



RIVALDO MAURO DE FARIA

“A TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE: PERSPECTIVA DE ADEQUAÇÃO AOS PERFIS DO TERRITÓRIO URBANO
DE POUSO ALEGRE-MG”

CAMPINAS

2012



NÚMERO: 183/2012

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS**

RIVALDO MAURO DE FARIA

**“A TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE: PERSPECTIVA DE ADEQUAÇÃO AOS PERFIS DO
TERRITÓRIO URBANO DE POUSO ALEGRE-MG”**

ORIENTADORA: PROFA. DRA. ARLÊUDE BORTOLOZZI

Tese de doutoramento apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia do Instituto de Geociências da Universidade Estadual de Campinas para a obtenção do título de Doutor em Geografia na Área de Análise Ambiental e Dinâmica Territorial.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE
DEFENDIDA PELO ALUNO RIVALDO MAURO DE FARIA
E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. ARLÊUDE BORTOLOZZI**

CAMPINAS

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
CÁSSIA RAQUEL DA SILVA – CRB8/5752 – BIBLIOTECA “CONRADO PASCHOALE” DO
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
UNICAMP

F225t Faria, Rivaldo Mauro de, 1975-
A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde: perspectiva de adequação ao perfis do território urbano de Pouso Alegre-MG / Rivaldo Mauro de Faria-- Campinas,SP.: [s.n.], 2012.

Orientador: Arlêude Bortolozzi.
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Geociências.

1. Territorialidade humana – Pouso Alegre (MG) 2. Atenção primária à saúde. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4 Solo – Uso – Pouso Alegre (MG) 5. Divisões territoriais e administrativas. I. Bortolozzi, Arlêude. II. Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Geociências. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em inglês: Territorialization of primary attention to health in the Unique Health System (SUS): perspective of adequacy for the urban territorial profiles of the Pouso Alegre-MG.

Palavras-chaves em inglês:

Human territoriality – Pouso Alegre (MG)

Primary health care

Unified Health System

Land – Use – Pouso Alegre (MG)

Administrative and political divisions

Área de concentração: Análise Ambiental e Dinâmica Territorial

Titulação: Doutor em Geografia.

Banca examinadora:

Arlêude Bortolozzi (Presidente)

Archimedes Perez Filho

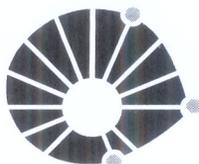
Lindon Fonseca Matias

Otília Maria Lúcia Barbosa Seiffert

Vera Helena Ferraz de Siqueira

Data da defesa: 06/08/2012

Programa de Pós-graduação em Geografia



UNICAMP

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
ÁREA DE ANÁLISE AMBIENTAL E DINÂMICA TERRITORIAL**

AUTOR: Rivaldo Mauro de Faria

A Territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde: Perspectiva de Adequação aos Perfis do Território Urbano de Pouso Alegre-MG

ORIENTADORA: Profa. Dra. Arlêude Bortolozzi

Aprovada em: 06 / 08 / 2012

EXAMINADORES:

Profa. Dra. Arlêude Bortolozzi



Presidente

Prof. Dr. Lindon Fonseca Matias



Prof. Dr. Archimedes Perez Filho



Profa. Dra. Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert



Profa. Dra. Vera Helena Ferraz de Siqueira



Campinas, 06 de agosto de 2012.

Dedico esse trabalho a todos que fizeram parte da minha vida nesse tempo: aos que ficaram e aos que se foram!

AGRADECIMENTOS

Tarefa difícil enumerar as pessoas que contribuíram para a realização desse trabalho. Aqui serão destacadas aquelas que estiveram mais próximas da execução dessa pesquisa, sem jamais esquecer àqueles que indiretamente contribuíram com ela.

Aos meus pais, maior presente de minha vida, por compreenderem minhas ausências;

À Prof^ª. Dra. Arlêude Bortolozzi, pela agradável convivência e competência na condução desse trabalho. Sua orientação foi fundamental, não só para o bom êxito dessa pesquisa, mas para meu posicionamento teórico em relação à ciência e a produção do saber;

Ao Prof. Dr. Archimedes Peres Filho, principal responsável pela minha permanência no Instituto de Geociências da Unicamp;

Ao Prof. Dr. Lindon Fonseca Matias que me permitiu enxergar com outros olhares as ferramentas do SIG. Agradeço ainda a disponibilização das anotações feitas no trabalho por ocasião da qualificação;

À Profa. Dra. Otilia Seiffert, pela contribuição dada tanto no mestrado, quanto, agora, no doutorado. Agradeço também a disponibilização das anotações feitas no trabalho por ocasião da qualificação;

À Valdirene, “Val” e à Gorete, pelas inúmeras atenções e imensa competência;

Ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Pouso Alegre pela enorme contribuição na disponibilização dos dados. Agradeço também as enfermeiras coordenadoras das unidades Saúde da Família, também vinculadas ao mesmo departamento;

Ao Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Pouso Alegre pela disponibilização dos dados epidemiológicos utilizados;

À Prof. Cleides, Secretária Municipal de Educação de Pouso Alegre, pelas inúmeras contribuições;

Por fim, lembro aqui meus amigos e familiares que de forma direta ou indireta estiveram presentes na execução desse trabalho. Obrigado por entenderem a minha distância e o meu silêncio.

“É o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social. O que ele tem de permanente é ser nosso quadro da vida. Seu entendimento é, pois, fundamental para afastar o risco da alienação, o risco da perda de sentido da existência individual e coletiva, o risco da renúncia ao futuro” (Milton Santos).



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde: perspectiva de adequação aos perfis do território urbano de Pouso Alegre-MG

Resumo

Este trabalho foi construído em torno de dois objetivos intimamente ligados: discutir a territorialização como técnica e política de gestão dos serviços de atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e apresentar uma perspectiva de adequação desses serviços aos perfis do território urbano. Os caminhos metodológicos foram construídos a partir das orientações dadas por Maria Cecília Minayo, para as pesquisas qualitativas em saúde, e a categoria território usado em Milton Santos foi tomada como fundamento para a construção da base teórico-conceitual. A pesquisa comunica teoria e prática. Por isso, o território urbano de Pouso Alegre-MG foi definido como local de estudo e aplicação. A reflexão sobre a territorialização da saúde levou a concluir que se trata de uma concepção política e pragmática do território, com dimensão padronizada e elementos burocráticos que fragmentam o sistema de atenção. Como técnica, a territorialização “cria” territórios políticos para a saúde e como inscrição espacial impõe os limites de abrangência para os serviços. O seu ponto de partida são os serviços e o número de habitantes. A perspectiva dos perfis territoriais apontou um caminho diferente. O ponto de partida, nesse caso, deve ser o reconhecimento dos usos do território, através dos quais são identificados os seus perfis. Dessa forma, os serviços de atenção primária devem se adaptar a esses perfis territoriais. Como técnica, essa perspectiva reconhece os usos do território e como inscrição espacial se adapta a esses territórios reconhecidos pelos seus usos.

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



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

**Territorialization of primary attention to health in the Unique Health System (SUS):
perspective of adequacy for the urban territorial profiles of the Pouso Alegre-MG**

Abstract

This work was developed based on two closely connected aims: discuss the territorialization as technique and management policy of the services of primary attention to health in the SUS (Unique Health System) and present a perspective of adequacy of such services for the urban territory profiles. The methodology was researched having the support of Maria Cecília Minayo, for the qualitative research in health, and the territory category used in Milton Santos was taken as foundation for the construction of the conceptual-theoretical support. This research deals with theory and practice, this is why, the urban territory of Pouso Alegre-MG was defined as the venue of studies and application. The reflection upon the territorialization of health lead to the conclusion that there is a political and pragmatic conception of the territory with patterned dimension and procedural elements which divide the system of attention. As technique, the territorialization “generates” political territories for health and as spatial registration enforce the limits of ranges for the services. Therefore, the starting point is the services and inhabitants figure. The perspective of territory profiles have shown a different way. The starting point must be the acknowledgement of the uses of the territory and from them the profiles are identified. This is why the services of primary attention should be adapted to these territory profiles. As a technique, this perspective acknowledges the uses of territory and how spatial register adapts to these territories acknowledge by their uses.

Key words: Territorialization; Primary Attention to Health; Unique Health System (SUS); Used Territory; Territorial Profiles.

SUMÁRIO

Introdução.....	1
------------------------	----------

Capítulo I

O território como categoria de análise em Geografia da Saúde: aproximações conceituais

1.1 A Geografia da Saúde como campo e como possibilidade: colocando as coisas nos seus lugares.....	11
1.2 O território como categoria de análise sócioespacial: apontamentos teóricos e direcionamento necessário.....	17
1.3 O território usado como proposta conceitual para o estudo.....	23

Capítulo II

O território e a territorialização como proposta para a gestão da atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

2.1 Sistema Único de Saúde e as mudanças nas práticas assistenciais.....	34
2.2 Atenção Primária à Saúde (APS) como fundamento e condição para as “novas” práticas em saúde.....	42
2.3 A Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS: a família como estratégia de consolidação da saúde no Brasil.....	49
2.4 A territorialização como proposta para organização e gestão da atenção primária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).....	56
2.5 Territorialização ou “arearização”: considerações críticas.....	63
2.6 A atenção primária, o território e as redes de atenção à saúde: intercambiamentos necessários para a integração das ações do SUS na localidade.....	70

Capítulo III

Os usos e abusos do território urbano de Pouso Alegre-MG diagnóstico da área de estudo

3.1 Contextos dos usos do território urbano de Pouso Alegre-MG.....	91
3.2 A reprodução do território urbano de Pouso Alegre-MG.....	100

Capítulo IV

A territorialização como proposta para a “geografização” da atenção primária à saúde: contexto de implantação na área urbana de Pouso Alegre-MG

4.1 Política da territorialização da atenção primária à saúde no Estado de Minas Gerais.....	112
4.2 Geografia dos serviços de atenção primária à saúde no território urbano de Pouso Alegre-MG: contextos da organização e gestão.....	120
4.3 A territorialização da atenção primária à saúde na área urbana de Pouso Alegre-MG: metodologias e processos de implantação.....	134
4.4 Da teoria à prática da gestão territorial da atenção primária à saúde na área urbana de Pouso Alegre-MG: contexto da implantação dos planos e projetos de territorialização da saúde na localidade.....	149

Capítulo V

Perspectiva de adequação aos perfis do território urbano: da “criação” ao “reconhecimento” dos usos do território e sua importância para a gestão da atenção primária à saúde.

5.1 Da criação e pragmatismo à flexibilização dos limites territoriais: uma dificuldade metodológica ligada ao planejamento e gestão urbana em saúde.....	169
5.2 Da territorialização ao reconhecimento e adequação territorial.....	180
5.3 Usos e perfis do território urbano de Pouso Alegre-MG: perspectiva de adequação territorial das unidades de atenção primária à saúde.....	184
5.4 Usos e perfis do território urbano de Pouso Alegre: perspectiva para o recortamento territorial.....	196

5.5 Territórios integrados da atenção primária à saúde: desenhando a porta de entrada do SUS em Pouso Alegre – uma perspectiva de adequação.....	245
Considerações Finais.....	281
Referências Bibliográficas.....	285
Anexos.....	303

Lista de figuras

2.1 Esquema hierárquico dos princípios doutrinários e princípios operativos do SUS.....	38
2.2 Atributos da Atenção Primária à Saúde.....	46
2.3 Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.....	78
2.4 A estrutura Operacional das redes de atenção à saúde.....	85
3.1 Área urbana de Pouso Alegre e limite municipal no contexto da Região Sul do Estado de Minas Gerais.....	92
3.2 Limites do território urbano de Pouso Alegre e principais vias de acesso.....	102
3.3 Mapa digital de elevação (MDE) e principais rios da área urbana de Pouso Alegre.....	104
3.4 Malha urbana e principais vias de acesso.....	104
3.5 Mapa de zoneamento urbano de Pouso Alegre.....	108
4.1 Distribuição espacial das UBS e ESF no interior das Unidades de Planejamento Administrativo (UPAS) na área urbana de Pouso Alegre.....	125
4.2 Relação de Médicos (a), dentistas (b), enfermeiros (c) e total de profissionais de nível superior (d) ligados à atenção primária por 1000 mil/habitantes na área urbana de Pouso Alegre.....	130
4.3 Territórios de atuação das Equipes Saúde da Família (ESF) e população atendida na área urbana de Pouso Alegre em 2010.....	138
4.4 Limites dos territórios de atuação das ESF 001, 002 e 003: Área urbana de Pouso Alegre em 2010.....	142
4.5 Área de atuação da ESF N° 013 e Microáreas de atuação dos ACS: área urbana de Pouso Alegre.....	147
5.1 Roteiro para realização do passeio no interior do território urbano de Pouso Alegre: malha urbana, vias de acesso e principais eixos de expansão urbana.....	199
5.2 Imagem de satélite do Centro da cidade de Pouso Alegre-MG e seu entorno.....	202

5.3 Imagem parcial do Centro da cidade de Pouso Alegre-MG e seu entorno.....	206
5.4 Recortes fotográficos do Fátima (a) e do Yara (b): área urbana de Pouso Alegre em 2012.....	213
5.5 Imagem aérea do São João (a) e recorte fotográfico de uma área selecionada no seu interior.....	219
5.6 Imagem de satélite do Setor Faisqueira (a) e recortes fotográficos de duas áreas selecionadas (b - c)	223
5.7 Imagem de satélite do eixo Belo Horizonte-Cidade Jardim (a) e recortes fotográficos de suas áreas distintas no seu interior (b - c)	226
5.8 Imagem de satélite do Eixo Sul: vias arteriais, setores urbanos e algumas localidades estratégicas.....	231
5.9 Recorte fotográfico da área urbana do São Geraldo, Pouso Alegre, em evento de alagamento.....	237
5.10 Recorte fotográfico da área urbana do Foch-Mariosa: Pouso Alegre, 2012.....	239
5.11 Recorte fotográfico da área urbana do Santa Rita – Pouso Alegre, 2012.....	241
5.12 Conjunto de casas populares do bairro Jatobá em Pouso Alegre, 2012.....	243
5.13 Perspectiva de recortamento do território urbano de Pouso Alegre e localização das UBS e ESF no seu interior.....	250
5.14 Centro e seu entorno: perspectiva de recortamento do território urbano de Pouso Alegre.....	255
5.15 Densidade demográfica (a) e média de habitantes por domicílio (b) em 2010; e número de nascidos vivos (c) e óbitos por 1000/hab. em 2011 por recorte territorial urbano em Pouso Alegre.....	262
5.16 Distribuição da população urbana de Pouso Alegre por grupos etários selecionados e recorte territorial.....	264
5.17 Índice de mortalidade por grupo etário e recorte territorial urbano de Pouso Alegre.....	266
5.18 Índice de alfabetização por recorte territorial urbano em Pouso Alegre, 2010.....	270
5.19 Índice de cobertura de ESF por recorte territorial urbano de Pouso Alegre.....	272

5.10 Desenho dos territórios de atuação das UBS/ESF na área urbana de Pouso Alegre: uma proposta de adequação territorial.....	274
--	-----

Lista de tabelas

3.1 Índice de crescimento da população do Brasil, Minas Gerais e Pouso Alegre entre 1991 e 2010 (em %).....	94
3.2 Variação nos índices de crescimento da população urbana e rural no Brasil, Minas Gerais e Pouso Alegre entre 1991 e 2010 (em %).....	94
3.3 Produto Interno Bruto (PIB) e valor adicionado (VA) a preços correntes, por estrutura de participação, segundo setores de atividades econômicas de Pouso Alegre entre 2002 e 2008.	98
4.1 População absoluta, população atendida pelas ESF e índice de cobertura das ESF na área urbana de Pouso Alegre entre 2004 e 2010.....	135
4.2 População atendida nas Equipes Saúde da Família (ESF) da área urbana de Pouso Alegre-MG em 2010.....	139
5.1 Distribuição da população e domicílios por recorte territorial urbano de Pouso Alegre-MG.....	257
5.2 Condições dos domicílios por variáveis selecionadas (abastecimento de água, banheiros de uso exclusivo e abastecimento de energia elétrica) e por recorte territorial urbano de Pouso Alegre em 2010.....	268

Lista de siglas

APS – Atenção Primária à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

ESF – Equipes Saúde da Família

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

ESFMG – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

PDAPS – Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde

PMPA – Prefeitura Municipal de Pouso Alegre-MG

RAS – Redes de Atenção à Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UAPS – Unidades de Atenção Primária à Saúde

UPAS – Unidades de Planejamento Administrativo

I

Há seis anos adentrei o campo da Geografia da Saúde no Programa de Pós-Graduação em Geografia do Instituto de Geociências da Unicamp. Foi uma ousadia inicialmente, pois, para mim, tratava-se de algo completamente novo. Contudo, as orientações da Professora Dra Arlêude Bortolozzi foram me dando segurança e a capacidade de enfrentar desafios da professora foi também me contagiando. Comecei a escrever o projeto e me aventurei no mestrado com uma pesquisa que tratava a relação entre a produção do território urbano e a produção da doença. Essa foi a primeira etapa dessa trajetória e ela foi concluída em 2008.

