territorial dos serviços do SUS tem um caráter mais prático, pois não apenas orienta a aplicação dos recursos, como também define os modos de inscrição espacial dos serviços e as formas de acesso. Por isso, acredita-se, é na dinâmica do planejamento territorial dos serviços do SUS que a contribuição geográfica se faz mais importante. Nesse caso, é importante refletir sobre os modos ou métodos de planejamento territorial desses serviços nas diversas escalas e em relação aos diversos setores da saúde.

De modo geral, a estruturação territorial dos serviços do SUS vem sendo feita no Brasil através da chamada “territorialização da saúde”. É uma técnica⁴ de planejamento, talvez uma tecnologia como quer Monken (2003), mas é também uma política de Estado utilizada para planejar a localização e os modos de inscrição territorial dos serviços de saúde nas diversas escalas. Destaca-se a territorialização dos serviços de atenção primária à saúde, pois estes, diferentes dos serviços ligados às especialidades, devem operar sobre uma base territorial muito bem definida.

O objetivo deste artigo é refletir sobre essa prática territorializadora dos serviços de atenção primária, desvendando alguns dos seus sentidos e possíveis limitações. Feito isso, e mais importante - haja vista que não é a contraposição o que norteia este estudo, mas a construção de possibilidades -, apresenta uma perspectiva geográfica de planejamento em torno do reconhecimento e adaptação dos serviços aos perfis do território. A territorialização cria territórios para os serviços; é essa a função do ato territorializador. Porém, é importante refletir sobre o motor provocador desse processo, ou seja, sobre a relação de poder que o desencadeia e o seu resultado prático. A perspectiva dos perfis apresenta um caminho que permita pensar os usos do território como condição primeira do planejamento dos serviços de atenção primária. Os perfis são reconhecidos, delineados, não criados. Há inúmeras formas de fazê-lo, cada qual importante conforme os objetivos que se apresentam. Os usos do território serão tomados, neste estudo, como ponto de partida para tal delineamento, para a identificação dos perfis. E essa, acredita-se, pode ser uma proposição agregadora aos avanços já feitos na direção de uma política territorial do SUS e da atenção primária à saúde no Brasil.

Os sentidos da territorialização dos serviços de atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

A atenção primária é o primeiro nível de atenção do SUS, a porta de entrada e o contato preferencial do usuário com o sistema e as redes de atenção (MENDES, 2009). O Ministério da Saúde utiliza o termo “atenção básica”⁵ para se referir a esse conjunto de serviços de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, cujas ações são organizadas “[...] sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações” (BRASIL, 2012, p.19, grifo nosso).

⁴ Há certa confusão no uso de algumas terminologias ao se definir a territorialização da saúde no Brasil. O Dicionário de Educação Profissional assim a define: “[...] 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.) [...]; um caminho **metodológico** de aproximação e análise sucessivas da realidade para a produção social da saúde [...]” (MONKEN e GONDIN, 2008, p. 397, grifo nosso). Portanto, termos como técnica, método, instrumento (tecnologia) e metodologia, são usados numa relação sinonímica. O que é um erro, pois existem diferenças conceituais e aplicativas. Para se evitar isto, este estudo utiliza o termo “técnica” ao se referir à territorialização, pois se apresenta como uma proposta de intervenção na realidade, tratando-se, acredita-se, de uma técnica de planejamento e gestão dos serviços de saúde do SUS.

⁵ De acordo com Gil (2006), as expressões “atenção primária” e “atenção básica” são frequentemente tomadas como sinônimos no Brasil. Ainda não se fez um estudo teórico aprofundado para determinar qual a acepção mais adequada. Na bibliografia internacional é mais comum a acepção “atenção primária”. A esse respeito, o Ministério da Saúde, através da Portaria Nº. 2.488 de outubro de 2012, assim orienta: “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento” (BRASIL, 2012, p. 22).

No Brasil a atenção primária ou básica é feita em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Saúde da Família é sua estratégia prioritária, conforme determina a Política Nacional de Atenção Básica, PNAB, (BRASIL, 2012). Dessa forma, cada UBS, com ou sem Equipe Saúde da Família, deve se organizar para atender a um público-alvo, representado, em síntese, por um conjunto de famílias agregadas geograficamente.

Entretanto, a definição desse público-alvo não pode ser feita sem que antes se defina um território-alvo. Afinal, as pessoas e as famílias são identificadas, entre outros, pelos seus endereços. O território determina o limite de atuação do serviço e a população sob sua responsabilidade. Sem isso a atenção primária não pode cumprir seu papel de porta de entrada para o SUS, pois o território definido indica a porta, ou seja, o serviço e a população a passar por ela. Em síntese, os atributos da atenção primária - a saber: porta de entrada, continuidade, coordenação e integração das ações (STARFIELD, 2002) - não se realizam sem a definição do território de atuação dos seus serviços.

Por isso, no início da década de 1990, momento ainda de institucionalização do SUS, foi proposto a criação de distritos sanitários em todo o país (MENDES, 1993). Os distritos representavam um modo de organização espacial dos serviços do SUS e mais especificamente dos serviços de atenção primária à saúde no Município (PAIM, 1993; MENDES, 1993). Alguns o definem como a menor unidade operacional (espacial e/ou territorial) do SUS a ser apropriada no processo de planejamento e gestão (VILLAROSA, 1993; MENDES, 1993; ALMEIDA, CASTRO e LISBOA, 1998). Esse era o modo político e prático de definir o território e o público-alvo para os serviços. Contudo, conforme Gondim et al (2008), a ideia foi caindo no ostracismo neste início de século.

Ainda nos primeiros anos da década de 1990, ganharia força outra estratégia de organização da atenção primária no Brasil, agora fundamentada em torno da família. Constitui-se, então, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), hoje entendido não mais como um programa, mas como uma estratégia de consolidação do SUS em todo o país (BRASIL, 2012). É nesse contexto, e também influenciado por propostas teóricas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que surge a política da territorialização da atenção primária à saúde no Brasil. É uma política, porque é uma proposta do Estado para a organização desse nível de atenção em todo o país, mas é também uma técnica de planejamento utilizada para se delimitar as áreas de atuação das unidades de atenção primária à saúde, notadamente das UBS e Equipes Saúde da Família.

A territorialização pode ser entendida como o processo de apropriação do espaço pelos serviços de atenção primária à saúde (UNGLERT, 1993; 1995). Em termos práticos, pode também ser entendida como o processo de criação de territórios de atuação de unidades de atenção primária à saúde, justificando, assim, o uso do termo territorialização, ou seja, processo de criação de territórios. Esse foi o modo encontrado para se resolver a questão da definição das áreas de atuação dos serviços de atenção primária, ou seja, territorializando os serviços e cadastrando (adscrição de clientela, como é chamada) a população no seu interior.

Inúmeras contribuições vêm sendo dadas no sentido da produção de uma tecnologia de planejamento, baseada na territorialização da saúde (MONKEN, 2003, 2008; MONKEN e BARCELLOS, 2005, 2007; MONKEN e GONDIN, 2008; GONDIN et al 2008; GONDIN, 2011; e outros). Muito se avançou, sobretudo porque fomentou o debate territorial do SUS e sua importância para a alocação equitativa dos serviços e das ações. Entretanto, apesar de se apresentar como uma prática geográfica, a política da territorialização carece de um estudo propriamente geográfico - embora, obviamente, o debate territorial não seja um atributo único e particular da geografia, o que seria uma pretensão. Isto também reflete, conforme Pereira e Barcellos (2006, p.48), “[...] a preocupação em operacionalizar o conceito de território, sem, no entanto, uma discussão sobre os seus múltiplos sentidos”. Existe uma lacuna, continuam os autores, que “[...] pode ser constatada pela pequena participação dos geógrafos em todos os níveis desse programa”, referindo-se à Saúde da Família, ou seja, à atenção primária.