A experiência obtida no mestrado iria determinar a pesquisa que se seguiria no doutorado. Observei que a problemática da doença está também condicionada à problemática da atenção. Em muitos casos, senão na maioria deles, a doença pode ser evitada com uma atenção equitativa e resolutiva. Era um olhar geográfico para essa atenção, mas também vista como um todo complexo, múltiplo e interdisciplinar. Há uma atenção voltada para a doença, para a correção, baseada nos hospitais, nas especialidades. Mas há também uma atenção preventiva, sempre preocupada em evitar a doença. E há, por fim, uma atenção que promove a saúde, atuando sobre os seus determinantes sociais. A Geografia pode adentrar as “múltiplas atenções”, mas, acredita-se: é na dimensão da prevenção e promoção que sua presença se faz mais importante. As práticas corretivas estão mais ligadas à dinâmica médica propriamente dita, ao passo que as práticas de prevenção e promoção envolvem ações bem mais amplas, de cunho, quase sempre, social.

Por isso, passei a refletir sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), na dimensão dos serviços a ele agregados mais diretamente envolvidos com as práticas de promoção e prevenção. Foi assim que me deparei com o estudo do planejamento e gestão territorial dos serviços de atenção primária à saúde.

II

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”¹ 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 e território bem delimitados, pelas quais assume responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações” (BRASIL, 2007b, p.12).

Além de seu papel de porta de entrada e primeiro contato do usuário com o SUS, a atenção primária deve exercer um papel estratégico de coordenação em relação aos demais níveis de atenção, uma vez que os fluxos devem (ou deveriam) passar por ela, ser encaminhados e retornar a ela. Ademais, suas ações devem ser também contínuas e integradas (STARFIELD, 2002). Em primeiro lugar, porque tais ações não se limitam a momentos esparsos da vida ou quando o usuário busca o serviço de saúde já adoentado. A atenção primária é um serviço organizado para as pessoas e não para as doenças (OPAS, 2007). Em segundo lugar, porque devem pensar a saúde como totalidade e como sistema (fato que leva também a necessidade da constituição de redes de atenção).

Com o SUS a saúde se tornou um bem universal, direito de todos e dever do Estado. Tudo isso tudo inscrito na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1989). E a atenção primária passou a exercer um papel estratégico nesse sentido, uma vez que não é possível que o sistema seja universal, equitativo e integrado (princípios doutrinários do SUS) sem que os serviços estejam no território, sem que as pessoas tenham acesso a esses serviços em seus diversos níveis. Não por acaso, a atenção primária é o único nível de atenção do SUS totalmente gerenciada pelos municípios, uma vez que era (e ainda é) necessário descentralizar o sistema para levar os serviços para perto das pessoas.

¹ 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 aceção mais adequada para se referir a esses serviços. Assim, o Ministério da Saúde utiliza a expressão “atenção básica”, ao passo que a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, por exemplo, utiliza a aceção “atenção primária”. Fato que mostra certo desacordo na interior da própria política nacional de saúde. Este estudo utiliza o termo “atenção primária à saúde” por duas razões: primeiro, porque é a expressão mais comumente encontrada na bibliografia internacional (STARFIELD, 2002) e, segundo, porque o estudo se aplica à cidade de Pouso Alegre-MG e, nesse caso, é melhor que se alinhe ao uso feito pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Um dos princípios fundamentais da atenção primária é a adscrição da clientela e a definição das áreas de atuação dos seus serviços. Sem isso suas ações não podem ser contínuas e integradas. Por isso, ainda na década de 1990, início do processo de consolidação 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 de atenção primária à saúde, mas a ideia foi caindo no ostracismo no 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. Constituiu-se, então, em 1994, o Programa Saúde da família (PSF), hoje entendido não mais como programa, mas como estratégia de consolidação do SUS em todo o país (BRASIL, 2007b). A Saúde da Família funciona com um modelo relativamente simples, mas com muitos avanços em termos organizacionais.

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 de Estado para a organização desse nível de atenção em todo o país. Mas, é também uma técnica² utilizada para se delimitar áreas de atuação das unidades de atenção primária à saúde no Brasil, notadamente as unidades de Saúde da Família.

A territorialização pode ser entendida como o processo de apropriação do espaço pelos serviços de atenção primária à saúde (UNGLERT, 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 do seu interior.

² Há certa confusão no uso de certas terminologias ao se definir a territorialização. 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 em suas aplicações. Para se evitar isso, este estudo utiliza o termo técnica ao se referir à territorialização, pois se apresenta como uma proposta de intervenção na realidade, tratando-se muito mais de uma técnica de planejamento e gestão dos serviços de saúde do SUS.

Entretanto, apesar de se apresentar como uma prática geográfica, a política da territorialização carece de um estudo propriamente geográfico. Estranhamente, o geógrafo está relativamente ausente desse processo. Apenas recentemente, com a expansão dos trabalhos de Geografia da Saúde no Brasil, tem-se publicado algumas pesquisas sobre o tema. Porém, tais pesquisas, em sua maioria, não só não debatem teoricamente a territorialização da saúde, como a justificam, criando-se técnicas de territorialização, como as que vêm sendo feitas por pesquisadores da Fiocruz.

Excetuando-se uma pequena crítica feita por Souza (2004), em relação a essa territorialização da saúde, não são comuns trabalhos que debatem essa prática numa outra perspectiva. Daí a importância deste trabalho, pois, olhando sob a dimensão da geografia, pode conceber a territorialização tal como é e, ao mesmo tempo, conceber uma perspectiva geográfica para a gestão territorial dos serviços de atenção primária à saúde no âmbito do SUS.

III

Este trabalho foi construído em torno de dois objetivos intimamente ligados, quais sejam: discutir a territorialização como prática de gestão dos serviços de atenção primária à saúde no âmbito do SUS e apresentar uma perspectiva de reconhecimento e adequação dos serviços de atenção primária à saúde aos perfis do território urbano.

A construção do primeiro objetivo partiu do princípio hipotético de que a territorialização tal como vêm sendo feita se refere mais a um processo de criação de áreas de atuação dos serviços do que mesmo a criação de territórios. São áreas porque são definidas geometricamente a partir do número de habitantes previamente determinado e padronizado para todo o país. Entretanto, tais áreas comportam limites, impõe barreiras e também se expressam a partir de relações de poder. Mas, são relações de poder mão única, promovidas pelo aparelho de Estado. Nesse sentido, a territorialização pode também ser entendida como uma prática ou estratégia utilizada para a criação de territórios político-administrativos da saúde no interior do território urbano. E isso pode ou não significar um problema. Depende dos modos como são criados esses territórios. Daí a importância da análise teórica e prática desse processo.

O segundo objetivo se apresentou como uma resposta alternativa para a gestão territorial dos serviços de atenção primária à saúde. Nesse caso, o princípio hipotético norteador está baseado na ideia de que a adaptação dos serviços aos perfis do território reconhecidos pelos seus

usos pode se apresentar como uma perspectiva geográfica viável para o planejamento e gestão territorial desses serviços.

Algumas intenções específicas podem também ser desdobradas desses dois objetivos principais. Estão relacionadas com o estudo da gestão territorial dos serviços de atenção primária à saúde na área urbana de Pouso Alegre-MG, quais sejam:

a) Discutir a prática da territorialização dos serviços de atenção primária à saúde na área urbana de Pouso Alegre;

b) Mostrar os modos de organização e gestão territorial dos serviços de atenção primária realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Equipes Saúde da Família (ESF) da área urbana de Pouso Alegre;

c) Apresentar uma perspectiva de adequação territorial dos serviços de atenção primária à saúde tendo em vista os usos e perfis do território urbano de Pouso Alegre;

IV

Esta tese se caracteriza por uma escolha metodológica qualitativa. A partir da proposição oferecida por Minayo (2000), para as pesquisas qualitativas em saúde, construímos os principais instrumentos para a realização deste trabalho. Um aspecto interessante na proposta dessa autora é a não exclusão dos dados quantitativos na análise qualitativa. Ao contrário, os dados estatísticos, demográficos ou não, são transformados num *corpus* qualitativo de análise, daí a sua riqueza.

A partir dessa perspectiva metodológica, a primeira preocupação foi encontrar referências bibliográficas que permitisse debater a gestão territorial da saúde em áreas urbanas. Não são muitos os trabalhos sobre territorialização. Há uma documentação oficial expressa em forma de planos e programas governamentais que tratam disso. Porém, de forma extremamente racionalista e relativamente abreviada. Há também pouca bibliografia internacional que trata de uma territorialização da saúde, senão alguns poucos trabalhos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Entretanto, como se trata da análise de uma política de gestão da saúde, são mesmos os documentos oficiais os mais importantes para essa avaliação. As demais referências fazem parte do dia a dia da Geografia e da Geografia da Saúde respectivamente, portanto, fáceis de serem encontradas.

A pesquisa teórica antecede a prática, mas não se limita temporalmente, pois deve acompanhar todo o processo de pesquisa. A pesquisa prática, por sua vez, se realiza a partir da

coleta, análise, e interpretação de dados diversos. Esses foram divididos da seguinte forma: i) dados demográficos, coletados no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); ii) dados socioeconômicos, coletados no IBGE e no Banco de dados do SUS (DATASUS); iii) dados dos serviços de atenção primária à saúde, aqui envolvidos os equipamentos, procedimentos e pessoal. Esses coletados na Secretaria Municipal de Saúde. Uma das grandes dificuldades que enfrentamos no levantamento de dados, mas contornada, é a sua desatualização e o seu formato. Os mais atuais são do DATASUS, mas seu formato e abrangência não são adequados. Os dados do IBGE podem ser encontrados no formato e abrangência adequados, mas são desatualizados. Infelizmente estamos vivendo esse período pós-censo. Então, todos os dados anteriores são desatualizados, mas o mais recente ainda não está totalmente disponível, embora já se tenha passado dois anos de sua realização.

Depois de coletados os dados, passamos a construir, em ambiente de SIG (Sistema de Informação Geográfica), a base cartográfica para as suas representações. Para isso, foi utilizada uma base cartográfica produzida pela Fundação João Pinheiro (FJP) em 2008, na escala 1: 5.000 e um trabalho de aerofotogrametria produzida pela Empresa Base S.A, datada de 2000. A representação em mapa temático é fundamental nesta pesquisa. Afinal, estamos lidando com a definição de áreas de abrangência de unidades de atenção primária à saúde. Mapeamos cada um dos territórios de atuação dessas unidades de saúde, o que foi importante para entender os modos como foram projetados pelo poder público.

Findado esse trabalho com os dados secundários, e, ainda, baseado nas orientações de Minayo (2000), construímos mais dois instrumentos de verificação: a entrevista semiestruturada e a observação sistemática em campo. A entrevista é definida por Minayo (2000) como uma conversa com finalidade. Deve estar atrelada a um objetivo previamente definido e a um roteiro muito bem delineado. Neste estudo, a entrevista foi tomada como um instrumento para se entender os contextos políticos da gestão territorial da saúde na área urbana de Pouso Alegre. A territorialização é uma prática preconizada localmente e deve ser processada mediante decisões locais. Por isso, o seu entendimento deve ser feito a partir do contato com os gestores da saúde na localidade. Dessa forma, o público-alvo para a realização dessas entrevistas, são aqueles que estão diretamente envolvidos com o planejamento e a gestão da atenção primária à saúde na área urbana de Pouso Alegre. A descrição metodológica da entrevista pode ser lida no anexo nº. 04 desse trabalho.

O método observacional é uma técnica simples e eficiente para se reconhecer os usos e variações do território. Pode também ser definida como a observação e registro sistemático de trabalho de campo em caderno de notas ou ainda como um fichamento roteirizado de campo (Minayo, 2000). Essa técnica se aplica bem em pesquisas qualitativas por possibilitar a coleta de grande quantidade de dados e informações de forma direta e objetiva (MONKEN, 2003). A descrição do roteiro de observação com as principais questões levantadas e o fichamento pode ser encontrada no anexo nº. 05 desse trabalho.

Esclareça-se, ainda, a escala e a base conceitual adotadas para realização dessa pesquisa. Quanto à escala, o que a define neste estudo é o contexto da gestão territorial das unidades de atenção primária à saúde em áreas urbanas, notadamente as áreas de atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes Saúde da Família (ESF). Tais áreas podem ter dimensões variadas, mas se expressam como recortes espaciais muito bem definidos no interior do espaço urbano.

O local de aplicação prática da pesquisa é o território urbano de Pouso Alegre-MG. Não é uma escolha aleatória, evidentemente. Há razões que justificam a sua eleição. Deve-se esclarecer que essa área já foi objeto de experiência anterior realizada por ocasião da produção do mestrado (FARIA, 2008). Não se pode negar que isso gerou um arcabouço de condições previamente dadas e que justificou sua adoção também nesse momento. Contudo, não se trata apenas do aproveitamento de um conjunto de experiências acumuladas. O fato de tomar Pouso Alegre como local de estudo está mais relacionado com as suas potencialidades em termos de objetivo da pesquisa do que em termos de praticidade. Citam-se, de modo especial, as políticas que vêm sendo implantadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais para o fortalecimento da atenção primária e a constituição das redes de atenção à saúde em todo o Estado.

Quanto à base conceitual, o que a define é a abordagem territorial utilizada. Afinal, este estudo discute a gestão territorial dos serviços de atenção primária à saúde no âmbito do SUS. Importa, portanto, saber qual a concepção de território melhor se ajusta aos objetivos propostos. Esta pesquisa tratou território urbano a partir de seus usos. Ao fazer isso, definiu-se o conceito de território a ser trabalhado (SANTOS, 1994; 2004; 2006) e, obviamente, a forma como foi analisado. São os usos do território, e não o território em si, que faz dele objeto de análise social (SANTOS, 1994).

Os usos estão relacionados com as diferentes funções e funcionalidades do território. São processos inseparáveis, uma vez que as funções qualificam os usos e esses, por sua vez, revelam o ‘caráter’ das funções. São as diferentes funções/usos do território que permitem definir suas feições, aqui entendidas não como forma, mas como formas-conteúdo (SANTOS, 2004). As feições, por sua vez, devem permitir criar recortes no interior do território urbano. E o recorte por sua vez é o princípio do conceito de perfil. Daí o uso da expressão “perfil territorial”, uma vez que os usos conformam funções e feições, e esses permitem fazer os recortes e estabelecer os perfis do território (FARIA e BORTOLOZZI, 2009).

V

O trabalho foi estruturado em cinco capítulos, todos organizados de modo a tornar possível a relação entre teoria e prática, sem ter que fragmentá-las. Evidentemente, a pesquisa teórica foi feita primeiro, pois ela autoriza a análise prática, mas também essa acabou, em alguns momentos, fazendo retornar à base teórica para refazê-la. Como a pesquisa lida com um campo interdisciplinar, acabamos nos deparando com inúmeros conceitos a serem esclarecidos. Além disso, do ponto de vista da organização do SUS, havia a necessidade de uma discussão mais ampliada a respeito, sobretudo dos modos de organização da atenção primária à saúde no país. Tudo isso fez com que o estudo teórico se estendesse um pouco.

O primeiro capítulo esclarece conceitualmente o território. Por isso, ele apresenta a base conceitual que fundamenta a tese. Tanto o estudo da territorialização dos serviços de atenção primária à saúde, quanto o desenvolvimento de uma perspectiva de adequação desses serviços aos perfis do território passam por aí. Além disso, observamos certa dificuldade para o setor saúde em teorizá-lo. E isso é fundamental, uma vez que o SUS se organiza territorialmente em redes e em escalas territoriais. Ainda neste capítulo, inserimos uma pequena discussão da Geografia da Saúde, como campo de estudo. E era novamente necessário, pois existem inúmeras abordagens no seu interior.

O segundo capítulo discute a territorialização, no contexto do desenvolvimento do SUS, e da atenção primária à saúde no Brasil. Tem um caráter teórico atrelado ao primeiro objetivo desta tese. E essa discussão teórica foi fundamental para embasar o estudo prático da territorialização feita no quarto capítulo. A territorialização é uma política e uma técnica de planejamento e gestão dos serviços de atenção primária à saúde e, como tal, tem enormes implicações na integração das

ações do SUS, na constituição das redes de atenção, na resolutividade e equidade do sistema. Daí a importância do seu estudo.

O terceiro capítulo pode ser entendido como uma breve caracterização de área. O objetivo principal foi apontar os contextos da produção do território urbano de Pouso Alegre e seus principais usos. Neste capítulo, não nos preocupamos com as questões da saúde propriamente e, sim, com a produção do território como um todo. Afinal, é ele que deve fundamentar a discussão prática da territorialização a ser feita no quarto capítulo e a apresentação da perspectiva em torno dos perfis territoriais a ser feita no quinto capítulo.

O quarto capítulo analisou a territorialização à luz daquilo que foi discutido teoricamente no primeiro e segundo capítulos. Antes, porém, reserva um pequeno texto, enfocando a política da territorialização da saúde no Estado de Minas Gerais. Essa política vem sendo implantada em Pouso Alegre. Feito isso, passamos a tratar espacialmente os dados da atenção primária à saúde e a refletir sobre os modos como vem sendo feita a territorialização da saúde nessa cidade. Portanto, este capítulo deve atender, agora sim, do ponto de vista prático, os anseios anunciados no primeiro objetivo dessa tese.

O quinto e último capítulo apresenta uma perspectiva de adequação dos serviços de atenção primária à saúde aos perfis do território urbano de Pouso Alegre. É o capítulo mais extenso e feito sob a dimensão de uma perspectiva, ou seja, sem a pretensão de querer criar um modelo geográfico para se definir territorialmente as áreas de atuação desses serviços. Este capítulo faz também algumas discussões teóricas importantes sobre a dificuldade de se estabelecer limites territoriais, as escalas e a participação popular nessa construção. Depois, adentra o território urbano de Pouso Alegre, para reconhecer especificidades dos seus usos e, a partir destes, apresenta uma perspectiva de recortamento do território. Embora seja apenas uma perspectiva (uma proposição), não foi feita com descuido. O resultado final da discussão dos usos e perfis do território urbano de Pouso Alegre levou a considerar um desenho de como podem se estabelecer territorialmente esses serviços.

Este trabalho se apresenta como uma contribuição geográfica para a gestão dos serviços de atenção primária à saúde em áreas urbanas. Há elementos esclarecedores sobre os usos que se tem feito do termo territorialização e as consequências práticas desses usos. Também a perspectiva apresentada, embora exija, para se tornar viável, uma equipe multidisciplinar e ampla

participação popular, sinaliza um movimento diferente ao que propõe a política da territorialização. E as razões favoráveis ao seu uso são apontadas no último capítulo da tese.

CAPÍTULO I: O TERRITÓRIO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE EM GEOGRAFIA DA SAÚDE: APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS

Um dos aspectos que mais se presa na presente pesquisa é a comunicação entre a teoria e prática. Não só porque são inseparáveis, mas, sobretudo porque se entende que a pesquisa científica (incluindo esta) deve ser realizada ou se traduzir na prática, buscando possíveis respostas às questões sociais que se apresentam. Contudo, conforme Souza (2010), a prática depende da apropriação dos conceitos, ainda que não intencionalmente, pois esses refletem não apenas posicionamentos teóricos e filosóficos, mas também a prática política e, portanto, a prática em relação ao mundo e a sociedade que se apresenta. Por isso, faz-se importante esclarecer quais os conceitos que nortearão este trabalho.

Este estudo se inscreve no debate das questões territoriais da saúde no Brasil, em Minas Gerais e em Pouso Alegre, respectivamente. Há o território como conceito e a saúde como conceito, ambos inscritos no interior de uma temática de estudo que vem se desenvolvendo fortemente no Brasil: a chamada Geografia da Saúde. A tarefa aqui deve iniciar-se pelo esclarecimento desta temática para, em seguida, discutir os conceitos - território e saúde -, que serão utilizados para o seu desenvolvimento.

Este é o objetivo desse capítulo, didaticamente dividido em três grandes eixos, quais sejam: discutir a Geografia da Saúde como temática e campo de estudo; refletir sobre o território como categoria de análise social; esclarecer qual a abordagem territorial será utilizada neste trabalho.

1.1 A Geografia da Saúde³ como campo e como possibilidade: colocando as coisas nos seus lugares.

A Geografia da Saúde pode ser definida como um campo de estudos que “[...] integra e articula saberes diversos, tradicionalmente organizados em torno das Ciências Sociais, das Ciências da Terra e das Ciências da Saúde” (SANTANA, 2005, p. 25). Há a Geografia da Saúde

³ Em estudo anterior (FARIA, 2008) fez-se uma longa investigação histórica da Geografia Médica e da Saúde. A tarefa nesse momento é muito mais teórica e conceitual do que histórica. Caso haja interesse em entender o processo histórico de constituição da Geografia Médica e da Saúde, além das principais abordagens da temática, sugere-se a leitura do primeiro capítulo da dissertação produzida pelo autor.

ou as Geografias da Saúde, mas é uma e a mesma Geografia, diferenciada apenas por se concentrar mais detidamente num campo de análise, embora ela mesma não possa ser pensada independente do todo, de todo o espaço e de todas as relações.

A Geografia da Saúde, como campo e como possibilidade, inscreve-se no processo histórico de evolução da Geografia Médica. Não há consenso no uso do termo “Geografia da Saúde”. Os autores anglo-saxões, por exemplo, usam a expressão Geografia Médica Contemporânea (CURTIS e TACKET, 1996, citado por NOSSA, 2008), para se referir a esse novo momento que se descortina da aproximação entre a Geografia e a saúde. Afinal, a Geografia da Saúde seria uma nova Geografia Médica? Ela a substitui ou se trata de um novo campo?

Essas questões não são apenas terminológicas, mas sim teóricas e metodológicas (PICHERAL, 1992; 1994). Há hoje a convivência entre Geografia da Saúde e Geografia Médica em alguns lugares (por exemplo, pesquisadores da Universidade Federal de Uberlândia) e a sobreposição da Geografia da Saúde à Geografia Médica em outros (por exemplo, pesquisadores da Universidade Estadual Paulista/Presidente Prudente). Um exemplo dessa convivência e sobreposição de termos está presente na denominação dada à Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde – Hygeia -, primeiro periódico dedicado ao tema no Brasil. A dificuldade em dizer o que é uma coisa e outra fica clara no nome dado à revista.

A Geografia Médica como campo de estudos não foi, a nosso ver, sucumbida pela chamada Geografia da Saúde. Trata-se de dois campos de estudos que se comunicam, mas que oferecem possibilidades teóricas e metodológicas diferentes. Em trabalho anterior (FARIA, 2008) foi feito um longo estudo histórico e bibliográfico da Geografia Médica e entre os aspectos mais importantes que se apreendeu na época foi o caráter “geopopológico” dessa vertente. Pode ser essencialmente definida como o estudo geográfico das questões médicas, justificando, assim, a sua denominação. Isso levou a considerar que a Geografia Médica se explica muito mais pelos usos médicos dos conhecimentos geográficos do que pelos usos geográficos dos conhecimentos médicos. Havia a necessidade sanitária (e política) de entender como o fenômeno patológico se comportava geograficamente, ficando obvio que o cerne da questão não era as “geografias”, mas as “patologias”. É por isso que Rojas (1988) vai afirmar que a Geografia Médica foi um campo de estudos realizado essencialmente por médicos, pelo menos até meados do século passado⁴.

⁴ A disseminação da Geografia Médica como campo de estudos propriamente geográfico se dá mais efetivamente a partir de 1949 quando um grupo de estudiosos, entre eles Max. Sorre e Jacques May, se articulou informalmente e criou a Comissão de Geografia Médica e da Saúde. Essa comissão foi posteriormente inserida na União Geográfica

Por isso, os estudos de Geografia Médica serão baseados na ecologia das doenças, como é o caso da Teoria dos Focos Naturais de Pavlovsk (citado por PESSOA, 1978) e os Complexos Patogênicos⁵ de Max. Sorre (SORRE, 1933; 1951). Se fosse necessário definir um objeto para a Geografia Médica este seria a doença e sua manifestação geográfica. E isso é um problema? Não evidentemente. Desde Hipócrates, a dependência espacial do fenômeno patológico é muito bem reconhecida. São estudos importantes, como aquele realizado por Snow (1991) e que, certamente, evitou a morte de milhares de pessoas. No contexto atual, os estudos de Geografia Médica ganham ainda maior importância, uma vez que a doença também se globalizou. Veja-se, por exemplo, o caso da Gripe H1N1. Fica evidente o comportamento climático e sazonal de sua manifestação e a importância da Geografia para o seu controle.

Porém, ao lado dessa virtuosa aplicação dos estudos de Geografia Médica, há também impedimentos que são naturais devido a sua definição, e há problemas derivados das limitações próprias da vertente. Uma das maiores preocupações que se deve ter nesses estudos é o entendimento parcial da realidade. Ao centralizar os esforços na busca do entendimento geográfico da doença, perdem-se de vista os aspectos mais gerais, históricos e sociais que a explicam. Um exemplo simples dessa limitação é o discurso das chamadas doenças tropicais, não que elas não existam, mas é mais do que sabido que os problemas de saúde nos trópicos é muito mais resultado do processo histórico de dominação e subjugação desses povos do que propriamente climáticos. E aqui daria para traçar uma enorme consideração e crítica em torno da chamada Tropicologia Médica, como se houvesse uma medicina diferente nos trópicos.

Na medida em que centraliza sua atenção na doença ou patologia, a Geografia Médica realiza uma análise de alguma forma geográfico-clínico ou clínico-geográfico da saúde. A Geografia Médica se aproxima dos pressupostos centrais presentes na Clínica Médica que é a patologia e seus sintomas. No primeiro caso, buscam-se os aspectos (sintomas) geográficos que explicam a doença e no segundo buscam-se os aspectos (sintomas) fisiopatológicos que explicam a enfermidade. Obviamente a Clínica Médica trata a manifestação da doença “dentro” do indivíduo e a Geografia Médica trata da doença “fora” do indivíduo. Não há similaridade do que

Internacional (UGI) e representou um marco importante desses estudos na segunda metade do século XX (BOUSQUAT e COHN, 2001).

⁵ O conceito de Complexo Patogênico de Sorre abrange não apenas os aspectos físicos da paisagem, mas também os aspectos sociais e históricos (FERREIRA, 1991). No Brasil, houve a maior influência da Teoria dos Focos Naturais de Pavlovsk, graças à vasta influência de Pessoa (1978). Há uma tendência atual em revalorizar a teoria dos Complexos Patogênicos, como a que se lê em Guimarães e Lima (2007) numa clara associação que se faz com as propostas de Milton Santos, a partir do uso da expressão Complexo Técnico-Patogênico Informacional.

fazer e como fazer, mas é o mesmo objeto de investigação. A doença é então investigada do ponto de vista de suas patologias e suas geografias, o que significa que tanto num caso como no outro o esforço é realizado no sentido de entender a manifestação da doença, e, em seguida, criar estratégias para o seu controle e prevenção. Veja-se o caso do excelente trabalho metodológico realizado por Ferreira (2003) para modelagem cartográfica e análise regional de epidemias de dengue na Mesorregião de São José do Rio Preto, São Paulo. Trata-se de um estudo de Geografia Médica, na medida em que o centro da discussão é a doença. O autor se utiliza evidentemente de muitas variáveis para entender essa enfermidade. Mas, o centro da análise não deixa de ser a dengue em seu comportamento espaço-temporal. Ora, repita-se, isso não é um problema, é apenas uma forma de ver e analisar a realidade. Ressalte-se mais uma vez a importância desses estudos para a criação de cenários diagnósticos da doença espacialmente referida. A modelagem da dengue neste estudo, por exemplo, forneceu um cenário muito bem elaborado que pôde ser utilizado pelas políticas regionais de saúde, sobretudo para as práticas de prevenção à doença.

Cita-se essa questão terminológica porque seu uso indiscriminado acaba por encerrar uma confusão metodológica. Veja-se o caso dos artigos de Mazeto (2008); Nossa (2008) e Pickenhayn (2008), todos publicados numa única coletânea organizada por Barcellos (2008). O primeiro começa o texto tratando dos pioneiros da Geografia da Saúde nos séculos XVIII e XIX, como se houvesse uma Geografia da Saúde nesse período. O segundo também não diferencia Geografia da Saúde e Geografia Médica, mas faz evoluções, demonstrando a existência de dois grandes momentos (tradicional e contemporâneo) e diferentes linhas de investigação. Por fim, o terceiro, insere a discussão no contexto das mudanças epistemológicas vividas pela Geografia na segunda metade do século XX e, dessa forma, trata das últimas décadas da Geografia Médica, praticamente apontado o seu fim a partir do advento da Geografia da Saúde. Diante de tal confusão é importante apontar uma direção, sem querer tratar epistemologicamente essas questões aqui.

Acredita-se que qualquer abordagem que toma como fundamento de sua análise única e exclusivamente a doença, trata-se de Geografia Médica Tradicional. Isso não significa, evidentemente, que a Geografia da Saúde não trata da doença. Apenas que, sua abordagem quer responder a aspectos mais gerais, relacionados com a estrutura social como um todo e que explica a doença e a morte. É possível encontrar hoje uma grande quantidade de trabalhos de Geografia

da Saúde, porém, de Geografia da Saúde não tem nada. São estudos de geografia das patologias, pois se aproximam muito mais de uma análise epidemiológica do que propriamente geográfica.

A Geografia da Saúde não deve ser entendida como uma nova ciência em desenvolvimento. Trata-se, isto sim, de um campo de estudos interdisciplinares, envolvendo conhecimentos geográficos e de saúde (SANTANA, 2004; PICHERAL, 1992; PYLE, 1980). Uma forma de explicitar e apagar as incompreensões seria tomar a Geografia da Saúde como a aplicação dos conhecimentos geográficos no entendimento das questões (doenças, serviços, gestão, etc.) da saúde. Assim, as coisas passam a ser entendidas sob e a partir do ponto de vista da Geografia e não da Epidemiologia. Afinal, a importância desse campo de estudo reside exatamente no fato de ser ele uma contribuição geográfica para as questões da saúde. Do contrário seria apenas um estudo epidemiológico vestido à geografia. Ora, os epidemiologistas fazem estudos geográficos, como mapeamento, por exemplo, há muito tempo e muito bem por sinal. Qualquer manual de Epidemiologia reserva pelo menos um capítulo para tratar de questões como análise espacial, Sistemas de Informações Geográficas, Sensoriamento Remoto, entre outros. Ou seja, a Epidemiologia se utiliza da Geografia para discutir a doença em sua manifestação coletiva e nem por isso deixa de ser quem é para se tornar outra. Por que então o contrário não pode ser feito? Ao tomar a doença ou os serviços de saúde como campo de análise, a Geografia deve realizar aquilo que é propriamente geográfico, cumprindo, assim, o papel que lhe cabe na discussão dos problemas de saúde como um todo.