Uma pequena consideração crítica à territorialização da saúde foi feita por Souza (2004)⁶. A autora contrapõe-se ao uso do termo, alegando se tratar de um equívoco, pois o território é

⁶ Fala-se muito hoje em territorialização da saúde. Isto é um enorme equívoco. Vimos anteriormente que o território usado é algo que se impõe a tudo e a todos. Logo, falar em territorialização de uma coisa é uma

uma totalidade inerente a todas às coisas. Dessa forma, a questão não está na territorialidade ou na territorialização, afirma, mas no uso do território pela saúde. É uma abordagem, uma perspectiva, obviamente. Outros autores discordariam, proporiais outras objeções. Mas outra perspectiva, quando flexível e generosa, pode sempre agregar, somar.

Um estudo das principais propostas de territorialização da saúde no Brasil foi feita por Faria (2011; 2012) e Faria e Bortolozzi (2012). Retomem-se algumas objeções teóricas ali apresentadas, sem adentrar o mérito histórico e descritivo novamente.

Uma primeira questão, e mais importante, está relacionada com a terminologia, ou seja, com a expressão “territorialização”. Na verdade, o problema não é a terminologia em si, mas sua aplicação e seu uso. Em geral, os termos e conceitos encaminham as ações. E mesmo que se diga o contrário, se não as encaminham, as justificam. Nesse caso, a territorialização direciona uma prática de planejamento e a justifica. As proposições teóricas a seu respeito são abrangentes e ricas. Contudo, e, principalmente, porque os gestores locais da saúde nem sempre estão familiarizados com o reconhecimento dos usos território, a prática acaba reduzindo-a geometricamente a uma linha traçada no mapa. Assim, territorializar os serviços acaba expressando seu significado imediato (de senso comum?), qual seja: definir/criar limites de atuação dos serviços.

Já no início da década de 1990 Unglert (1993) apontava essa questão e oferecia oficinas de territorialização como modo de evitar um “planejamento de gabinete”, uma burocratização, dizia. O território-processo de Mendes (1993) era a mesma tentativa de confrontar-se a um território político-burocrático. O mesmo se dá com a proposição de Monken (2008), através da discussão dos contextos de uso do território. Portanto, as tentativas de superar reducionismos no planejamento territorial, se assim podemos dizer, não são recentes.

Contudo, não há dúvida, a territorialização aponta uma prática, um modo de fazer. Ela resolve uma questão relativamente complexa. Não é fácil definir limites para os serviços⁷. Talvez seja por isso que seu uso tenha ganhado contornos “políticos oficiais”. A PNAB, por exemplo, indica como primeira atribuição dos profissionais da atenção primária “participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades” (BRASIL, 2012, p. 43). Ou seja, os profissionais devem participar do processo de criação dos limites de atuação da sua equipe. Em tal exigência não há objeção, nem problema. Mas como territorializar os serviços? Esta questão foi apresentada por Faria (2012) aos gestores municipais de saúde de Pouso Alegre-MG e, em geral, a territorialização esteve associada ao cadastramento, à adscrição de clientela. Portanto, o ponto de partida para o desencadeamento da territorialização, especificamente neste caso, é o próprio serviço conforme sua capacidade de oferta. Então, o território da equipe, seus limites, vem depois. “Serviço-oferta-território” é uma tríade explicativa para essa prática da territorialização, novamente, especificamente neste local (FARIA, 2012).

Um estudo prático da territorialização foi feito também por Mafra e Chaves (2004) numa Unidade de Saúde de Curitiba, Paraná. As autoras observaram que a territorialização esteve associada ao delineamento no mapa e à contagem das famílias, “desconsiderando ou não tendo a clareza sobre os dados referentes ao contexto econômico, social, cultural e epidemiológico local” (MAFRA e CHAVES, 2004, p. 132). Veja-se que a importância do contexto nas ações de vigilância à saúde é muito bem trabalhada em Monken (2003; 2008) e Monken e Barcellos (2005; 2007), mas a prática do planejamento, não raro, pode fazer um caminho

tautologia, pois todas as coisas necessariamente estão “territorializadas”. Nada pode ser adjetivado com território. Ele é inerente a existência das coisas. É, portanto, errado falar em “territorialidade da saúde”, pois ela só pode significar um uso do território, este é inerente a ela. A discussão, portanto, é outra: aquela da distribuição sócio-espacial ou sócio-territorial dos serviços de interesse social, inclusive a saúde” (SOUZA, 2004, p. 70).

⁷ De acordo com Faria (2012), o limite limita duplamente, incluindo, de um lado, e excluindo, de outro. Obviamente, ele indica o que está dentro e fora. Num cenário em que os serviços são universalizados, não há problema. Contudo, embora os índices de cobertura da atenção primária estejam aumentando significativamente, isso ainda é um porvir.

diferente. Há falta de clareza, de um lado, mais do que uma desconsideração, mas há também a apropriação conceitual de outro.

Vê-se que é importante uma avaliação dos impactos da territorialização da saúde. Mas isso deve ser feito em nível de país e nas várias escalas no interior deste. Nos referidos estudos (FARIA, 2012; MAFRA e CHAVES, 2004) foram encontrados problemas de exclusão, mas não se pode generalizar, nem mesmo ignorar os impactos positivos dessa prática. É necessário olhar de vários lados, de vários ângulos.

A territorialização é um derivativo de território. Há o território e com ele a territorialização e a territorialidade. A territorialização é o processo (a prática) de constituição de territórios. O que a desencadeia? As territorialidades, as estratégias, afirma Sack (1986). O processo é a prática, a produção efetivamente; as estratégias são as relações de poder efetivadas conforme diferentes demandas (econômicas, políticas, culturais). Portanto, há que se perguntar, no caso da saúde, qual a estratégia. E a resposta: definir os limites de atuação dos serviços. Mas o que a desencadeia? Quais são seus condicionantes? E novamente a resposta: a necessidade política de planejamento. E a esse respeito, também não há objeção a ser feita. Aliás, é exatamente nesse sentido que as contribuições dos autores citados se faz importante, pois propõem métodos, instrumentos para esse desencadeamento, para essa necessidade do planejamento.

Contudo, acredita-se, ao centralizar o planejamento na criação de limites territoriais dos serviços pelo Estado, centraliza-se o processo nas necessidades e condicionantes dados pelo Estado. Uma delas é a oferta, regulada pelos recursos. Nesse sentido, a territorialização pode favorecer ou facilitar a definição dos limites tendo como base, em primeiro lugar, os serviços (FARIA, 2011). Daí o caráter prático já assinalado. Mas também aqui não há objeções, pois a questão não está na prática em si, mas nos seus resultados. Afirma-se a tendência à burocratização da prática baseada na territorialização (FARIA, 2012). Nesse caso, tem-se um problema, pois a burocracia, não raro, costuma ser alheia ao território.