Acredita-se que a Geografia da Saúde como expressão conceitual representa mais fidedignamente o papel da Geografia no debate da saúde no Brasil e no mundo. A incorporação dessa expressão a partir de fins da década de 1970⁶ tinha exatamente como propósito tratar de forma abrangente e integrada os problemas geográficos da saúde. E o movimento sanitário pode ser diretamente responsabilizado por isso, pois trouxe para o debate temas fundamentais e bem “geográficos” como direito à saúde, justiça social, equidade, acesso, entre outros. A partir de então, num movimento parecido com aquele feito por Josué de Castro décadas anteriores (2008), a saúde passa a ser entendida muito mais como um problema social, político e econômico do que propriamente médico. Exatamente por isso, destaca Santana (2004, p. 7), “passou a ser preferido

⁶ De acordo com Junqueira (2009) a expressão Geografia da Saúde passou a ser utilizada a partir de 1976 quando, em Moscou, se fez um pedido para sua inserção junto à Comissão de Geografia Médica da União Geográfica Internacional. Porém, a sua institucionalização se deu em 1992 numa apresentação feita a União Geográfica Internacional em Washington (SANTANA, 2005).

o termo Geografia da Saúde, por melhor expressar quer a sua riqueza metodológica e de objectivos quer porque, de facto, se debruça mais sobre questões de saúde do que sobre questões meramente médicas”. Portanto, o uso da expressão Geografia da Saúde passou a significar a abrangência conceitual em torno de um problema maior, qual seja, a saúde⁷. É assim que Pyle (1980), Picheral (1992; 1994; 2001), Gatrell (2002), entre tantos outros autores, sobretudo franceses, ingleses e norte-americanos, assinalam a necessidade de ultrapassar o debate meramente técnico em saúde, processo inclusive gerador de desigualdades, e a importância de se discutir a problemática das “Geografias da Saúde”.

No Brasil, essa temática ganhou expressão a partir da década de 1990, embora muitos acreditem, inclusive aqui, que a Geografia da Saúde brasileira nasce com Josué de Castro (1968; 2008). Infelizmente foram as obras de Geografia Médica de Lacaz (1972) e Pessoa (1978) as mais divulgadas no meio acadêmico brasileiro, enquanto Josué de Castro caía no ostracismo do período militar. Predominou no Brasil os estudos da ecologia das doenças e as pesquisas em Tropicologia Médica (FARIA, 2008). Mas, já na década de 1980, observa-se a produção de alguns trabalhos, como é o caso de Silva (1985a; 1985b), mais preocupados com a saúde e menos agarrados à geografia das patologias.

A Geografia da Saúde se desenvolve no Brasil num momento importante de debate sobre políticas públicas de saúde, universalização do atendimento e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso fez gerar trabalhos com preocupações diversas, como a relação ambiente e saúde (SABROZA; *et al*, 1992), geografia social da doença (BARCELLOS e BASTOS, 1995; 1996), geografia dos serviços (GUIMARÃES, 1994), gestão e planejamento (UNGLERT, 1993), entre outros. Porém, é no início do século XXI que as pesquisas em Geografia da Saúde começam a se integrar no país através da organização dos Simpósios Nacionais de Saúde, a publicação da Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, além da organização de seminários e encontros de diversas ordens.

Observa-se, recentemente, a preocupação mais sistemática com as questões territoriais da saúde, uma temática fundamental num país de dimensões continentais como o Brasil. E isso se explica quer pelo uso do território pelas políticas públicas de saúde, sobretudo a partir da

⁷ A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde em 1948 como o “completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença”. A partir de fins da década de 1970 observa-se a ampliação do debate em torno do conceito de saúde em grandes conferências internacionais, que passam a discutir o termo sob o ponto de vista das condições sociais, econômicas, políticas e culturais.

implantação do SUS, quer pela maior difusão conceitual do território na Geografia e nas Ciências Sociais como um todo. O território é hoje uma das categorias mais trabalhadas pela Geografia da Saúde brasileira e isso pode ser observado em duas obras recentes organizadas por Barcellos (2008) e Barcellos *et al* (2008), duas das poucas dedicadas à temática da Geografia da Saúde, território e ambiente no país. Há, entretanto, certa confusão conceitual no uso da categoria, expressa, muitas vezes, como uma apropriação teórica superdimensionada.

Apresenta-se, dessa forma, a necessidade de esclarecer o que se entende por território e quais as suas aplicações na prática da pesquisa, do planejamento e da gestão em saúde. Tendo em vista ser este um conceito central para essa pesquisa, faz-se necessário discutir o que se entende por território nesse trabalho. Por isso, reservam-se os dois próximos tópicos para o debate do conceito de território e de território usado como categoria de análise em Geografia da Saúde para então, na sequência, discutir a questão da territorialização como proposta para a gestão dos serviços de atenção primária à saúde no país.

1.2 O território como categoria de análise sócioespacial: apontamentos teóricos e direcionamento necessário

O território talvez seja a categoria mais amplamente discutida e divulgada pelas ciências sociais nas últimas três décadas. Apesar de estar relacionado com a dinâmica do poder (RAFFESTIN, 1993), parece que nenhuma disciplina (e isso é bom) detém o monopólio ou “poder” absoluto sobre a discussão territorial. Por isso, é natural que haja certa ambiguidade no seu tratamento pelas diversas disciplinas da Ciência Humana, o que, por sua vez, também explica as múltiplas abordagens e aplicações que se fazem. Exatamente por isso, o território também passou a ser usado como uma panaceia, como se todos os fenômenos sociais e em todas as escalas pudessem ser entendidos como fenômenos territoriais.

Uma breve investigação etimológica da palavra território pode revelar os significados dessa expressão como “terra pertencente a” - *terri* (terra) e *torium* (pertencente a) -, de origem latina; ou como “*terreo-territor*” (aterrorizar – aquele que aterroriza) de origem grega (HAESBAERT, 2004). Embora se observe uma grande diversidade de aplicação nos diversos campos do saber⁸, existe um componente comum em quase todas as definições de território e se

⁸ Para os antropólogos, por exemplo, o território é tomado no sentido de territorialidade e enraizamento ao solo, diferente do cientista político, para quem os limites do território se confundem com os limites do Estado-Nação ou

refere às relações de poder, sejam elas estabelecidas pela sociedade humana, seja ela estabelecida por uma espécie animal, como no caso de estudos feitos pela Biologia/Etologia. A própria etimologia da palavra, como se viu acima, aponta, seja na origem grega ou latina, para as relações de poder e a consequente delimitação de fronteira.

O território é um “[...] espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder” (SOUZA, 2000, p.78). Essa definição dada pelo autor e que parece se adequar num primeiro momento, sobretudo pela sua objetividade, coloca no plano da discussão duas questões apontadas por ele mesmo num outro momento (SOUZA, 2009): quem domina ou influencia e como domina e influencia no processo de constituição dos territórios. Ao fazer isso, o autor desloca o longo debate em torno do que é ou não é território, para a definição das relações sociais de poder. Da resposta a essa primeira questão (o que é poder?) depende a resposta para a segunda (o que é território?). Assim, as diferentes definições do conceito de território são na verdade diferentes definições de poder, ou pelo menos, diferentes abordagens das relações sociais de poder (alguns, por exemplo, privilegiam os aspectos econômicos, outros os aspectos culturais e outros ainda os processos políticos).

Isso pode explicar grande parte dos equívocos em torno da discussão do território. O principal e mais antigo é o entendimento do território como o limite do Estado-Nação. Não que o Estado não seja uma expressão de território ou de territorialidade. Apenas que, ao entender o território nacional e suas subdivisões como única expressão de território se está negligenciando outras formas de poder e, portanto, de territorialidade e constituição de territórios. Esse entendimento estritamente político do território é derivado da própria história do pensamento geográfico e das ciências políticas e, não por acaso, é o mais utilizado pelos diversos campos do saber e pelo senso comum. É a partir da década de 1950 que a discussão do território como categoria de análise social (e não apenas como categoria das relações entre Estados, tão divulgada na Geografia Política e Geopolítica) se desenvolve a partir das contribuições de diferentes autores como Jean Gottman, Felix Guatarri, Giuseppe Dematteis, Paul Claval, Robert Sack, Claude Raffestin, Massimo Quaini, entre tantos outros, além daqueles teóricos, geógrafos ou não, que indiretamente influenciaram o debate do conceito de território, tais como Henri Lefebvre, Edward Soja, David Harvey, Milton Santos, Yves Lacost, Michel Foucault, etc. Poder-se-ia listar nomes a

ainda os biólogos que tomam o território como forma de entendimento dos comportamentos territoriais de espécies animais, em especial nos estudos de etologia (HAESBAERT, 2004).

perder de vista, cada um representando uma forma de ver e analisar as mudanças históricas que se processam no mundo da vida, os novos arranjos sócioespaciais, as mudanças na dinâmica econômica (cada vez mais globalizada), os novos arranjos políticos regionais e internacionais, a fragmentação da cultura local em detrimento de uma cultura dita global, entre outros fenômenos.

São essas transformações vistas em conjunto que inauguram um “novo tempo” e uma nova sociedade. Há diferentes formas de ver e analisar esse processo, inclusive diferentes formas de conceber tudo isso, haja vista expressões como “Sociedade da Informação” (BELL, 1977), “Sociedade Cibernética” (LEVY, 2001) “Sociedade em Rede” (CASTELLS, 1999), “Meio Técnico-Científico-Informacional” (SANTOS, 1994; 2004), entre outras, e que apontam para as mudanças nas formas de conceber e, portanto, de teorizar a sociedade em suas diversas manifestações. O território foi uma dessas categorias que passou a ser revista ou revisitada, sobretudo pelos geógrafos e sociólogos. O trabalho de Marcos Saquet (2007) mostra como se deu esse processo, inserindo a discussão renovada do território no contexto das mudanças nas formas de conceber a Geografia em diferentes escolas e países a partir da segunda metade do século XX.

Essas mudanças que se processam em diversos níveis e nas diversas sociedades desigualmente geraram novas experiências espaciais e temporais em todos os níveis e escalas. A redução da fricção espacial (HARVEY, 2006) à circulação global de mercadorias, capitais, informações, pessoas, etc. marcam um ponto de inflexão bastante complexo e tem a ver com as mudanças na concepção de território. Não por acaso, alguns teorizaram o fim da histórica (e do tempo) como em Fukuyama (1992) e outros teorizaram o fim dos territórios, como em Badie (1996). Aqui, como em Santos (1996), se defende o “retorno do território”. Fato é que, do território “coisificado”, entendido como área, recursos naturais e limite político do Estado, temos um território-processo ou como quer Haesbaert (2004) um território-rede.

A maior dificuldade e também causa de divergência em relação à categoria território atualmente não é mais tanto o fato de ser entendido como sinônimo de “espaço nacional”. Essa visão equivocada de território e das relações de poder⁹, foi superada, ainda que parcialmente, entre os geógrafos mais críticos, embora esteja distante, veremos, de outros campos do saber, em especial a Saúde Pública. Um dos aspectos mais fortemente debatidos sobre o território e seus derivados territorialização e territorialidade, se refere à materialidade e imaterialidade do

⁹ Vale lembrar, usando das contribuições de Arendt (1985), que poder e violência não só são diferentes, como se opõem. De acordo com a autora, o poder acaba onde começa a violência. Outros autores, em especial Foucault (2008), dão enormes contribuições acerca do conceito de poder.

território, como se vê em Haesbaert (2004; 2007) e Saquet (2007; 2009). O território seria fruto das relações sociais (i) materiais de poder historicamente determinadas, podendo compor ao mesmo tempo, aspectos econômicos, políticos e culturais. Disso deriva várias possibilidades de tratamento do território, em especial o seu caráter transitório, fato que fez alargar a discussão da criação e desaparecimento de territórios através da discussão dos processos de territorialização-desterritorialização-reterritorialização (TDR). Outra consequência dessa abordagem mais híbrida do território refere-se às diferentes escalas de seu tratamento, podendo abranger desde micro territórios¹⁰, que se confundem com as relações cotidianas mais próximas, até territórios em escalas globais, como, por exemplo, os territórios de atuação de grandes conglomerados de empresas.

Uma das explicações para essa maior complexidade no entendimento do território se refere ao advento das redes, agora globalizadas. A sociedade das redes (CASTELLS, 1999) se imporia sobre a sociedade territorial, submetendo o mundo dito zonal ou em mosaico ao mundo reticular, descontínuo e fragmentado. O discurso do desaparecimento dos territórios deve ser inserido nesse contexto. E as reflexões vão se tornando quase avessas, podendo encontrar desde aqueles que opõem redes e território, até aqueles que subordinam as redes ao território (HAESBAERT, 2004). A grande dificuldade derivada disso está em definir o território sob o âmbito dos fluxos, da rapidez e da fragmentação do espaço. Para alguns esse processo levaria ao fim dos territórios, como foi mencionado no parágrafo anterior, e para outros esse processo culminaria com novas territorialidades. Portanto, com novos territórios. É nesse sentido que Haesbaert (2004) defende a sobreposição de territórios e a formação do que chama de multiterritorialidade. O processo de globalização e a consequente integração econômica, política e cultural causaria o desaparecimento de antigas solidariedades e territorialidades. Mas, num processo contrário, levaria à formação de novos territórios ou de múltiplos territórios. Nesse caso, as redes requalificam os territórios, não os substituem. Apenas tornam sua produção e entendimento muito mais complexos, pois são multiescalares e transitórios.

Associado a essa reflexão bastante complexa encontra-se outra não menos importante e também inteiramente ligada a essa discussão sobre redes e território. Trata-se da dificuldade de pensar o território em uma perspectiva idealista, de um lado, e o território numa perspectiva

¹⁰ Souza (2009) usa a expressão “nanoterritórios”, querendo explicitar a possibilidade que se tem hoje de abordar territórios em escalas extremamente reduzidas.

materialista, de outro (SAQUET, 2007). Ideia e matéria também estão relacionadas com a materialidade e imaterialidade do território e são fortemente influenciadas pelas densidades das redes no mundo globalizado. Essa questão pode também encontrar controvérsias bastante significativas como àquela que privilegia os aspectos identitários e simbólicos do território e negligencia os aspectos materiais e aquela que entende o território apenas como substrato físico, esquecendo-se das condições socioculturais de sua produção.

A emergência dessas questões (materialidade e imaterialidade do território, o território como ideia e o território como matéria, a multiescalaridade e transitoriedade do território, território-zonal e território-rede, entre outras) obrigou a produção de propostas mais “flexíveis” para a abordagem territorial. Merece destaque no contexto do Brasil o trabalho desenvolvido por Saquet (2007; 2009), cuja abordagem histórica, relacional, multidimensional e híbrida permitiu grandes avanços na discussão dessa temática no país. Esse hibridismo teórico-conceitual, se assim se pode falar, explica as diferentes possibilidades que se tem hoje de entendimento do território. Mesmo no contexto da Geografia, observam-se variações na forma de concebê-lo, assim como suas aplicações, potencialidades e limitações no estudo de certas realidades.

O trabalho de Haesbaert (2004; 2007), por exemplo, agrupa essas diferentes concepções em dois grandes grupos de referenciais teóricos. O primeiro seria formado pelo binômio materialismo-idealismo, que se desdobra em duas outras perspectivas: i) parcial, na medida que elege ou privilegia uma única dimensão social na produção do território, como a economia, política ou cultura; ii) integradora, envolvendo conjuntamente as dimensões citadas acima. O segundo grupo seria formado pelo binômio espaço-tempo que também se desdobra em duas outras perspectivas: i) seu caráter absoluto ou relacional, físico-concreto ou social-histórico; ii) sua historicidade, se é um componente geral de qualquer sociedade ou se está circunscrito a determinado período de tempo.

Já a proposta de Saquet (2007), desenvolvida a partir de uma vasta literatura internacional, sobretudo italiana, aponta quatro tendências de abordagens do território relacionadas abaixo:

- a) uma eminentemente econômica, sob o materialismo histórico dialético, na qual se entende o território a partir das relações de produção e das forças produtivas;
- b) outra, pautada na dimensão geopolítica do território;
- c) a terceira, dando ênfase às dinâmicas política e cultural, simbólica-identitária, tratando de representações sociais centrada na fenomenologia e,
- d) a última, que ganha força a partir dos

anos de 1990, voltada às discussões sobre a sustentabilidade ambiental e ao desenvolvimento local, tentando articular, ao mesmo tempo, conhecimentos e experiências de maneira interdisciplinar (SAQUET, 2007, p. 15).

Mesmo no contexto do Brasil, podem ser encontradas inúmeras propostas de abordagem territorial, sobretudo com a ampliação desse debate a partir da década de 1990. Seria contraproducente fazer uma lista de autores aqui, haja vista a amplitude da temática e das possibilidades de abordagem do conceito, além da enorme possibilidade que se tem de cometer injustiças numa empreitada como essa. Não seria correto falar, no caso brasileiro, em correntes de análise territorial, embora se verifique grande diversidade na aplicação dessa categoria em obras de diferentes autores¹¹. O que se observa é a influência de alguns autores, sobretudo europeus, na produção bibliográfica brasileira. É o caso de Claude Raffestin, um dos teóricos mais citados na literatura sobre o território no Brasil, em especial a sua obra denominada “Por uma geografia do poder” (RAFFESTIN, 1993). Saquet (2007) apontou essa influência e ao mesmo tempo destacou e importância da leitura dos geógrafos italianos, ainda pouco influentes na literatura geográfica brasileira.

Uma análise mais detida sobre as contribuições teóricas acerca da categoria território no pós década de 1990 no Brasil¹² pode apontar a maior influência de alguns autores nesse debate. O estudo de Saquet (2007) apontou a importância de três geógrafos, são eles: Milton Santos, Rogério Haesbaert e Marcos Saquet (esclareça-se que tal classificação não corrobora com uma posição mais ampla adotada nesse estudo, haja visto a ausência de autores consagrados e negligenciados nessa reduzida lista). Há especificidades na abordagem teórica de cada um e tem a ver com as formas de analisar e pensar a realidade. Não é possível, nem mesmo correto, afirmar que uma definição seja melhor que outra. O que torna uma definição melhor que a outra é a sua aplicação, ou seja, o modo como é usada. De forma muito generalizada, portanto sem a intenção de resumir a teoria presente na obra desses autores, Saquet (2007, p. 122) os diferencia da seguinte forma:

¹¹ É bem diferente, por exemplo, a abordagem territorial presente em Becker (1983), para quem o território deve ser visto sob múltiplas escalas, com acento para o ordenamento político desse território, em relação à abordagem de Ianni (1992) que acentua mais fortemente o caráter econômico capitalista na produção ou desaparecimento do território.

¹² “No Brasil, tanto a expansão como a qualificação de estudos centrados nos conceitos de território e territorialidade ocorrem, principalmente, a partir do biênio 1992-93, com os seminários *internacionais O novo mapa do mundo e Território: globalização e fragmentação*, realizadas em São Paulo e, com a tradução, para a língua portuguesa, do livro de Claude Raffestin, *Por uma geografia do poder*” (SAQUET, 2007, p. 120-121)

Milton Santos elabora uma argumentação de caráter eminentemente epistemológica, pautada em processos sociais e reconhecendo a natureza como um elemento do território; R. Haesbaert faz uma discussão teórica e ontológica centrada na reterritorialização a partir de fatores políticos e culturais, incorporando mais recentemente uma preocupação mais sistemática com a natureza e, M. Saquet efetiva uma discussão teórico-metodológica, destacando a produção do território sob as forças econômicas, políticas e culturais [...].

Essa dinamização das abordagens conceituais, não apenas do território, mas também de outras categorias, está relacionada com as dificuldades de apreensão da realidade complexa que se apresenta. Ocorre que os modelos são instrumentos de abstração dessa realidade, não podendo evidentemente ser tomados como a realidade se si¹³. Exatamente por isso, há a necessidade de esclarecer os sentidos da proposição teórica que se adota e de que maneira essa proposição pode se aplicar melhor ao objeto de estudo que se pretende.

1.3. O território usado como proposta conceitual para o estudo

O presente estudo busca integrar os aspectos da análise territorial (economia, política e cultura), assim como as relações de poder, sem as quais o território inexistiria. Porém, mesmo a análise das relações sociais de poder e as dimensões dessa análise, podem encontrar variações entre autores. Uma forma de resolver isso foi tomar uma referência norteadora, que funciona como veio condutor, de forma que as reflexões sejam encaminhadas por meio dela e encontre nela mesma a medida e a segurança para evitar extrapolações e desvios.

A categoria território em Milton Santos (1996; 2000; 2004; 2007b) é tomada aqui como esse veio condutor ou referência norteadora para o desenvolvimento da pesquisa. Há especificidades em sua definição que se ajustam bem aos objetivos dessa pesquisa, além da vasta influência desse autor nos discursos da territorialização da saúde no Brasil (FARIA e BORTOLOZZI, 2009). Contudo, ao estabelecer esse veio teórico condutor, duas questões se apresentam absolutamente necessárias como modo de esclarecimento. A primeira deve responder o porquê dessa referência e não outra e a segunda deve esclarecer quais os aspectos teóricos presentes nessa referência e que a torna importante para o que se pretende com essa pesquisa.

¹³ Essa reflexão foi feita em sala de aula pelo Professor Dr Lindon Matias Fonseca em sua disciplina “Geotecnologias Aplicadas à Gestão do Território”. É realmente complicado acreditar que nossos modelos e programas darão conta de entender toda a realidade.

Iniciar-se-á pela segunda questão, pois dela depende a resposta da primeira. De acordo com Santos (1996, p. 15) “[...] é o uso do território, não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social”. Para o autor, o território é o quadro da vida, sinônimo de espaço humano, espaço habitado, a arena de oposição e conflitos entre a sociedade civil que generaliza e o mercado globalizado que singulariza. Portanto, está implícita em sua abordagem a relação entre território (efetivamente usado, apropriado) e espaço geográfico, embora estejam ontologicamente separados (SAQUET, 2009). Em Milton Santos há o espaço geográfico e, por conseguinte, o território, entendido como recorte do primeiro¹⁴. Ou seja, “Milton Santos recorta o espaço em territórios sem separá-los, isto é, os territórios estão no espaço geográfico” (SAQUET, 2009, p. 77). Então, o que os diferencia? Por que tomá-los separadamente?

De acordo com Ribeiro (2003, p. 29) o retorno do território em Milton Santos através da noção de território usado deve ser entendido como uma “[...] ponte estrategicamente posicionada entre a teoria crítica do espaço e a ação política”. E, nesse sentido, destaca duas faces dessa “ponte”: a problemática do poder e a problemática da ação. No primeiro caso, há a centralidade da política e as relações de poder derivadas de sua produção e, no segundo caso, há a centralidade da ação, ou dos sistemas de ações, e sua materialização e realização através dos sistemas técnicos. Isso explica, em grande parte, o uso da expressão “território usado”, já que é impossível dissociar a problemática do poder e a problemática da ação dos usos propriamente ditos. Isso esclarece também parte dos equívocos em torno dos conceitos de espaço e território, pois, embora inseparáveis, tratam-se de categorias analíticas diferentes, sobretudo no que se refere à dinâmica das relações sociais de poder.

É então sob a ótica do poder e da ação que o território usado deve ser tomado. Mas que tipo de poder e quais ações estão sendo consideradas aqui? É possível observar em Santos a ênfase nas relações de poder econômica (por exemplo, em obras de 1977, 1979a, e 2007b, entre outras) e política (por exemplo, em obras de 2000, 2006a, 2007a, entre outras), embora as demais instâncias da análise territorial, tais como os aspectos culturais e “naturais”, também estejam presentes. Evidencia-se uma abordagem que integra todos os elementos, todo o espaço e todas as ações, fato que explica a correlação que se faz entre espaço geográfico, espaço banal e território usado. Veja o que diz o autor:

¹⁴ Reside aqui a diferença na abordagem territorial de Milton Santos e Claude Raffestin, já que o primeiro recorta o espaço geográfico em territórios e o segundo transforma o espaço geográfico em substrato para a constituição dos territórios (SAQUET, 2009).

A compreensão do espaço geográfico como sinônimo de espaço banal obriga-nos a levar em conta todos os elementos e a perceber a inter-relação entre os fenômenos. Uma perspectiva do território usado conduz à idéia de espaço banal, o espaço de todos, todo o espaço (SANTOS, 2000, p. 104).

Portanto, não se trata de evidenciar mais diretamente um campo de forças em relação a outro e, dessa forma, categorizar o território a partir de um ponto de vista. Isso levaria àquilo que o próprio autor tanto critica, ou seja, o conhecimento parcial e as intervenções parciais e funcionais sobre a realidade. O projeto de Santos (1994; 2004) é o projeto da totalidade ou talvez da totalização¹⁵. Mas como apreendê-la? Como integrar todos esses elementos?

Há várias questões que poderiam ser tratadas aqui e que encaminhariam a discussão para o campo teórico e epistemológico propriamente dito. Interessa esclarecer como isso se insere na discussão do conceito de território usado. A produção do conhecimento pressupõe a análise e esta, por sua vez, pressupõe a divisão (SANTOS, 2004). O projeto da integração na análise do real a partir do conceito de território usado supõe necessariamente a divisão espacial e temporal do objeto de análise. Porém, o território (assim como o lugar) não é o fragmento, mas a totalidade em movimento. Daí a necessidade de considerar dois movimentos inseparáveis na produção do território: por um lado o movimento do todo e seus impactos seletivos¹⁶ no território e, de outro, o contexto do território e sua relação com o todo. O território usado existe enquanto tal graças a essa relação totalidade-particularidade, num processo constante de reprodução. Isso autoriza também a dizer que o território só pode ser entendido através do conhecimento do mundo como totalidade, agora globalizado. E o mundo como totalidade só pode ser entendido a partir do conhecimento das partes, ou seja, dos territórios como particularidades. Corroborando com essa afirmação, Santos (2000, p. 104-105) vai dizer que “o território usado constitui-se como um todo complexo onde se tece uma trama de relações complementares e conflitantes. Daí o vigor do conceito, convidando a pensar processualmente as *relações estabelecidas entre o lugar, a formação sócioespacial e o mundo*” (grifo nosso). O território usado é então entendido como “o espaço de todas as dimensões do acontecer, de todas as determinações da totalidade social” (SANTOS, 2000, p. 104). Visto dessa forma, ou seja, como totalidade, o território usado torna-se

¹⁵ O autor (SANTOS, 2004) busca, usando das contribuições de Sartre, diferenciar totalidade e totalização. A primeira seria resultado e a segunda seria processo. A totalidade está sempre em movimento, num processo constante de totalização, diz Santos quase repetindo as palavras de Sartre.

¹⁶ Este é o princípio da diferenciação dos lugares, uma vez que “a transformação do todo, que é uma integral, em suas partes – que são as suas diferenciais, dá-se, também, por uma distribuição ordenada, no espaço, dos impactos do todo” (SANTOS, 2004, p. 125).

“[...] um campo privilegiado para a análise, na medida em que, de um lado, nos revela a estrutura global da sociedade e, de outro, a própria complexidade do seu uso” (SANTOS, 2000, p. 108).

Ou seja, o território usado não resulta da totalidade, ele mesmo é a totalidade em movimento. Por isso, ele é revelador da estrutura global da sociedade, não o depósito dessa estrutura global, mas um subconjunto, se assim se pode dizer, dessa mesma e única estrutura que influencia tudo e a todos (SANTOS, 1996; 2004). Isso coloca uma questão fundamental e esclarecedora na sua proposta conceitual e se refere à impossibilidade de entender o território sem considerá-lo no contexto do movimento do mundo, das relações globalizadas, do conjunto de ações (multiescalares, multitemáticas e multitemporais). Porém, num outro extremo, deve-se considerar que a totalidade existe enquanto tal a partir dos movimentos das particularidades, num processo constante de totalização. É nesse sentido que o autor vai afirmar que o território usado é revelador de seu próprio uso. Parece um contrassenso, mas é isso mesmo, o próprio território usado revela-se a si mesmo a partir das ações ou do conjunto de ações que nele se estabelece. E isso é possível porque os usos não são homogêneos, mas diferentes, variáveis no tempo e no espaço e consequência “natural” da forma como as ações são acolhidas e se realizam no território como uma particularidade. É esse processo que autoriza a pensar o território usado como um recorte socioespacial ou como uma unidade espacial, particular e indiviso. É também isso que explica o fato de o autor centralizar a discussão do território a partir dos seus usos, pois só assim ele pode ser tomado como objeto de análise social (SANTOS, 1996).

Contudo, ainda não se explicou a problemática dos usos propriamente ditos. Como eles se realizam e como entendê-los? Os usos se inscrevem na relação ontológica das ações e dos objetos espacialmente referidos e temporalmente datados. Ao discorrer sobre o território usado, Santos (1996) o trata como o quadro da vida, o espaço habitado por todas as ações e todos os objetos em sistema. Daí a correlação mostrada anteriormente com a noção de espaço geográfico, embora devam ser tratados como categorias analíticas diferentes. O entendimento do território a partir dos seus usos coloca no plano a necessidade de considerá-lo como um conjunto formado pelos sistemas de objetos e sistemas de ações (SANTOS, 1996). Os objetos e as ações funcionando em forma de sistema, não como coleções, mas indissociavelmente ligados, de forma que ambos só existem e se realizam juntos. Um aspecto central em sua análise territorial é o dado informacional. A informação se constitui como a técnica das técnicas, porque regula e integra todas as demais. Não há entendimento do espaço e do território em M. Santos sem a consideração

das técnicas, elas mesmas um meio. No contexto atual, o desenvolvimento e o casamento das ciências e das técnicas, produziram uma situação geográfica nova, uma técnica que permite comandar todas as ações e todos os objetos em forma de sistema (SANTOS, 1994; 2004). O autor está se referindo à informação como técnica e como meio, também chamado de Meio Técnico-Científico-Informacional. Nesse momento, os objetos não podem ser entendidos simplesmente como materialidades postas no território, mas sim como objetos técnicos e informacionais. Ou seja, os objetos carregam em si mesmos a informação como dado de sua existência e de sua realização. Também as ações são cada vez mais informadas, fato que permite a coordenação, no tempo e no espaço, dessas mesmas ações em diversas escalas. Por isso, não são ações aleatórias, desarticuladas e independentes. Há uma lógica que unifica e integra tudo isso e a informação é o meio técnico ou o motor, completamente novo, que permite a realização dessa lógica.

Deve-se então perguntar que lógica é essa. Entretanto, a busca detida pela descrição dessa lógica poderia escamotear outra, talvez mais importante. Afinal, se existe uma lógica nova, como ela se realiza? Como ganha existência? O que vem antes, nesse caso, é a análise do meio através do qual esta nova lógica se impõe, não a análise da lógica em si. Isso porque, no contexto atual, o novo meio é também a nova lógica. O meio atual é o Meio Técnico-Científico-Informacional e a lógica atual é a lógica da globalização, que envolve tudo e a todos. Não por acaso, Santos (2004, p. 239) vai dizer que o “Meio Técnico-Científico-Informacional é a cara geográfica da globalização”. Portanto é impossível dissociar a “nova lógica” do “novo meio” geográfico. Ora, isso traz um dado completamente novo na análise do território e é exatamente por isso que o autor vai propor a expressão território usado (usos do território¹⁷). O Meio Técnico-Científico-Informacional é o próprio meio (espaço) geográfico “[...] que acaba por se impor a todos os territórios e a cada território como um todo” (SANTOS, 2004, p. 239). É nesse sentido que os usos acabam se conformando a uma racionalidade vinda de fora, e isso é tanto mais visível quanto mais aberto é o território para acolher esses objetos técnicos “inteligentes”. Este é um dos fatores responsáveis pela diferenciação territorial, na medida em que os vetores da globalização atingem diferentemente (e incompletamente) todos os territórios, embora estejam todos submetidos à mesma ordem.

¹⁷ Há alguns que preferem diferenciar as expressões usos do território e território usado. No primeiro caso tem-se a imposição, de cima, das formas de usos do território e, no segundo caso, tem-se a imposição, de baixo, daqueles que consomem e vivem nesse território. Acredita-se ser improdutiva essa discussão para essa pesquisa, uma vez que o território usado é tomado aqui como uma totalidade.

Juntamente com essa lógica, dita global, há outra, a chamada lógica local ou territorial. Esta última se refere ao que é propriamente local, ou seja, é o quadro da vida e das relações próximas, o espaço das relações sociais concretas. A tentação é grande de opor essas duas lógicas, privilegiando ora a escala local, ora a escala global para a análise (SANTOS, 2004). Afinal, como tratá-las? A questão posta aqui é aquela das diferentes escalas de análise do real, discussão tão complexa empreendida na geografia. A dificuldade não está em delimitar escalas de análise, mas sim de entender como as diferentes escalas se imbricam ou se relacionam.