Um elemento exemplificador dessa burocracia será dado pela padronização da oferta nas Equipes Saúde da Família. A “nova” PNAB (BRASIL, 2012) avançou muito em relação à sua versão anterior (BRASIL, 2007), flexibilizando a oferta e adaptando-a às diferentes realidades do Brasil, como é o caso da formação de equipes para atender populações ribeirinhas e moradores de rua. Às grandes cidades são dadas também orientações específicas. Mas, em geral, as Equipes Saúde da Família ainda estão condicionadas numericamente a uma oferta e a um teto financeiro expresso na fórmula “população/2400” (BRASIL, 2012, p. 79). Por isso, a equipe precisa definir uma população a priori, de modo que o que determina os limites do território criado no processo de territorialização da saúde é a oferta.

Ressalte-se que essa reflexão sobre o planejamento territorial baseado na oferta não é recente. Pereira e Barcellos (2006, p.54), por exemplo, afirmam que “a exclusiva alusão à quantidade de população para a definição de recortes territoriais, sem nenhuma proposta de tipificação destes territórios, limita a eficácia das ações”. Em outras palavras, é necessário partir do território, da sua tipificação, do seu reconhecimento. E o território é múltiplo, variado, assim como suas necessidades. Entretanto, este território criado para a saúde pode não ser o mesmo território das pessoas, já que, conforme Alvarenga e Martins (2010) “[...] a demarcação geográfica antecede o conhecimento dos grupos sociais existentes na localidade”. É a demarcação geográfica é feita na medida do cadastramento, da adscrição da clientela.

Portanto, a territorialização atende a esses reclames, contrariando, obviamente, muitas orientações dadas teoricamente a seu respeito (UNGLERT, 1993; 1995; TEIXEIRA, PAIM e VILASBOAS, 1998; MONKEN, 2003). Entretanto, não há dúvida que existe uma adaptação prática em termos de sentido, pois a territorialização, como toda relação de poder, é uma apropriação, uma dominação. E a apropriação denota algo de fora que se projeta e se impõe. Obviamente, a apropriação requer um agente apropriador (o serviço), uma relação de poder (a oferta, o recurso) e uma área a ser apropriada (o território). Daí a tríade “serviço-oferta-território”, já apresentada.

Com isso não estamos afirmando que o território está sendo negligenciado na prática do planejamento baseado na territorialização. Seria uma inverdade. É o desencadeamento das ações o que se está questionando: quem se apropria do espaço é o serviço (primeiro movimento), tendo em vista uma oferta padronizada (segundo movimento), através da qual são definidos os limites territoriais (terceiro movimento). Sem dúvida, esses são equívocos da

prática ou dos sentidos práticos dessa apropriação. O trabalho de Monken (2008), por exemplo, apresenta a apropriação como um dado positivo para implementação das ações em vigilância, pois é uma apropriação dos contextos de vida e saúde. Em nenhuma circunstância se pode afirmar a exiguidade da proposta deste e de outros autores, ao contrário.

Acrescente-se ainda o erro, muito bem apontado por Mafra e Chaves (2004), de pensar a territorialização como uma prática limitada temporalmente, quando, como proposta, ela deveria fazer parte do dia-a-dia do trabalho das equipes de saúde. Neste caso, a apropriação carrega consigo outros sentidos, como, por exemplo, a responsabilização e a confiança. A relação de poder aí presente não será negativa, mesmo porque, como conceito, o poder não está relacionado com a subjugação e a violência (ARENDE, 1985). Por isso, a territorialização não se limita à definição do limite da equipe de saúde, pois ela será a base para este relacionamento, essa responsabilização entre profissionais de saúde e a comunidade. É essa a perspectiva, acredita-se, que Monken (2008) quer dar quando propõe

[...] uma territorialização ampla em que este processo seja o método de obtenção e de 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 [...] (MONKEN, 2008, p. 143).

Mas a prática, não raro, subverte esse sentido. Por isso, a apropriação acaba por ser feita na medida do cadastramento, e os limites dos serviços são definidos, como bem aponta Pereira e Barcellos (2006), a priori, ou seja, sem examinar o assunto (o território) de que se trata. A apropriação, então, acaba se transformando em imposição, em ordem e determinação.

Afirma-se, portanto, o risco da apropriação conceitual da territorialização, da sua prática no dia-a-dia do planejamento e o que ela encaminha. E os riscos, agora sim, podem ser generalizados. A reflexão sobre eles pode ser importante para evitá-los. Sabe-se que a prática do planejamento comporta riscos, escolhas (SOUZA, 2010). Portanto, não é um problema da territorialização apenas. Há dois riscos, acredita-se, especificamente ligados ao planejamento baseado na territorialização. O primeiro é o entendimento do território a partir dos processos que o constituem e não a partir de si mesmo como totalidade. Relembre-se o caráter processual da territorialização. O segundo risco é o entendimento parcial do território, pois, ao privilegiar o processo ou a ação, pode acabar privilegiando a dimensão social que a desencadeia. Neste caso, a dimensão político-administrativa pode ser privilegiada. Há que se perguntar se essa não seria a razão a explicar uma da territorialização baseada no serviço e na oferta.

O entendimento parcial do território, por sua vez, implica na alocação equivocada dos limites territoriais de atuação dos serviços de atenção primária. Nesse caso, os limites territoriais criados na territorialização serão incondizentes com os limites dos territórios realmente existentes, os territórios do cotidiano (MONKEN, 2003). O resultado, portanto, será um “desajuste” de limites territoriais, se assim podemos nos referir, o que pode levar à ineficácia das ações e à iniquidade da atenção. Obviamente, um estudo prático a esse respeito precisa ser feito.

Finalize-se esse tópico com duas questões extremamente relevantes ao tema do planejamento territorial dos serviços do SUS e da atenção primária especificamente. Apresentamo-las para exemplificar a necessidade de inserir outros temas neste debate. Seria inviável discuti-las neste artigo, mas seria também contraproducente sua leitura sem considerar outros vieses à respeito do tema. A primeira questão está relacionada com a escala de planejamento e gestão da saúde. Tema que pode contribuir para resolver parte dessas “incongruências” em termos de limites territoriais de atuação dos serviços. Uma coisa é o planejamento em escala de Unidade Básica de Saúde e Saúde da Família, outra é a escala do Município e outra ainda é a escala regional. As escalas se definem pelos seus limites territoriais. Mas, os limites não devem dividir ou separar, mas agregar. Os limites existem apenas para apontar as direções dos fluxos de usuários no SUS, não para impedi-los.

A questão da escala denota a necessidade de uma dupla solidariedade no SUS. De um lado, deve haver relações de solidariedade entre serviços da mesma escala. É o caso das relações de solidariedade entre agentes comunitários de saúde. Há limites para suas atuações, mas deve haver integração entre eles. O mesmo deve acontecer entre Equipes Saúde da Família, sobretudo entre aquelas cujos limites são compartilhados. Observe-se que isso resolveria parte da dificuldade numérica apresentada, pois tal condicionamento seria flexibilizado pelo

intercambiamento entre as equipes. De outro lado, deve haver relações de solidariedade entre serviços em diferentes escalas. E não se trata de hierarquização, mas de integração, sem a qual não há continuidade da atenção. Não foi por acaso que o Ministério da Saúde inseriu, na última publicação da PNAB, um tópico específico para tratar das funções da atenção primária nas redes de saúde do SUS. Ora, as redes já denotam tal integração, do contrário elas inexistiriam. Conforme a PNAB (BRASIL, 2012, p. 25, grifo nosso), as redes de atenção à saúde

[...] constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde.

Não é preciso insistir que esta complementariedade contribui para unificar o sistema, reduzindo-se suas fragmentações. Isso insere conteúdos novos ao debate do planejamento territorial da atenção primária.