O global e o local são tratados em Santos (2004) como uma unidade, ou seja, trata-se de uma única realidade. Porém, trata-se de uma realidade múltipla. Portanto, ao contrário da oposição, o autor entende que as diferentes escalas de análise do real são complementares e solidárias entre si. E para resolver a questão analítica dessas diversas escalas de análise do território (uno e múltiplo, o todo e a parte) o autor se utiliza do conceito de redes.

As redes, em Santos (2004), são entendidas não apenas como um dado material, mas, sobretudo, como um dado técnico ou sócio-técnico - produzidas e valorizadas pela ação humana. A noção de redes insere na discussão do território à ação das forças exógenas, estas ligadas aos mecanismos propriamente globalizados e que interferem nas formas de usos do território. De fato, a “existência das redes é inseparável da questão do poder” (SANTOS, 2004, p. 270). Portanto, é também inseparável da discussão do território. Porém, não se deve pensá-lo apenas sob o paradigma das redes, pois o território pode se apresentar como uma revanche, reclamando um mundo de novo tipo, segundo uma lógica local. Por isso, são inseparáveis, no contexto atual, o mundo reticular e o mundo zonal, uma vez que a globalização pode se apresentar também uma “glocalização” (SANTOS, 2006).

São as redes que permitem integrar as escalas e ao mesmo tempo pensá-las como um conjunto. Mas as redes não revelam em si mesmas as condições sociais que se estabelecem entre as diversas escalas. As redes são o meio, talvez o trânsito, não o processo. O processo são as relações sociais que se estabelecem nessas diversas escalas. Como então resolver essa equação? Sabe-se que há a relação entre as diversas escalas na análise do real, mas as redes em si não revelam essas relações, apenas as realizam. Uma forma de resolver isso foi inserir na discussão das redes e, portanto, das escalas, a noção de divisão do trabalho (SANTOS, 2004).

A divisão do trabalho é um dado fundamental para o entendimento das escalas, das redes e do território usado propriamente dito. Por tal divisão entende-se a distribuição social e

geográfica dos recursos numa dada superfície, também chamada de divisão territorial do trabalho. Mas não só isso. A divisão do trabalho deve ser também entendida como a divisão ou repartição do trabalho vivo, também chamado de divisão social do trabalho. Em outras palavras, a divisão do trabalho pode ser definida como a divisão do que fazer e como fazer.

Através da noção de divisão do trabalho, que é uma realidade e uma categoria analítica (SANTOS, 2004), pode-se entender a relação entre uma sociedade dita territorial ou local e uma sociedade dita global. Não há oposição entre um trabalho global e um trabalho territorial, mas há diferenças e conflitos nas formas de fazer e na capacidade de comando do que fazer. Considerando essa realidade única e duplamente existente, o autor vai propor a noção de verticalidades e horizontalidades como forma de pensar analiticamente a divisão do trabalho local e global. “As horizontalidades serão o domínio das contigüidades, daqueles espaços vizinhos reunidos por uma contigüidade territorial e funcional, enquanto as verticalidades seriam formadas por pontos distantes uns dos outros, ligados por formas e processos sociais” (SANTOS, 1996, p. 16). As horizontalidades são caracterizadas pelas ações homólogas e complementares, ao passo que as verticalidades são caracterizadas pelas ações hierárquicas e distantes, ligadas aos centros de comando nacional e internacional. As redes justificam, de alguma forma, a noção de verticalidades, ao passo que as horizontalidades ganham existência a partir do espaço da vida, também chamado espaço banal (território usado).

As redes são fruto das relações globalizadas, comandadas pela lógica do mercado, ao passo que o território usado é o espaço vivido, o espaço das relações sociais próximas. Os conflitos entre redes (verticalidades) e território usado (horizontalidades) se inscrevem no cerne da discussão do poder em M. Santos, processo pelo qual o território é efetivamente produzido. Essas relações de poder são produzidas a partir do controle remoto dos usos, de um lado, e do controle local desses usos, de outro. Os usos, eles mesmos, refletem essas relações de poder em um mundo globalmente interligado e localmente realizado.

Estabelece-se, dessa forma, uma dialética no/do território, “mediante o controle local da parcela técnica da produção e um controle remoto da parcela política da produção” (SANTOS, 2004, p. 273). No primeiro caso, há a primazia das formas e das técnicas e a informação tende a se generalizar e, no segundo caso, há a primazia das normas e a informação tende a se concentrar. A relação entre essas duas forças (centrífugas e centrípetas) constituem o fundamento dos usos, das relações de poder e do território propriamente dito. É assim que se produzem no território as

diferentes densidades e funcionalidades, assim como as incompatibilidades de velocidades, a exemplo de expressões “espaços de rapidez e de lentidão” ou “espaços luminosos e opacos”.

Feita essa breve explanação sobre a categoria território em M. Santos deve-se agora retomar a primeira questão, posta no início desse tópico. Afinal, por que se está usando essa proposta conceitual e não outra? As ponderações feitas até aqui sobre o território usado permitem identificar duas potencialidades no seu uso e que são caras para esse estudo. Essas duas potencialidades podem ser resumidas pela palavra integração. A primeira potencialidade refere-se à capacidade de integrar, na análise do território, os diferentes elementos de sua constituição, tais como a economia, política, cultura e natureza. E a segunda potencialidade refere-se à capacidade de integrar as diferentes escalas de análise do território e de sua constituição, do local ao global. A análise territorial integrada vem sendo desenvolvida e apresentada por Bortolozzi (2009), para quem o território deve ser tomado como um veículo por excelência para a gestão. E a questão da gestão se encontra no cerne da presente proposta - a gestão dos serviços de Atenção Primária à Saúde na área urbana de Pouso Alegre-MG. Não só isso, como também pelo fato de se tratar de uma contribuição geográfica à saúde, há a necessidade ainda maior de uma análise que procure integrar os elementos presentes no território, uma vez que a saúde não pode ser entendida como uma questão fisiopatológica simplesmente, mas como um problema social como um todo.

Há ainda uma última questão que torna a categoria território usado particularmente importante para este estudo. No contexto da saúde pública brasileira, observa-se a convergência por uma abordagem territorial dos problemas de saúde, obrigando à inserção cada vez mais efetiva da categoria território na prática da gestão dos serviços de saúde nos seus diversos níveis. Isso resultou na aproximação da saúde com a geografia no Brasil nas últimas duas décadas (fato extremamente positivo). Porém, tal aproximação parece ser mais forte da saúde em relação à geografia (embora, na maioria dos casos, trata-se de uma aproximação não intencional, não programada e sistematizada). Isso fez com que epidemiologistas, sanitaristas, médicos, assistentes sociais, enfermeiros, entre muitos outros profissionais ligados à saúde, incorporassem conceitos da geografia e os aplicassem na pesquisa e gestão em saúde. Malgrado os aspectos positivos derivados disso, tal movimento (mão única) fez gerar uma série de erros na adoção de termos geográficos na saúde e um deles é o território usado.

A expressão território usado pode ser encontrada em manuais de epidemiologia ou mesmo em programas de governo para a saúde como os que vêm sendo implantados em Minas Gerais

(ESPMG, 2008a). Contudo, acredita-se, tem muitas imperfeições em sua adoção. Por isso a relevância de discuti-lo, seja porque se adapta perfeitamente aos propósitos dessa pesquisa, seja porque merece uma reflexão propriamente geográfica do seu uso e potencialidade para a saúde.

CAPÍTULO II: O TERITÓRIO E A TERRITORIALIZAÇÃO COMO PROPOSTA PARA A GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Este capítulo se associa ao primeiro para debater questões teórico-conceituais e político-estruturais importantes. A proposta é avançar o debate territorial, porém sob o âmbito e contexto da saúde pública brasileira, especificamente da atenção primária à saúde.

O ponto de partida para esta reflexão deve ser o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que ele mesmo se organiza a partir uma estrutura territorial bem definida. Com o SUS a saúde passou a ser considerada um direito de todos e um dever do Estado. E esse caráter universal acabou por impor o território como condição de sua realização. De fato, a existência e os modos de distribuição territorial dos serviços de saúde é condição sine qua non para se alcançar a universalidade da atenção e para fazer valer o caráter de direito à saúde de todas as pessoas indistintamente. Evidentemente, não haverá acesso aos serviços se estes inexistem no território.

O SUS imprime, fundamentalmente, duas grandes mudanças no sistema de saúde brasileiro, uma de ordem prático-assistencial e outra de ordem político-institucional (TEIXEIRA; PAIM e VILASBOAS, 1998). A primeira é representada pelas mudanças nas formas de conceber e entender a saúde, o que fez alterar as práticas assistenciais, sobretudo com o fortalecimento da atenção primária através de programas importantes como o Saúde da Família. A segunda é representada pela formação de um sistema único, ou seja, pela unificação dos sistemas anteriores e também pela sua descentralização, com o progressivo fortalecimento dos municípios. Ambas as mudanças, prático-assistenciais e político-institucionais, explicam a importância do debate territorial da saúde, pois elas mesmas se expressam como mudanças territoriais (FARIA, 2011).

A chamada territorialização da saúde representa diretamente essas duas mudanças, pois se refere a um modo de organização dos serviços de atenção primária no interior de um município. Há aspectos positivos derivados disso, como, por exemplo, a maior preocupação com as desigualdades socioterritoriais em saúde, mas há também problemas, sobretudo relacionados como a interpretação simplificada do conceito.

O território e a prática da territorialização da saúde se colocam como centro das preocupações teóricas deste capítulo, fundamental para qualificar a discussão prática que se fará nos capítulos subsequentes. Dessa forma, uma primeira preocupação - e que se constitui na

primeira parte desse texto - foi entender a constituição do SUS, seus princípios e modos de organização. Feito isso, a reflexão se debruçou na busca do entendimento da atenção primária como nível e estratégia de atenção e seu papel na realização do SUS no Brasil através da sua recente organização - pós década de 1990 - em torno da família. Dado a abrangência e importância para este estudo, foram dedicados dois tópicos (2.3 e 2.4) para tratar essa temática. A territorialização, como prática política e técnica de planejamento e gestão, é tema dos tópicos 2.5 e 2.6. No primeiro, faz-se um estudo analítico-descritivo e, no segundo, um estudo teórico-crítico sobre o tema. Por fim, não seria possível tratar da atenção primária e do território sem falar das redes de atenção à saúde. A atenção primária deve exercer o papel de coordenação das redes e o território é o mecanismo ou conteúdo que permite isso acontecer. Por isso, considerou-se relevante encerrar este capítulo tratando também essa importante questão.

2.1 Sistema Único de Saúde e as mudanças nas práticas assistenciais

O debate da gestão e dos programas de governo para a saúde no Brasil em suas diversas instâncias deve ser feito no contexto da implantação e constituição do Sistema Único de Saúde no país a partir de 1988. Talvez seja adequado situar essa reflexão alguns anos anteriores, final da década de 1970, uma vez que a inscrição do SUS no texto constitucional (BRASIL, 1989) resulta de um movimento social amplo em defesa da reforma sanitária no Brasil e no mundo.

O final da década de 1970 marca um ponto de inflexão em relação à saúde para a sociedade em quase todas as regiões do globo, mesmo no mundo desenvolvido. O entendimento dos problemas sociais e econômicos da saúde vai ganhando expressão no discurso acadêmico e político e a ética do desenvolvimento vai sendo cada vez mais questionada. Torna-se cada vez mais óbvio, diga-se, tardiamente, que as questões da vida e da morte estão muito mais atreladas à desigualdade social do que ao desenvolvimento econômico, pelo menos nos moldes propostos. Vive-se um verdadeiro paradoxo, parecido com aquele tão duramente criticado por Castro (2008), que é marcado, de um lado, pelo fantástico desenvolvimento técnico e científico nas ciências médicas e, por outro, pela sua incapacidade de resolver questões tão simples como, por exemplo, as mortes por diarreias infecciosas. O recurso existe, mas não o acesso, mostrando que a racionalidade do mercado não é a mesma racionalidade da vida humana. É assim, infelizmente, que a saúde também se mercadoriza, tornando a vida uma questão de oferta e procura, juros, royalties, especulação, etc. A ética da modernidade não culmina apenas com problemas

ambientais globais, mas com mortes prematuras, subnutrição, fome, violência, aparecimento de novas doenças como a AIDS e o reaparecimento de doenças potencialmente controladas, como é o caso da Tuberculose.

O final da década de 1970 evidencia muito bem essas questões e se fosse preciso assinalar um momento ou evento símbolo desse questionamento poder-se-ia citar a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 na cidade de Alma Ata (Uzbequistão) como um marco divisório. Nesse evento é produzido um dos documentos mais importantes e influentes nas políticas de saúde em todo o globo, a “Declaração de Alma Ata”. Dessa declaração, extrai-se o bordão tão conhecido “Saúde para Todos no Ano 2000”. Embora isso não tenha se confirmado como se esperava, foi um importante influenciador das políticas públicas de saúde em diversos países, incluindo o Brasil.

“A Conferência enfatiza que a saúde [...] é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores” (OPAS, 1978 s/p).

Há três aspectos indiretamente presentes nesse trecho da declaração e que alimentam o Movimento Sanitário brasileiro na década de 1980, principal responsável pela democratização da saúde pública no país. Primeiro o caráter de direito, portanto de justiça social, que a saúde passa a incorporar. E não se trata de um direito qualquer, mas de um direito fundamental, uma vez que está relacionado com as condições de existência da vida. Segundo, a saúde passa a ser entendida como uma questão social. Por isso, ela se torna uma meta social, não apenas um programa médico-clínico. Como um problema social, a saúde só pode ser entendida e resolvida a partir da integração de diversos setores, como o saneamento básico, moradia, renda, educação, etc. Por fim, ao se constituir como um direito e como uma questão social, a saúde passa a se constituir também como um problema de Estado. De fato, quem melhor que o Estado para fazer valer o direito e ao mesmo tempo integrar os elementos do real para produzir melhores condições de vida e saúde?

Alma Ata se tornou o motor provocador de diversos movimentos sociais em prol da saúde em todo o mundo e o Movimento Sanitário brasileiro não ficou de fora evidentemente. Talvez o Brasil tenha acolhido ainda melhor essas novas propostas, em função dos movimentos políticos de época, relacionados com a redemocratização do país na década de 1980. Entre os aspectos

mais interessantes derivados desses movimentos destaca-se a ampliação da saúde¹⁸ como conceito e as novas propostas assistenciais derivadas disso (MENDES, 1992).

É assim e apresentando-se como uma necessidade da discussão ampliada da saúde que se realiza a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá em 1986. Esta conferência baseou-se nos progressos alcançados com a Declaração de Alma Ata e se apresentou como uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública (OPAS, 1986). Pela primeira vez na história, se organiza uma conferência internacional para tratar de uma temática fundamental para a saúde que é a promoção. E a “Carta de Ottawa” é o documento mais importante produzido nesse evento, constituindo-se também como uma carta de intenções, com forte influência nas políticas públicas em saúde no Brasil.

Poder-se-ia listar uma série de elementos históricos em nível de mundo que influenciou o debate e o movimento pela saúde no Brasil. Porém, isso exigiria um estudo histórico alongado e detalhado que não caberia aqui. A Declaração de Alma Ata e a Carta de Ottawa são os documentos mais representativos porque são recapitulados e discutidos na VIII Conferência Nacional de Saúde do Brasil em 1986. Esse é um dos eventos mais importantes na história recente da saúde pública brasileira, porque dele derivam os pressupostos básicos que serão impressos, posteriormente, na Constituição Federal de 1988. Estes pressupostos estão presentes no Relatório Final dessa conferência¹⁹ (CNS, 1987), propugnando novos ideais de saúde, novas diretrizes para as políticas públicas e, principalmente, o dever do Estado como ente provedor de melhores condições de vida e saúde (MENDES, 1992; PAIM, 1993; FALEIROS, 1995; JORGE, 2006).

É assim, e graças ao Movimento Sanitário, que em 1987 é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), conhecido também como o embrião do SUS e como modelo de passagem ou transição da assistência médica privatista, ligado ao sistema previdenciário, ao sistema universalista, ligado ao Estado de direito (PAIM, 1993). Há, evidentemente, outros

¹⁸ O que se observa é a convergência para uma abordagem mais integrada dos problemas de saúde. Até então se buscava resolver as questões de saúde através da interposição de barreiras que pudessem impedir a relação de causa efeito (MENDES, 1992). Ao que parece a imunização, vacinação, entre outras práticas derivadas da análise monocausal e mesmo os estudos da ecologia das doenças, caracterizados pela multicausalidade, não deram conta de pensar questões mais amplas da saúde (MENDES, 1992).

¹⁹ A influência da Declaração de Alma Ata e da Carta de Ottawa são observados num dos primeiros parágrafos do Relatório Final da 8ª CNS: “Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (CNS, 1987, p.4).

aspectos importantes que se poderiam considerar como, por exemplo, a constituição do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conasems); a situação da recém-democracia oscilando entre os poderes hegemônicos e contra-hegemônicos; os interesses do discurso Neoliberal internacional, etc.

“Esses movimentos culminaram para assegurar na Constituição de 1988 a saúde como direito social universal a ser garantido pelo Estado” (ANDRADE, 2007, p. 38). E isso significou uma mudança radical no tratamento político das questões da saúde, antes entendida como um problema médico e sanitário, agora passa a ser discutida como uma questão social. Veja-se que de um comando centralizado e desintegrado, característica do modelo anterior à Constituição, passa-se a um sistema único²⁰ e descentralizado, entendendo que as ações (promoção, prevenção e reabilitação) nos diversos níveis e escalas, não podem ser tratadas separadamente.

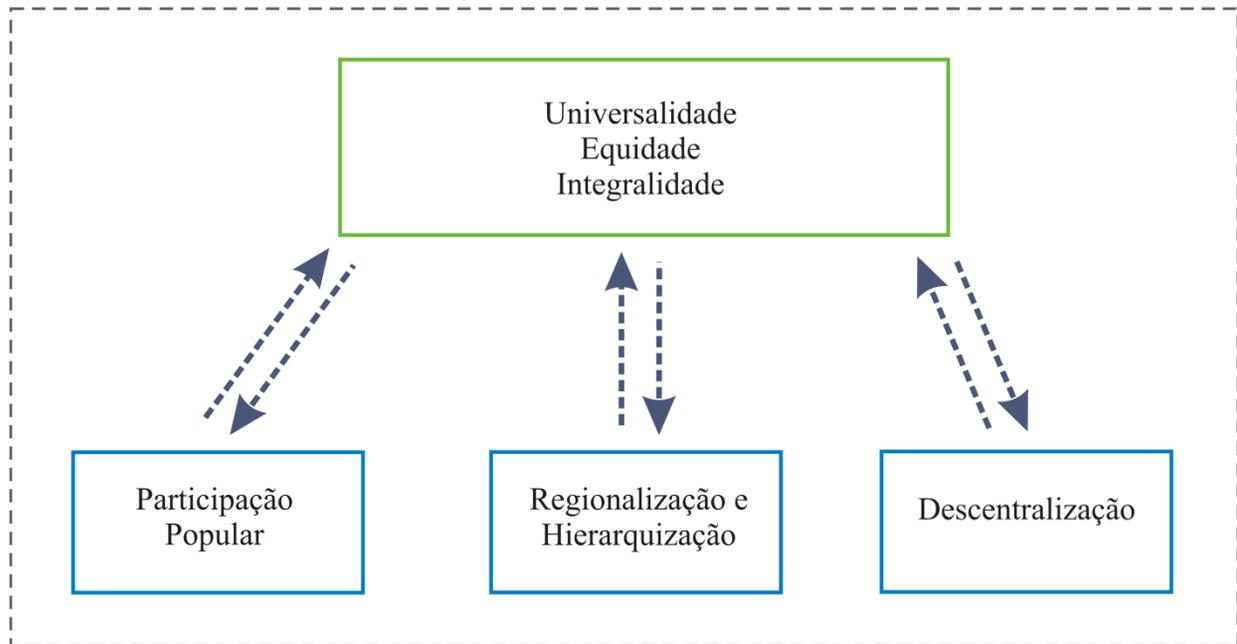
“O Sistema Único de Saúde, o SUS, é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 2000, p. 5). Está inscrito, como já se disse, na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, mas sua institucionalização se dá efetivamente com as leis 8080/90 e 8142/90. Juntamente com essas leis, também chamadas de leis infraconstitucionais, foram criados outros dispositivos legais, como portarias e ementas, que regulam atualmente o SUS. Citam-se, em especial, as Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91; NOB 02/92; NOB 03/93; NOB 04/96); e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e NOAS 02/2002), que são um conjunto de normas responsáveis pela operacionalização, fundamentação e implementação desse sistema em todo o país. Por último, deve-se mencionar o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007a), que é o último dispositivo legal mais importante criado em favor do SUS.

O Sistema Único de Saúde foi estrategicamente organizado em torno dos princípios doutrinários e dos princípios operativos. Os princípios doutrinários funcionam como regedores gerais dos demais princípios, significando que tudo deve convergir em direção a eles, ou seja, deles dependem os demais princípios. Os princípios operativos são princípios práticos, que devem ser operados para que se faça valer os princípios doutrinários. A figura 2.1 ilustra isso,

²⁰ Antes disso existia um ‘duplo comando’ na área da saúde, pois o Ministério da Saúde cuidava das ações preventivas e o Ministério da Previdência Social incumbia-se pela prestação dos serviços médicos curativos (BRASIL, 2000, p. 6)

mostrando que esses princípios funcionam conjuntamente e são dependentes uns dos outros para sua realização:

Figura 2.1: Esquema hierárquico dos princípios doutrinários e princípios operativos do SUS



Fonte: Adaptado de Cunha e Cunha, 2001, p. 300.

Ao avaliar os processos constitutivos do SUS, Cunha e Cunha (2001) chamam a atenção para três aspectos que o caracterizam e que respondem pelos novos ordenamentos políticos para a saúde pública brasileira a partir da década de 1990. O primeiro e mais importante, pode ser caracterizado pelo entendimento ampliado da saúde, que passa a ser equiparada às condições de vida de modo geral. Por isso, ela é inserida na constituição e demais leis como uma coisa muito mais ampla, relacionada com as condições sociais. E isso está explicitado nos princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade), indicando que todo cidadão tem direito à saúde, que a mesma deve ser tratada no contexto da organização social, sendo, também, reflexo direto das desigualdades sociais. O segundo é caracterizado pelo caráter de sistema, ou seja, de integração do setor saúde com outros setores da própria saúde e da sociedade. A noção de sistema leva a necessidade de pensar as escalas ou de propor uma hierarquia para a organização da saúde no país, derivando daí a necessidade da descentralização do setor, dando cada vez mais importância ao Município como ente gestor do SUS. Por fim, o autor destaca a unicidade do sistema, ou seja, a capacidade de integrar as diversas ações (promoção, prevenção e recuperação), os diversos setores e as diversas escalas numa única arquitetura, formando um único sistema para

a saúde, podendo também ser entendido como sistema único descentralizado. Isso justifica, de alguma forma, a expressão “Sistema Único de Saúde”, indicando que é único não apenas porque todos os serviços públicos de saúde fazem parte do SUS, mas principalmente porque todos devem ter acesso à saúde (universalidade); esse acesso deve ser equitativo, ou seja, deve considerar as necessidades das pessoas e oferecer atendimento integral a essas necessidades (equidade) e, por fim, todos os serviços e todo acesso devem, ou, pelo menos, deveriam, ser integrados (integralidade). É esse sistema que é único só se torna possível a partir do processo de descentralização integrada da saúde, a regionalização e hierarquização integrada dos serviços conforme sua complexidade e, por fim, pela integração da participação popular no processo de gestão.

Do ponto de vista de sua organização jurídica, o SUS pode ser considerado um dos maiores avanços nas políticas sociais brasileiras, reconhecido internacionalmente como um dos programas mais avançados em políticas públicas até então adotada em um país democrático. De fato, quando se compara as condições de saúde no Brasil na década de 1980, antes da criação do SUS, com as condições de saúde na primeira década desse século, torna-se difícil a contestação (TEXEIRA; PAIM e VILASBOAS, 1998). Também é inquestionável a maior efetividade do sistema, que é aberto para o acesso de qualquer cidadão que dele queira fazer uso. Porém, numa análise mais cuidadosa, como fez Paim (2004), pode-se observar que há um longo caminho a percorrer, os ideais de saúde discutidos na VIII Conferência e no Movimento Sanitário não se confirmaram e as iniquidades em saúde ainda são graves no país.

[...] filas vergonhosas para a assistência médica desde a madrugada ou o dia anterior; descortesia nos guichês dos Sames de hospitais e unidades de saúde; desatenção de seguranças, recepcionistas, auxiliares e profissionais de saúde diante de pessoas fragilizadas pelas doenças; corredores superlotados de macas nos serviços de pronto-socorro; disputas por fichas para exames complementares tantas vezes desnecessários; longas esperas em bancos desconfortáveis para a realização de uma consulta ou exame; ‘via crucis’ do paciente entre diferentes unidades de saúde, médicos e especialistas; ‘cortejo fúnebre’ de vans e ambulâncias em frente aos hospitais públicos para transferência de doentes e familiares de outros municípios; pagamento por consulta e exames em clínicas particulares de periferias por preços ‘módicos’ ou ‘por fora’ nos serviços do SUS; mercantilização da doença e do sofrimento

por planos de saúde e prestadores privados; discriminação dos usuários do SUS em clínicas e laboratórios contratados ou hospitais universitários e filantrópicos por meio de ‘dupla entrada’ e do confinamento em instalações de segunda categoria (PAIM, 2004, p. 26).

Não é difícil enumerar os problemas no atendimento à saúde no Brasil. Na verdade, basta um “passeio” em qualquer Pronto Atendimento para verificar que o sistema não é integrado, os melhores serviços ainda são centralizados e se está longe, muito longe, da universalização do sistema. Há, infelizmente, uma grande distância entre a teoria e a prática, a lei e seu pleno cumprimento. É por isso que se observa atualmente a convergência não mais pela produção de legislação para instauração do SUS, mas sim o cumprimento da lei e das propostas de governos criadas nesses mais de 20 anos da realização da constituinte no país.

Malgrado os muitos problemas, há aspectos positivos, como já se disse, que se deve considerar. Cita-se em especial a descentralização da saúde no Brasil, representada não apenas pela descentralização dos serviços, mas também pela descentralização administrativa e financeira. Acredita-se, juntamente com Noronha *et al* (2004), que a descentralização seja uma das principais mudanças na organização da saúde pública brasileira a partir da implantação do SUS, haja vista ser realmente improvável alcançar a universalidade do acesso e equidade na oferta sem que os serviços estejam próximos das pessoas. Não por acaso, a descentralização está presente na Constituição (Art. 198, I) como a primeira diretriz para se alcançar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada. E não só isso, o texto constitucional vai além ao defender a direção única do SUS em cada esfera do governo, autorizando, dessa forma, certo grau de independência na gestão dos serviços de saúde pelos Municípios, Estados e União.

A descentralização marca um movimento forte, ainda hoje presente, em prol do município como ente gestor do SUS. Costa (2001) observou isso num estudo onde compara os gastos com saúde pelos Municípios, Estados e a União no Brasil. Segundo o autor, os Municípios tiveram aumento dos gastos com saúde muito superior às demais instâncias do governo, apontando que a descentralização pode ser entendida também como um processo de municipalização em saúde. Esse processo fez gerar o que mesmo autor chama de “socialização do poder”. Ora, a descentralização é um dos pressupostos básicos para a participação social na gestão, pois está claro que para haver participação, os serviços e as ações precisam ser realizados na proximidade dos usuários, ou melhor, dos cidadãos que usam os serviços (AMANTINO-DE-ANDRADE e ARENHART, 2004). Por isso, um dos dispositivos fundamentais na arquitetura do SUS é a

formação de Conselhos de Saúde nas diversas instâncias da gestão dentro da federação. E os conselhos devem, de acordo com a lei 8.142/90 (BRASIL, 1990b), ser compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, representantes dos profissionais e representantes da comunidade usuária. Estes últimos terão participação paritária conforme orienta a mesma lei. Na medida em que a participação ganha status legal, torna-se também uma exigência para qualquer responsabilização municipal pelos serviços de saúde. Há, dessa forma, um casamento entre descentralização e participação popular, na medida em que a participação é pré-requisito para a descentralização/municipalização e vice versa.

Os aspectos jurídicos e administrativos do SUS permitem duas modalidades de habilitação dos municípios ao sistema, quais sejam:

[...] a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal. No primeiro caso, o município assume as responsabilidades e recebe os recursos fundo a fundo para com a atenção básica à saúde. No segundo caso, responsabiliza-se pela totalidade dos serviços de saúde, o que pressupõe alta capacidade técnica e administrativa, sendo que os recursos devidos também são transferidos fundo a fundo (BRASIL, 2000, p. 23).

A maior parte dos municípios brasileiros se enquadra no primeiro caso, sendo mais comum que os municípios de grande porte assumam a gestão plena do sistema. Isso ocorre porque as cidades menores normalmente acorrem às cidades maiores para obter atendimento em sistemas de alta complexidade, configurando, assim, uma verdadeira regionalização dos serviços e dos espaços da saúde no país.

A atenção primária ou atenção básica à saúde é administrada pela maioria dos municípios brasileiros e existem algumas razões para isso. Primeiramente, porque esse nível de atenção deve trabalhar essencialmente com problemas de ordem primária, ou seja, deve se dedicar às ações menos complexas do ponto de vista técnico e, mais detidamente, às ações de prevenção e promoção da saúde. Por isso, é essencial que esses serviços sejam administrados e instalados no contato com a população ao qual se destina, facilitando o entendimento das suas condições de vida e saúde e o direcionamento das ações a serem tomadas. Segundo, porque, de fato, em escalas menores, as práticas da gestão são mais eficientes, inclusive com redução dos custos dessas ações.

Embora, como já se disse, entre a teoria e a prática a distância seja ainda grande, é incontestável o movimento que se faz no Brasil hoje pela ampliação da responsabilização do

município na gestão da saúde, em especial, da atenção primária (PROTI; MARQUES e RIGHI, 2004). E é nesse contexto municipalizador do SUS que a territorialização ganha destaque como política de planejamento e gestão dos serviços de atenção primária à saúde. Interessa aqui, portanto, a discussão desse nível de atenção e dessa prática ou estratégia de planejamento e gestão denominada territorialização.

2.2 Atenção Primária à Saúde (APS) como fundamento e condição para as “novas” práticas em saúde

A atenção primária à saúde (APS) é o nível de atenção diretamente ligado às ações sobre as condições de vida e saúde da população. Difere dos demais níveis de atenção como o secundário e o terciário²¹, exatamente pelo fato de se ocupar não com as doenças, mas com as pessoas (OMS, 2008). A atenção primária se ocupa das condições gerais de saúde, buscando entender as interrelações entre aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais e suas consequências nas diferentes situações de saúde-doença. Portanto, tem um caráter mais amplo ou de contexto, ultrapassando as análises estritamente médicas.

Não há consenso na política de APS entre países, muito menos modelos rigidamente definidos. Alguns a organizam em torno de médico generalista, outros centralizam a atenção na família e outros ainda enfocam a pessoa e a doença. Essas variações estão relacionadas com as diferentes concepções de saúde e com as estratégias políticas que são adotadas para a organização da atenção em seus diversos níveis. No caso brasileiro, por exemplo, temos a primazia do Estado como ente regulador da APS e a família como modo privilegiado para a atenção.