A segunda questão, intimamente relacionada com a primeira, é a intersectorialidade das ações. Serviços de atenção primária devem atuar sobre os contextos de vida e saúde (MONKEN, 2008). E isso supõe avançar as fronteiras que separam a saúde, e especificamente a atenção primária, de outros setores da sociedade e da administração pública. O desencadeamento das ações em atenção primária deve começar pela definição do seu território. Mas existem outros territórios e outros setores historicamente presentes, cristalizados. A intersectorialidade das ações deve começar pela definição da base territorial do serviço. Por isso, a PNAB exige que todos os profissionais da equipe de saúde participem do processo de territorialização, pois deve haver, desde o início, compartilhamento, participação. Dessa forma, cada profissional membro dessa equipe integrada pode participar na identificação de “[...] parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersectoriais” (BRASIL, 2007, p. 45). Note-se que essa é uma responsabilidade comum a todos os profissionais da equipe de atenção primária à saúde.

Os sentidos da territorialização precisam ser devidamente perscrutados, mas o trabalho mais importante deve ser feito sobre seus resultados práticos. Um posicionamento teórico e prático em relação ao tema foi feito em Faria (2011; 2012). Talvez ele se aproxime daquele apresentado por Souza (2004), mas com maior flexibilidade. A proposição pode agregar. Daí a expressão perspectiva, usada intencionalmente no título, faz sentido, pois encaminha tal proposição, sem desconstruir ou fechar. Por isso, de posse das inúmeras experiências positivas feitas em torno da discussão territorial do SUS no Brasil, apresentamos um caminho teórico para a definição dos limites territoriais dos serviços de atenção primária à saúde. E, nesse sentido, esperamos poder agregar.

Reconhecimento dos usos e delineamentos dos perfis do território: uma perspectiva para o planejamento dos limites territoriais de atuação dos serviços de atenção primária à saúde

A perspectiva aqui apresentada foi construída em torno de dois movimentos fundamentais que comunicam teoria e prática, a reflexão e a ação como dimensões integradas do planejamento. O primeiro é o reconhecimento dos usos territoriais. Uma tarefa de delineamento dos usos e identificação dos seus perfis. Portanto, o território é o ponto de partida, não os critérios a serem usados para definir limites. O segundo é a adequação dos serviços de saúde aos territórios reconhecidos pelos seus usos. O que exige a oferta de serviços adequados às necessidades de cada fração do território. Dessa forma, os serviços são organizados para atender às especificidades dos territórios, devem se ajustar a eles e não o contrário.

A inversão da lógica da criação e apropriação para a lógica do reconhecimento e adaptação territorial dos serviços de atenção primária implica inúmeras possibilidades de se fazer. Há uma nítida alteração expressa num movimento do pensamento que busca outro caminho, mas o modo como será descortinado este caminho pode variar. Assim, existem vários modos de se reconhecer o território, ou vários tipos de reconhecimento. Alguns podem privilegiar o dado econômico, outros o dado social e outros ainda o dado ambiental. Cada qual pode gerar uma

feição diferente. Tudo depende, em última instância, do projeto, ou seja, do que se quer fazer, como fazer e porque fazer.

O reconhecimento dos usos do território deve permitir recortá-lo, isso tendo em vista as diferenças entre estes usos. E os recortes, por sua vez, devem oferecer condições para se definir os limites de atuação das unidades de atenção primária. Não há diferenças entre recortes e limites territoriais neste caso, pois um fatalmente implica a presença do outro. Também não há diferenças entre usos e funções, assim como entre funções e feições. Não há separação entre a materialidade e a vida que a anima; objetos e ações, funções e feições, formas e conteúdos realizam-se dialética e sistemicamente (SANTOS, 2004). Daí a possibilidade de pensar os “perfis do território”, pois é um termo que pode ser facilmente associado à ideia de recorte e de feições.

A ideia dos “perfis territoriais” foi apresentada por nós na dissertação de Mestrado como um modo de estabelecer a relação entre a produção do território e a produção da doença (FARIA, 2008). Observou-se que as variações nos modos de uso do território determinam as variações nos modos de produção e distribuição da enfermidade. Dessa forma, o ponto de partida para a construção de uma contribuição geográfica à saúde se fez no sentido de entender os usos do território, uma vez que estes se apresentavam para nós como o conteúdo contextual explicativo da doença e da morte. Assim foi feito, e o território passou a ser tomado como o “laboratório diagnóstico” para se entender essas variações espaciais das condições sociais de saúde. Além disso, o uso do termo perfis territoriais permitia estabelecer uma contraposição clara e objetiva aos chamados perfis epidemiológicos, estes construídos fundamentalmente em torno dos indicadores de doença. Não era intenção negar a existência de um perfil epidemiológico, seria um erro. A contraposição se fazia no sentido de apresentar uma proposta socialmente abrangente para entender as variações das doenças no espaço e não apenas os elementos fisiopatológicos e ecológicos tão brilhantemente estudados na Medicina Clínica e na Epidemiologia.

Posteriormente, em Faria e Bortolozzi (2009; 2012) e Faria (2011; 2012), o termo perfis do território passou a ser associado não apenas em termos de possibilidade para a vigilância epidemiológica propriamente dita, mas também como contribuição para o planejamento e a gestão dos serviços de atenção primária. De fato, os usos do território oferecem um conteúdo interessante para delinear os perfis ou as feições, pois se inscrevem na ontologia das ações e dos objetos (SANTOS, 2004). Feições, delineamentos, contornos, traços e aspecto são algumas das expressões usadas como sinônimo de perfil (FERREIRA, 1999). Em todas parece estar implícita a ideia de recorte ou recortamento, visão a partir de um lado ou de uma perspectiva.

Na Pedologia, por exemplo, os perfis do solo são vistos numa seção vertical, formada por uma série de subseções ou camadas (cada camada correspondendo a um horizonte do solo) sobrepostas ou dispostas paralelamente à superfície do terreno (OLIVEIRA, 2008). Nesse caso, os perfis são definidos pela somatória dessas camadas recortadas de acordo com determinada morfologia. Nas Geociências, de modo geral, o termo perfil é usado tanto para designar o corte de um terreno para mostrar o comportamento altimétrico, como é o caso dos estudos de perfis topográficos; como para designar a representação gráfica de uma seção ou plano vertical das estruturas geológicas de um terreno, como nos estudos dos perfis geológicos (FERREIRA, 1995). Em quase todos os usos da expressão “perfis” nas geociências é comum encontrar termos como seção, corte, camada e feição numa relação sinonímica.

Na Epidemiologia o conceito de perfil está associado às mudanças comportamentais, espaciais e temporais, da morbidade e mortalidade. De acordo com Mendes (2009), os perfis epidemiológicos podem ser associados aos perfis demográficos. De fato, as mudanças na composição demográfica tem forte relação com as alterações epidemiológicas. Mas não só isso. As variações econômicas e culturais entre regiões estão entre os principais fatores a explicar as variações nos perfis epidemiológicos. Os modos de vida, o consumo, as relações de trabalho, o lazer, entre inúmeros outros elementos, causam alterações nos eventos patológicos e incidem no perfil epidemiológico. Determinado perfil epidemiológico se manifesta quando há prevalência de determinada condição patológica em determinada região ou grupo social. Por isso, não há apenas um perfil epidemiológico, mas vários perfis a serem identificados num mesmo espaço. Novamente a ideia de recortamento está presente, pois para se definir o perfil epidemiológico deve-se, antes, recortar um espaço-tempo e um grupo para o

estudo. De fato, tal perfil epidemiológico vai sempre se referir a um padrão de morbimortalidade em determinado lugar, em determinadas condições e em determinado grupo social (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 1999).

A noção de perfil epistemológico foi trabalhada já em 1940 por Bachelard (2009). Para ele, uma única doutrina ou escola filosófica não seria capaz de apreender e entender todos os conceitos ou os conceitos como um todo. Os perfis epistemológicos se referem a um determinado conceito e o modo e a frequência em que tal conceito é abordado pelas diversas ciências. Dessa forma, Bachelard (2009) busca produzir um modelo para entender os perfis epistemológicos dos conceitos trabalhados pelas ciências. Em outras palavras, conforme o estudo histórico e filosófico de um dado conceito, tendo em vista o modo como é abordado pelas diversas ciências e as abordagens ou tendências científicas a seu respeito, é possível encontrar o seu perfil epistemológico. Portanto, os perfis epistemológicos para esse autor se materializam numa escala graduada de concepções sobre um dado conceito⁸. E isso é fundamental para se evitar ou se prevenir certa confusão no uso dos diversos conceitos. Interessante notar que também aqui os perfis são tomados no sentido de gradações, termo que se aproxima do sentido de camadas, zonas ou ainda de recortes. Há um recortamento teórico para se fazer isso, a começar pelo conceito a ser analisado epistemologicamente e depois pelos sentidos que lhe serão atribuídos. O conjunto dessas gradações de sentido é o que permite classificar tal perfil.

De acordo com Mortimer (1995), as ideias de Bachelard são compartilhadas por diversos autores e mesmo anterior a ele é possível encontrar proposições que encaminham para o entendimento dos perfis epistemológicos. O próprio Mortimer (1995) faz um estudo interessante para tentar desmistificar o debate em torno da chamada “mudança conceitual”. A proposta da “mudança conceitual” é uma das mais vigorosas nas pesquisas em educação, sobretudo na educação em Ciências, depois da década de 1970. Está alinhada aos pressupostos teóricos do construtivismo e entende que as concepções sobre o mundo, as coisas e a própria ciência (o senso comum) devem ser mudados conceitualmente mediante o próprio ensino (parte do aluno, mas procura promover uma mudança conceitual neste aluno mediante a aplicação do conhecimento científico). Nesse caso, o ensino será tanto mais eficiente quanto mais for capaz de mudar e incutir nos alunos conceitos propriamente científicos.

A crítica à orientação dada pela “mudança conceitual” levou Mortimer (1995) a propor a noção de “perfil conceitual” em lugar do “perfil epistemológico” de Bachelard. Dessa forma, Mortimer traça outro caminho para mostrar que um mesmo indivíduo ou aluno pode conviver com várias representações sobre um mesmo conceito; não sendo, portanto, necessário que o aluno abandone sua concepção sobre as coisas. Dessa forma, as diferentes interpretações da realidade ou dos conceitos pelo aluno são agrupadas em zonas ou camadas. E cada uma dessas camadas possui características ontológicas e epistemológicas distintas e representam, por fim, o perfil conceitual.

O uso da expressão perfil ou perfis é muito comum nas diversas ciências e mesmo em situações cotidianas do planejamento e gestão pública. Na economia e na administração, por exemplo, são muito comuns os estudos para caracterizar o perfil produtivo, perfil da demanda, perfil do consumo ou perfil da mão de obra. Nem sempre há um estudo para definir tal expressão, simplesmente é usada para dar sentido de especificidade a uma dada situação. O perfil dos consumidores, por exemplo, está normalmente associado às características sociais, econômicas e culturais de um determinado grupo populacional ou de uma dada região. O traçado do perfil permite orientar a produção e o marketing para atender suas características. Veja-se que isso implica certa seletividade e mais uma vez recorte.

Os perfis demográficos são também muito estudados pela geografia ou mesmo pela economia. São importantes para determinar investimentos ou ainda para prever demandas por saúde, trabalho e educação. Um dado perfil demográfico pode ser associado a um dado perfil econômico e sinaliza uma determinada mudança demográfica ou mesmo uma transição

⁸ O próprio Bachelard (2009) traça seu perfil conceitual de massa, inclusive com um modelo de gradação ou de zonas que vão do realismo ingênuo ao racionalismo descritivo.

demográfica. Embora essa seja uma associação perigosa (DAMIANI, 2001), está claro que áreas de menor desenvolvimento terão maiores índices de mortalidade. Contudo, são raros os estudos que se dedicam a explicar os sentidos conceituais do termo “perfil demográfico”. É assim com as ciências de modo geral, provavelmente porque ainda não houve uma indagação mais aprofundada sobre seu sentido; ou talvez porque tal necessidade não houvesse ainda sido apresentada.

Por fim, é possível também encontrar estudos sobre o perfil territorial, embora tenham conotações bem diferentes das que são apresentadas aqui. Normalmente apresentam-se como relatórios de caráter político-administrativo, feitos para determinar as qualidades, sobretudo econômicas, de municípios, regiões ou países. Não há diferença entre um perfil municipal e um perfil territorial nesse caso, e suas variáveis estão relacionadas aos dados socioeconômicos, ambientais e culturais gerais.

Malgrado o uso indiscriminado do termo perfil, aplicado em várias situações, é possível observar grande potencialidade em termos de sentido e de prática. Há certa similaridade, vimos, no seu uso pelas diversas ciências, normalmente ligado às expressões como recortes, camadas, feições, gradações, entre outros. Em todas as situações apresentadas é possível notar que o termo perfil é usado como uma ferramenta de análise e interpretação. Veja-se que em todos os casos o perfil é usado para caracterizar algo como tipo de solo, de rochas, características demográficas, características epidemiológicas, sentidos conceituais, entre outros. A caracterização de determinado perfil deve oferecer sentido de agrupamento, de refinamento para análise e para a coordenação. Em síntese, o perfil deve oferecer sentido de ordem para interpretação de um fenômeno e, ao mesmo tempo, orientar as ações a serem tomadas em relação a este mesmo fenômeno.

O perfil capta a essência, o que é relevante em dada situação e o que permite caracterizá-la. É assim quando se traça o perfil de uma pessoa ou grupo social, de uma doença, de uma cidade, de um solo, por exemplo. As seções ou camadas do perfil serão representadas pelas suas diversidades internas. Não há homogeneidade na busca pela sua caracterização, mas agrupamento para estudo e intervenção.

O uso do termo perfil neste estudo tem forte conotação de corte ou recorte. Acredita-se que ele pode oferecer um conteúdo interessante para estabelecer os limites territoriais de planejamento e gestão dos serviços de atenção primária à saúde. Afinal, em síntese, os limites não se apresentam de outra forma senão como recortamentos, pois se apresentam como linhas que dividem, separam e determinam as ações. Mas na discussão territorial, o sentido dado ao termo perfil é ainda mais interessante, pois o território se define, entre outros, pelos seus limites. As relações de poder conferem condicionamentos sociais, políticos e culturais que expressam, naturalmente, recortamentos, perfis e/ou limites. Um texto esclarecedor sobre essa relação entre território e recorte é dado em Moreira (2007). Segundo ele:

O recorte é o princípio do conceito de território: o recorte qualificado por seu sujeito (o corpo). Qualificado como domínio do seu sujeito – o sujeito do recortamento -, cada recorte de espaço é um território. De modo que falar da relação entre espaço e recorte é uma forma teórica de falar da relação entre espaço e território (MOREIRA, 2007, p. 80).

Para esse autor, há o espaço e seus recortamentos, ou seja, os territórios. Observa-se uma concepção genética do território em Moreira, fundamentada na visão aristotélica-leibniziana, que parte do lugar e do território para o espaço, nessa ordem. De acordo com Moreira (2007), a tradição Kantiana, seguida pela modernidade, inverte essa ordem genética, pois, com ela, se tem o espaço e depois o lugar. Parte-se, portanto, do todo para a parte. Contudo, a tradição geográfica, embora influenciada pela tradição Kantiana, inova essa maneira de entender o espaço, introduzindo, continua o autor, o conceito de recorte. E mais contemporaneamente a leitura geográfica dialetiza essa relação: “o espaço é seu recorte; analisa-se o espaço por meio de seu recorte; de modo que se parte do recorte para o todo do espaço, e deste para o todo da sociedade, na análise espacial desta” (MOREIRA, 2007, p. 80).

Um texto escrito por Meyer (2006) e endereçado aos urbanistas também estabelece essa relação entre o recorte e o território. Utilizando-se das reflexões de Marcel Roncayolo, para quem a cidade é um território que organiza territórios, Meyer mostra a necessidade de se criar peças (recortes) urbanas sobre as quais serão exercidas as atividades do projeto e do

planejamento. E isso se tornou quase imperativo, afirma, pois o caráter disforme, mutável e de complexidade da cidade e do urbano impôs dura queda à ideia do “projeto total” dos urbanistas. Não se pode intervir no território urbano sem recortá-lo, sem reconhecer suas “peças” ou, nas palavras do autor, sem “[...] configurar suas questões a partir de recortes físicos, espaciais, funcionais e temporais no seu novo objeto - o território urbanizado” (MEYER, 2006, p. 40, grifo nosso).

A ideia de recorte, através da qual se está associando a ideia de perfil, está também presente em Santos (1996; 2000; 2004; 2007). O “território usado” já implica certa seletividade e recortamento, pois resulta de processos históricos da produção social do espaço. Os usos serão diferenciados pelo autor de acordo com a capacidade de cada fração (ou recorte) do território em acolher vetores da modernização. Uma avaliação teórica feita por Saquet (2009, p.77) vai afirmar que “Milton Santos recorta o espaço em territórios sem separá-los [...]”. De fato, sobretudo em sua obra “Da totalidade ao lugar” (SANTOS, 2012), este autor mostra como os sistemas de objetos e ações, funcionando sistemicamente, produzem novos recortes para o estudo, permitindo o trânsito entre as diversas escalas, do local ao global e vice versa. Também aqui há uma relação dialética entre as escalas e recortes. Daí a riqueza da sua teoria.

A metáfora ao retorno do território (SANTOS, 1996) foi o modo encontrado pelo autor para contrapor, de forma clara e objetiva, um território contíguo, banal, quadro da vida, sinônimo de espaço humano, espaço habitado, a um território hierárquico, verticalizado, projetado para fora e comandado segundo lógicas distantes ou globalizadas.

É a partir dessa realidade que encontramos no território, hoje, novos recortes, além da velha categoria região; e isso é um resultado da nova construção do espaço e do novo funcionamento do território, através daquilo que estou chamando de horizontalidades e verticalidades (SANTOS, 1996, p. 16, grifo nosso).

No primeiro caso, ou seja, sob o domínio das horizontalidades, tem-se um território compartilhado, com primazia das formas e com a relevância das técnicas. E é isso que dá existência e justifica a acepção a um espaço banal, o território usado. No segundo caso, sob o domínio das verticalidades, tem-se o privilegiamento da informação, com primazia das normas e a relevância da política. Aqui o território se apresenta como recurso e se projeta para fora mediante solidariedades compartilhadas globalmente. Pode-se afirmar, então, juntamente com Souza (2003), que, de um lado, temos os usos do território e, de outro, os abusos do território. Mas não há separação entre uma realidade global e outra local e sim uma relação sistêmica de complementariedade e fragmentação. Os recortes são possíveis, nesse caso, pela relação dialética entre as verticalidades e horizontalidades, elas mesmas se apresentando como um recorte analítico.

Entretanto, há ainda outro modo de ver a questão dos recortes territoriais em Milton Santos. Trata-se da aproximação, já apresentada por nós (FARIA, 2011; 2012; FARIA e BORTOLOZZI, 2012), entre objetos e ações, de um lado, e formas-conteúdo, de outro. De acordo com Santos (2004) a forma sem a ação é um objeto inerte, sem vida. O que confere conteúdo e função à forma são as ações, realizadas num dado momento histórico. A estrutura (vista como a essência ou a totalidade), afirma o autor, necessita da forma para ganhar existência, mas também a existência da forma, como dado social, só se realiza pela ação. Portanto, formas-conteúdo, materializam objetivamente a relação dialética entre sistemas de objetos e sistemas de ações.

As formas são também objetos e condição para realização das ações num dado momento. O conteúdo é dado pela ação que é mutável, novamente conforme o período histórico. Dessa forma, em cada momento, ter-se-á a ressignificação das formas pela ação. Essa dialética é o mecanismo que permite desnudar o conteúdo das formas, pois tal conteúdo é dado pela dinâmica histórica das ações (o que leva à necessidade de considerar o seu caráter de processo). Os usos do território se expressam como formas-conteúdo, pois revelam essa relação dialética entre objetos e ações num dado momento. É por isso que o próprio autor vai afirmar que o território usado torna possível uma geografia totalmente empiricizável, ou seja, possível de ser entendida como objeto espacial e histórico. E qual a relação disso com o debate sobre os recortes e os perfis do território?

Os recortamentos do território urbano e o delineamento dos seus perfis podem ser feitos pelo reconhecimento das formas-conteúdo, pois estas se inscrevem na ontologia dos usos, se assim podemos nos referir. Evidentemente, os usos expressam não apenas ações e não somente objetos, mas objetos e ações como sistema, não como coleções. Uma aproximação com a ideia de perfil pode ser feita porque os usos não serão homogêneos ou homogeneizados. E é exatamente o caráter diferencial das ações, em dado lapso de tempo, o mecanismo que permite pensar os recortes ou perfis. Nesse caso, formas-conteúdo devem revelar em si mesmas as diferentes feições-funções. Evidentemente, o conteúdo, que é a efetivação da ação, se expressa como uma dada função num dado momento. Aliás, o conteúdo pode ser caracterizado exatamente pela sua função. Também as formas, tomadas na sua materialidade, se apresentam como feições, pois devem ser passíveis de serem delineadas. Daí a possibilidade de pensar formas-conteúdo também como feições-funções. E essa aproximação teórica não altera a riqueza conceitual dada pelos sistemas de objetos e sistemas de ações e, materializados, como formas-conteúdo.

Em síntese, se os usos expressam formas-conteúdo, deve ser possível também identificar suas feições-funções. E as feições-funções, vistas em conjunto, podem oferecer um instrumental interessante para recortar e delinear os perfis do território. Ressalte-se o caráter sinonímico dos termos feição e perfil, ao que se agregam os termos camadas, recortes. O próprio autor aplicou o estudo da diferenciação dos usos (das formas-conteúdo) em várias escalas, a exemplo das diferenciações do território brasileiro, em obra que publicou juntamente com Maria Laura Silveira (SANTOS e SILVEIRA, 2006), e através da qual considerou, ou melhor, recortou, os quatro Brasis; e a diferenciação dos usos do território urbano, seja na sua dimensão interurbana ou intraurbana (SANTOS, 2010).

Não há novidade, portanto, no uso do termo perfis territoriais, pois expressam os usos do território. E considerando a dinâmica dos usos, duas questões se apresentam absolutamente importantes para o planejamento dos serviços de atenção primária. Em primeiro lugar, os usos podem não ser duradouros. Ao contrário, sempre que a sociedade sofre uma mudança, afirma Santos (2004), as formas assumem novas funções, novos usos. Estrutura, forma e função se alteram conforme o processo, ou seja, conforme a dinâmica do tempo. Dessa forma, os objetos/feições e, com eles, os recortes, podem ganhar novos conteúdos/funções.

Por isso, os recortes e limites territoriais definidos hoje, podem não ser adequados amanhã. E essa duração é também variável, pois depende da capacidade de cada recorte e uso em deixar-se alterar. Isso mesmo no interior do território urbano. Por exemplo, existem frações do território urbano que são mais cristalizadas, sobretudo as áreas centrais. O estudo de Corrêa (1995) mostra bem isso. Ao contrário, frações localizadas na franja ou borda urbana, sobretudo nas proximidades das principais vias de circulação e mais suscetíveis aos novos investimentos, terão seus usos alterados com mais rapidez. E tanto o tipo, quanto a diversidade de usos dependem inteiramente da capacidade de cada fração em acolher novos investimentos. Fato é que os conteúdos das formas naturais ou artificiais serão alterados pela dinâmica das ações, além ainda das novas formas a serem acrescentadas a cada período histórico. Tais ações serão caracterizadas mais fortemente pelas relações de contiguidade ou horizontalidades, em alguns casos, e mais fortemente pelas relações de hierarquia ou verticalidades, em outros. Ou ainda haverá uma situação de simbiose entre ações dominadas pelas verticalidades e horizontalidades processadas ao mesmo tempo. Nesse caso, estas serão frações do território mais fortemente dominadas pelas contradições e pelos conflitos.

Em segundo lugar, não há homogeneidade de usos. Ao contrário, haverá, ao mesmo tempo, uma variedade e uma sobreposição de usos resultados de ações passadas e presentes. E a densidade e heterogeneidade desses usos serão dadas também pela densidade econômica e populacional. Áreas metropolitanas terão usos mais densos e diferenciados em relação às cidades médias, por exemplo. Mesmo no interior do território urbano podem ser reconhecidas áreas mais densas em termos de usos. O centro abrigará funções mais diversificadas e de comando, ao passo que áreas residenciais periféricas terão usos menos densos e diversificados (CORRÊA, 1995).

De acordo com Carlos (2008), o modo como o uso se dará dependerá dos condicionantes de seu processo de produção, ou seja, dependerá da dinâmica da reprodução do sistema capitalista de produção. De fato, a terra urbana tem um valor que determina o acesso e o tipo de uso. Há também condicionantes políticos e interesses privados de grandes e pequenas

empresas. A configuração territorial, representada por toda espécie de engenharia (SANTOS, 2004), será a expressão desse jogo de forças representadas, de um lado, pela busca da reprodução do capital e, de outro, pela busca da reprodução da vida. Dessa forma, os usos materializam, ao mesmo tempo, a riqueza e a pobreza, o acesso e a exclusão territorial.

De um lado, apresenta-se a dinâmica transitória (possível de alteração a cada nova mudança da totalidade socioespacial) dos usos e perfis do território e, de outro, o seu caráter heterogêneo (variado e sobreposto). Isso traz inúmeras implicações para a prática do estabelecimento dos limites de atuação dos serviços de atenção primária à saúde, entre as quais, duas ganham relevância central. Uma primeira implicação está na necessidade de pensar territórios de dimensões variadas. Não é possível conceber territórios padronizados nessa perspectiva. Evidentemente, se os usos são o ponto de partida e estes são variados, os seus perfis irão se apresentar em dimensões variadas. Não será mais a densidade populacional o critério mais importante, mas a densidade e os tipos de uso. E as unidades de atenção primária devem se adequar aos perfis reconhecidos por esses usos, o que leva a necessidade de alocar serviços para que sejam condizentes com tais perfis.

Uma segunda implicação está na necessidade de rever os limites periodicamente. Não há também um padrão temporal para isso. Novamente, as áreas mais dinâmicas do território sofrerão alterações mais rápidas em seus usos e, conseqüentemente, em seus perfis. Isso deve ser levado em consideração na avaliação e realocação dos limites quando necessário. Um dos grandes problemas em termos de planejamento e gestão territorial dos serviços de atenção primária à saúde é a “cristalização” dos seus limites. Uma vez definidos, raramente se alteram. Contudo, não é possível pensar limites duros, inflexíveis em territórios dinâmicos, fluidos e alteráveis. Além disso, os limites não devem ser pensados como barreiras para a comunicação entre serviços e pessoas. Ao contrário, limites são usados para coordenar as ações, não para limitá-las.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inúmeras contribuições vêm sendo dadas para o planejamento territorial dos serviços de atenção primária à saúde no SUS. Um estudo histórico poderia produzir uma tipologia de modelos. A territorialização é uma proposta ampla, uma técnica e uma política de planejamento e gestão dos serviços de saúde do SUS. Uma avaliação no seu interior poderia encontrar diferentes proposições (uma é a territorialização em Unglert, 1993; outra é a territorialização em Monken, 2003, por exemplo). A territorialização foi discutida neste artigo na sua dimensão conceitual e terminológica. Um estudo prático foi feito pelo autor, mas numa realidade territorial que não pode ser generalizada. Outras proposições teóricas a seu respeito foram utilizadas, mas sempre com o intuito de entender os seus sentidos, não contrapô-los.

O que desencadeia a prática da territorialização? Essa foi a questão apresentada na primeira parte deste artigo. Obviamente, toda territorialização comporta uma relação de poder, uma estratégia e uma apropriação. As proposições teóricas a seu respeito são positivas e amplas: é um poder compartilhado, portanto, é uma construção democrática; a estratégia é múltipla e orientada para as condições sociais de vida e saúde; e a apropriação expressa a responsabilização e o compartilhamento. Contudo, a prática, não raro, reduz a territorialização à apropriação do espaço pelo serviço, tendo em vista uma oferta padronizada e regulada pelos recursos.

Portanto, o serviço é o ponto de partida, a oferta o elemento condicionador e o território o seu resultado. Produz-se, assim, uma tríade (“serviço-oferta-território”) incondizente com as proposições teóricas para uma territorialização ampla. Há, dessa forma, a apropriação do sentido imediato do termo: um agente (o serviço), uma estratégia (adscrição da clientela) e um resultado (os limites). O risco, nesse caso, é uma apropriação-imposição, expressa numa prática burocrática, condicionada temporalmente e relativamente alheia ao território.

A segunda parte deste texto se debruçou sobre a mesma problemática da territorialização, ou seja, sobre a questão do planejamento territorial dos serviços. Em vários aspectos a perspectiva do reconhecimento e adaptação dos serviços aos perfis do território se aproxima daquelas proposições já feitas em torno da territorialização. O reconhecimento dos usos do território já havia sido proposto por Monken e Barcellos (2005), por exemplo. É apenas o encaminhamento das ações e o uso do conceito (de uma territorialização a um reconhecimento-recortamento) o que os distingue. Por isso, ela se apresenta como uma proposição agregadora.

Os perfis são reconhecidos, delineados. Há inúmeras formas de fazê-lo. A base conceitual determina o caminho metodológico para a sua construção. Neste texto observamos um caminho teórico possível entre os conceitos de território, recorte e perfil. Assim, de posse do conceito de território usado em Milton Santos buscamos estabelecer isso teoricamente. Os usos expressam a totalidade do território, todas as ações e todas as formas (SANTOS, 2004). Daí o encaminhamento teórico que se fez entre objetos-ações/formas-conteúdos e feições-funções/recortes-perfis.

Dessa forma, os perfis resultam do delineamento dos usos e indicam os recortes a serem feitos para a alocação dos serviços. Tem-se, assim, uma proposta teórica para o planejamento dos serviços. Sua aplicação foi feita pelo autor num espaço empírico (FARIA, 2012), mas também ela, como qualquer outra proposição, incluindo a territorialização, é uma construção. É sob essa dimensão construtiva que se quis apresentar este trabalho; uma forma de estimular a reflexão sobre outros pontos de vistas, sobre outras perspectivas. Afinal, a perspectiva permite sonhar, vislumbrar, inquietar, sem apontar modelos, sem prescrever, dividir, excluir ou limitar. Nesse sentido, esperamos ter feito jus ao título deste texto.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. S. de; CASTRO, C. G. J. de; LISBOA, C. A. **Distritos Sanitários: concepção e organização**. São Paulo: FSP/USP, 1998.
- ALVARENGA, L. M. de C.; MARTINS, C. L. De que territórios os médicos do Programa Saúde da Família estão falando? Florianópolis, **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 5, n. 17, p. 16-23, 2010.
- ARENDE, H. **Da violência**. Brasília: Editora da UNB, 1985.
- BACHELARD, G. **A filosofia do não: filosofia do novo espírito científico**. 6. ed. Lisboa: Presença, 2009.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CARLOS, A. F. A. **A (Re) Produção do Espaço Urbano**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.
- CORRÊA, R. L. **O Espaço Urbano**. São Paulo: Ática. Série Princípios, 1995.
- CUNHA, J. P. P. da; CUNHA, R. E. da. Sistema Unido de Saúde: princípios. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- DAMIANI, A. L. **População e Geografia**. São Paulo: Contexto, 2001.
- DUARTE, C. M. R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de Saúde brasileiro. Rio de Janeiro, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 443-463, 2000.
- FARIA, R. M. de. **Território Urbano e o Processo Saúde-Doença: perfil territorial da saúde no São Geraldo em Pouso Alegre-MG**. 2008. 175f. Dissertação (Mestrado em Geografia). Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Campinas, 2008.
- FARIA, R. M. de. A territorialização como política e como tecnologia de gestão dos serviços de atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde: análise de uma prática geográfica da saúde. In: BORTOLOZZI, Arlêude (org.). **Cidades reivindicadas: territórios da luta, das utopias e do prazer**. São Paulo: Olho d'água, 2011, p. 29-47.
- FARIA, R. M. de. **A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde: perspectivas de adequação aos perfis do território urbano de Pouso Alegre-MG**.

2012. 315f. Tese (Doutorado em Geografia). Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Campinas, 2012.

FARIA, R. M. de; BORTOLOZZI, A. **Território, poder e produção de doenças: importância da categoria território para a gestão urbana em saúde.** In: II Congresso Internacional & IV Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, Uberlândia, p. 2595-2605, 2009.

FARIA, R. M. de; BORTOLOZZI, A. A territorialização como proposta para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS: análise de uma prática geográfica da saúde. **Rio Claro, Geografia**, v. 37, n. 3, p. 431-444, 2012.

FERREIRA, J. B. Dicionário de Geociências. São Paulo: Armazém ideias, 1995.

FERREIRA, A. B. de H. **Aurélio Século XXI: o dicionário de língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

GIL, C. R. R.. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. Rio de Janeiro, **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

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

GONDIM, G. M. de M. **Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?** 2011. 256f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade.** 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

MAFRA, M. dos R. P.; CHAVES, M. M. N. **Curitiba, Família, Saúde e Desenvolvimento**, v. 6, n. 2, p. 127-133, 2004.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R. A. de; PINHEIRO, R (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC-UFRJ/ABRASCO, 2006, p. 39-64.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

MENDES, E. V. et al (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo, Hucitec, 1993.

MEYER, R. M. P. O Urbanismo: entre a cidade e o território. São Paulo, **Revista da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência.** Ciência e Cultura, Temas e tendências, v.58, p. 38-41, 2006.

MONKEN, M. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância à saúde.** 2003. 170f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

MONKEN, M. Contexto, território e processo de territorialização de informações. Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: BARCELLOS, Christovam (org.). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2008, p. 141-163.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro, **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. CORBO, A. M. D'Andrea; FONSECA, A. F. **O território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 177-224.

MONKEN, M.; GONDIN, G. M. de M. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário de educação profissional em saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 392-399.

- MOREIRA, R. O espaço e o contra-espaço: as dimensões territoriais da sociedade civil e do Estado, do privado e do público na ordem espacial burguesa. In: SANTOS, M. et al. **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lanparina, 2007, p.72-108.
- MORTIMER, E. F. Conceptual change or conceptual profile change? Holanda, **Science & Education**, v.4, n. 3, p. 265-287, 1995.
- OLIVEIRA, J. B. de. **Pedologia Aplicada**. Piracicaba: FEALQ, 2008.
- PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. (org.). **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993, p. 455-466.
- PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa Saúde da Família. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v.2, n. 2, p. 47-55, 2006. Disponível em: www.hygeia.ig.ufu.br. Acessado em: 15 de dezembro de 2010.
- ROUQUAYROL, M.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- SACK, R. Human territoriality: Its theory and history. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
- SAQUET, M. A. Por uma abordagem territorial. In: SAQUET, M.; SPOSITO, E. S. **Território e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular, 2009, p. 73-94.
- SANTOS, M. O retorno do Território. In: SANTOS, M. et al. (org.). **Território: Globalização e Fragmentação**. 4. ed. São Paulo: Hucitec: Anpur, 1996, 15-20.
- SANTOS, M. O papel ativo da geografia: um manifesto. Rio de Janeiro, **Revista Território**, n. 9, p. 103-109, 2000.
- SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: técnica, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2004.
- SANTOS, M. O dinheiro e o território. In: SANTOS, M. et al (org.). 3. ed. **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. Rio de Janeiro: Lanparina, 2007, p. 13-21.
- SANTOS, M. **Da totalidade ao lugar**. São Paulo: Edusp, 2012.
- SANTOS, M. **A urbanização desigual: a especificidade do fenômeno urbano em países subdesenvolvidos**. São Paulo: Edusp, 2010.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 9. ed. São Paulo: Cortez; 2006.
- SOUZA, M. A. A. Uso do território e saúde: refletindo sobre "municípios saudáveis". In: SPERANDIO, A. M. G. **O processo de construção de municípios potencialmente saudáveis**. Campinas: IPES Editorial, 2004, p. 57-77.
- SOUZA, M. A. A. Introdução. In: SOUZA, M. A. A. (org.). **Território brasileiro: usos e abusos**. Campinas: Edições territorial, 2003.
- SOUZA, M. J. L. **Mudar a cidade: uma introdução crítica ao planejamento e à gestão urbanos**. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
- TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. Brasília, **Informe Epidemiológico SUS**, v. 7, n.2, p. 7-28, 1998.
- UNGLERT, C. V. de S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org). **Distritos Sanitários: processo social de mudança nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1993, p 221-235.
- UNGLERT, C. V. de S. **Territorialização em saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente**. São Paulo: Tese (Livre docência). Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 1995.
- VILLAROSA, F. N. Di. **A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1993.