De modo geral, é possível classificar dois grandes conjuntos ou modelos de APS. De um lado, apresentam-se as práticas mais seletivas, assim entendidas porque suas ações são mais direcionadas para os problemas e as demandas. Por isso, são mais estreitas e funcionalmente mais práticas. De outro, apresentam-se as práticas mais abrangentes, estas com capacidade de agrupar diferentes ações, médicas ou não, mais diretamente preocupadas com as condições sociais de saúde (STARFIELD, 2002). Outra classificação ou interpretação permite agrupar a APS em:

²¹ No âmbito do SUS, o sistema de saúde pode ser hierarquizado em níveis de complexidade, conforme o uso de tecnologias, metodologias, formas de atenção, entre outros. Além da atenção primária, há também a atenção secundária e terciária. Essas duas últimas são classificadas pelo elevado grau de especialização, uso de modernas tecnologias, trabalho direcionado para a reabilitação do indivíduo, cura da enfermidade, entre outros. Portanto, são atividades clínicas de diferentes especialidades e de custo elevado, normalmente realizadas em hospitais, clínicas, laboratórios, etc., e suas práticas são direcionadas para a correção de algum problema fisiopatológica (BRASIL, 2000).

seletiva, como nível primário de atenção e como estratégia de organização dos serviços (KASONDE e MARTIN, 1994). A atenção primária seletiva entende que as ações globais são impraticáveis em locais de baixo desenvolvimento econômico e propõe ações de baixo custo e tecnologias simples, direcionadas a populações-alvo com determinadas carências em saúde. Cita-se como exemplo as práticas de vacinação de determinados grupos populacionais, campanhas sanitárias de diversos tipos e programas como o Saúde da Mulher, Saúde Materno-Infantil, entre outros. No segundo caso, ou seja, como nível de atenção, entende-se a estratificação da atenção à saúde conforme determinados atributos, práticas e objetivos previamente definidos. Concebida dessa forma, a atenção primária deve compor uma estrutura com ações, tecnologias e metodologias próprias. Deve também buscar a excelência na realização de sua vocação e quando for incapaz de resolver procedimentos mais especializados, deve encaminhá-los para outros níveis de atenção.

Por último, ou seja, como estratégia de organização dos serviços, a saúde primária ganha expressão, configurando-se, não apenas como um nível de atenção, mas como *loco* privilegiado para a atenção da saúde na sua completude. Nesse caso, a atenção primária deve realizar não apenas um conjunto de ações, mas todas ou quase todas as ações necessárias para se alcançar um ótimo de saúde num determinado lugar (MENDES, 2009). Há, dessa forma, a clara ampliação dos seus papéis, pois, nesse caso, passa a ser entendida como a prática da saúde por excelência. Como estratégia, a atenção primária tem o importante papel de “[...] reordenar todos os recursos para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, além de ser a articuladora de um sistema integrado de saúde” (MENDES e ALEIXO, citados por BRASIL, 2009a, p. 181).

No Brasil, a APS é o nível de atenção responsável por ações preventivas, de promoção, de proteção e de recuperação da saúde (BRASIL, 2007b). Há, evidentemente, estratégias para implantação da atenção primária, porém, se trata de um nível, aliás, o primeiro nível de atenção à saúde do SUS. Dessa forma, está integrada (ou deveria estar) hierarquicamente aos demais níveis de atenção, cumprindo a orientação dada na Constituição e nas leis infraconstitucionais. O modelo implantado no Brasil é aquele derivado da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde de 1978, cujo documento mais importante é a Declaração de Alma Ata. Nessa declaração, a APS é definida como um conjunto de

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS, 1978).

O discurso em defesa da APS se encontra no cerne das constatações verificadas no modelo de atenção à saúde, até então baseados nos avanços da Medicina Clínica. Acreditava-se que as novas tecnologias resolveriam os problemas de saúde no mundo, mas foi o contrário o que se verificou. Então, a questão levantada na conferência, “Saúde para Todos no Ano 2000”, não poderia ser alcançada (e não foi) apenas com novas tecnologias em ciências médicas.

A rápida especialização e a conseqüente fragmentação do conhecimento, fruto do desenvolvimento das ciências no mundo da modernidade, parece ter sido ainda mais evidente no campo das ciências médicas. O mercado de trabalho é um fator importante que explica essa hiper-especialização, uma vez que quanto mais especializada a mão de obra, maior é o seu valor. São vários processos relacionados e historicamente herdados que levaram a crença errônea de que o problema da saúde é algo apenas técnico. Não por acaso, o especialista tem ainda hoje, infelizmente, maior “credibilidade” (medida pelos salários) que o generalista. E aqui está presente um erro grave destacado por Starfield (2002), qual seja: a crença de que a atenção especializada (técnica e tecnológica) é mais eficiente do que a atenção generalizada, ligada a atenção primária. A autora comparou a efetividade dos serviços de atenção primária realizados pelo generalista e os serviços de alta complexidade realizados pelo especialista e constatou que as ações são muito mais efetivas quando tratadas primeiramente pelo generalista.

A maior efetividade da atenção primária está relacionada com a capacidade que o sistema tem de antever a doença a partir de práticas de prevenção e promoção à saúde, próprias desse nível de atenção. Não se está falando evidentemente que o generalista substitui o especialista ou

que a atenção primária põe fim aos níveis secundário e terciário de atenção. Porém, repetindo a clássica frase de William Osler (Citado em OMS, 2008, p. 44), “*es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene una enfermedad que la clase de enfermedad que tiene un paciente*”. A hiper-especialização levou a medicina a se interessar mais pela doença do que pela pessoa. O contrário é mais importante, destaca o informe da OMS (2008), mostrando a necessidade da afirmação da atenção primária como prática e política para a saúde em países de todo o globo.

Desde a Grécia Antiga já se sabe que “é melhor prevenir do que remediar²²”, ao que se acrescenta “é melhor prevenir e promover do que remediar”. Esta é a vocação da APS e ela mesma já explica a sua importância em relação às demais práticas e níveis de atenção, tornando desnecessária, pela sua obviedade, qualquer consideração sobre esse quesito. Parece estar claro, entretanto, que a articulação da atenção primária se faz no âmbito do Estado, uma vez que para o mercado, prevenir e promover não só pode não ser lucrativo, como também pode fazer diminuir a demanda por setores fundamentais para a reprodução do capital na área da saúde, entre as quais se destaca a demanda pela hospitalização. Não é a toa que ainda hoje predomina o modelo de saúde hospitalocêntrico (OMS, 2008).

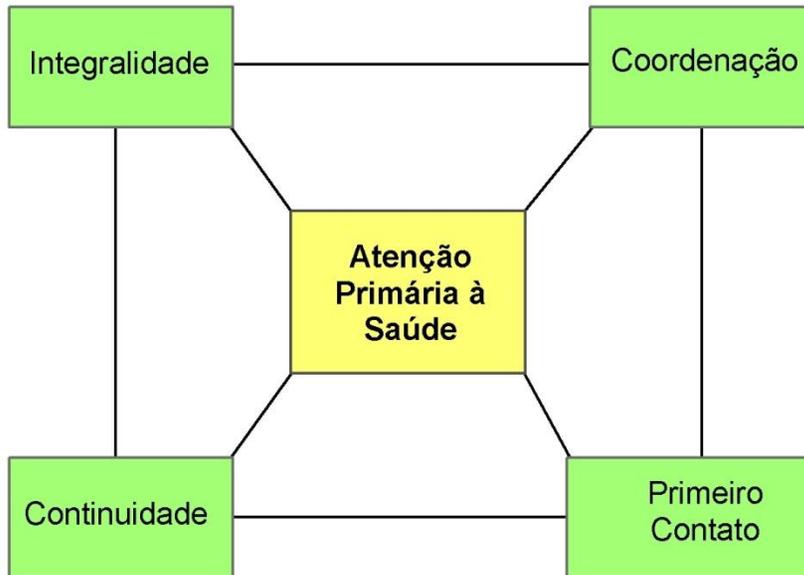
Parece um contrassenso, pois já são cada vez mais comuns estudos, como o famoso Black Report, escrito em 1980 por Black *et al* (citado por SILVA, PAIM e COSTA, 1999), que calculam as desigualdades sociais pelos índices de mortalidade. As pessoas já podem ser catalogadas e classificadas conforme sua forma de morrer, pois a forma como morrem representa mais fidedignamente a forma como vivem. Veja-se que a saúde é resultado das condições de vida e as condições de vida são fortemente influenciadas pelas condições de acesso e uso dos serviços de saúde.

A APS passou a constituir uma estratégia de alguma forma contra hegemônica, uma vez que busca produzir saúde e não apenas corrigir doenças. E essa nova racionalidade, resultado de um movimento social importante, passou também a se constituir como um modelo e estratégia para resolver as enormes desigualdades em saúde no mundo. De fato, experiências atestam que a APS pode ser eficiente para reordenar o modelo de atenção e regular o sistema de saúde como um todo (OMS, 2008), com implicações muito positivas na redução dos custos, redução das iniquidades e melhoria das condições de saúde de modo geral (MENDES, 2009).

²² Na mitologia grega, Panacéia representava a cura pelos remédios (remediação) e Hygeia era a deusa da saúde (prevenção). Daí é derivada a frase “é melhor prevenir do que remediar”.

Considere-se o texto de Starfield (2002) como referência para se definir teoricamente a atenção primária. O estudo dos modos de organização desses serviços em diversos países levou a autora a considerar quatro atributos essenciais comuns próprios desse nível de atenção, quais sejam: integralidade, coordenação, continuidade e primeiro contato (figura 2.1).

Figura 2.2: Atributos essenciais de Atenção Primária à Saúde



Fonte: Starfield, 2002 (adaptado por FARIA, 2010)

O primeiro contato é a característica mais importante da APS, também presente no trecho da declaração de Alma Ata citado anteriormente (OPAS, 1978). É o primeiro contato não só porque é o serviço mais próximo do indivíduo e da comunidade, mas também porque é o serviço mais acessível. Obviamente, não é a proximidade física a mais importante, mas a proximidade social, ou seja, a possibilidade e facilidade que se tem de fazer uso do serviço por qualquer pessoa indistintamente. Na medida em que se apresenta mais acessível, a APS acaba se constituindo também como a porta de acesso a outros níveis de atenção. De fato, a ideia da porta é uma das mais usadas para entender a APS, levando a concluir que ela se constitui também como o regulador geral do sistema de saúde como um todo. Na atenção primária se dá o primeiro acolhimento e aí se estabelece o primeiro relacionamento entre paciente e sistema de saúde. Problemas não solucionáveis nesse nível de atenção e que normalmente exigem conhecimentos e tecnologia especializada, são encaminhados para outros níveis. Estudos comprovam (KASONDE e MARTIN, 1994) que o maior uso da APS representa menor uso da atenção especializada. De um lado há antecipação do agravo mediante práticas de prevenção e promoção da saúde e de

outro há o atendimento mais rápido e eficaz dos problemas de menor complexidade que antes impactavam os serviços mais especializados.

Outro aspecto que torna a APS uma estratégia importante para as ações e políticas de saúde é o caráter longitudinal das ações, também definida pela continuidade dessas ações. É característico desse nível de atenção o relacionamento duradouro entre população e serviços de saúde. Sabe-se que é próprio de qualquer relacionamento o estabelecimento de um comprometimento mútuo, de relações de solidariedade e também de certa fidelidade. Por isso, é comum em APS a delimitação geográfica ou territorial de realização de suas ações, pois o relacionamento exige, de alguma forma, a demarcação de fronteiras. Aqui está presente um dos fundamentos mais importantes da APS, pois, diferente dos demais níveis, há um comprometimento com uma população adscrita. Isso significa que a atenção não se organiza (ou pelo menos não deveria se organizar) em torno da demanda espontânea, o que levaria ao problema do mercado como regulador dos serviços, mas sim da oferta, organizada em torno das necessidades de saúde de uma população num território previamente definido (PAIM, 1993). Há, evidentemente, singularidades e variações na forma como se organizam os serviços de atenção primária, mas a adscrição da clientela se insere num dos pressupostos mais importantes desse nível de atenção.

O grande problema da saúde atualmente refere-se ao acesso, pois ele é um dos principais geradores de desigualdades. Quanto mais especializada a atenção, mais seletivo se torna o acesso e mais desigual o seu uso. Obviamente, práticas mais especializadas nem sempre são oferecidas pelo Estado ou se o são, não cobrem a totalidade da população. No Brasil, por exemplo, é comum meses de espera em filas para realização de cirurgias especializadas ou exames de alta complexidade, ao passo que, para aqueles que dispõem de bons planos de saúde, o uso desses serviços é facilitado. É possível deparar-se com duas entradas em um mesmo hospital, uma do SUS e outra dos particulares, evidenciando dois tipos de atendimentos e dois tipos de acesso, diferentes para cada “tipo de pessoa”.

A APS, ao contrário, é mais acessível porque se presta ao atendimento de uma população geograficamente definida e, ao mesmo tempo, como já se disse, é o local de acesso aos demais níveis, através de encaminhamentos adequadamente realizados. Na medida em que orienta o fluxo de pacientes em todos os demais níveis do sistema de saúde, a APS deve realizar um trabalho de coordenação. A coordenação pode também ser definida como a coordenação das

informações sobre pacientes em seus diversos estágios de vida. O grande problema dos serviços de saúde atualmente é a desintegração da atenção e a fragmentação das informações. O relacionamento duradouro com o paciente permite a construção de um arcabouço de informações que deveriam ser compartilhadas entre os diversos níveis de atenção. O compartilhamento dessas informações tornaria muito mais eficiente os trabalhos de diagnóstico sobre pacientes e a antecipação de agravos evitáveis.

Por último, a APS tem um caráter integrador das ações de saúde nos seus diversos níveis e nas diversas escalas geográficas. De acordo com Starfield (2002), a atenção primária é o local privilegiado para o reconhecimento das necessidades de saúde e, ao mesmo tempo, o nível privilegiado para o ajustamento dos serviços a essas necessidades. Ao mesmo tempo, como já se destacou, é o regulador geral e ordenador dos fluxos de pacientes aos demais níveis de atenção, incorporando, dessa forma, um papel de integração do sistema de saúde como um todo. É assim que a integralidade das ações ganha destaque nesse nível de atenção, embora alguns, como, por exemplo, Cecílio (2006), possa discordar.

No Brasil do SUS a integralidade das ações é debatida como uma das práticas mais importantes, uma bandeira de luta, afirma Mattos (2006). De fato, entre os aspectos mais críticos do setor saúde cita-se a sua fragmentação, problema derivado da própria constituição da saúde e de sua organização. Por um lado, há a fragmentação interna ao setor saúde, que se explica pela seletividade das ações e as incomunicabilidades dessas mesmas ações entre os diversos níveis e especialidades. Por outro lado, há a fragmentação externa, podendo também ser entendida como uma fragmentação entre setores. Nesse caso, tem-se o isolamento ou incomunicabilidade do setor saúde com os demais setores da sociedade, como educação, segurança, ambiente, etc. A fragmentação é própria da organização do espaço no mundo da globalização (SOUZA, 1996) e os setores da sociedade, entre eles a saúde, refletem essa dinâmica. A questão que se coloca é que a saúde, talvez mais do que qualquer outro setor, é resultado de uma totalidade social, não podendo ser entendida como um fragmento desconexo e independente. Afinal, a saúde resulta, como vem sendo reiteradamente destacado, das condições sociais.

A organização fragmentada da saúde gerou muitos problemas, entre os quais, talvez o mais importante, seja as iniquidades das ações. Na medida em que se fragmenta e se especializa, o acesso à saúde também se fragmenta e se segmenta, tornando-o extremamente desigual. Porém, na mão oposta, os muitos problemas fizeram gerar reflexões e propostas de mudanças para o

setor. E a APS figura entre as mais importantes, sobretudo pela sua característica “integradora”. Evidentemente não é possível pensar a integralidade apenas na atenção primária, o que já não seria uma integralidade. Porém, não há dúvida de que ela representa o embrião de um movimento em prol de ações mais amplas e integradas, sobretudo relacionadas com as condições sociais de saúde.

A APS passou a representar uma estratégia para a mudança nas práticas assistenciais e, ao mesmo tempo, uma estratégia para a consolidação do SUS (CONILL, 2008). Por isso, tem-se observado a criação de mecanismos legais, inclusive financeiros, que fortalecem esse nível de atenção, com destaque para a criação do Piso da Atenção Básica em 1998 (BODSTEIN, 2002; MARQUEZ e MENDES, 2003). Além disso, os programas de governo para a saúde também parecem caminhar no mesmo sentido, a exemplo do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007a) ou ainda o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde em implantação no Estado de Minas Gerais (ESPMG, 2008a).

Diante disso, faz-se necessário refletir sobre a estruturação da APS no país e como isso se insere numa discussão propriamente territorial das ações nesse nível de atenção. Necessário também se faz entender as estratégias de organização do setor, em especial a estratégia saúde da família, que parece se tornar a política mais importante para o reordenamento da atenção primária no Brasil.

2.3 A Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS: a família como estratégia de consolidação da saúde no Brasil

A APS ganhou importância no Brasil a partir da criação do SUS. Até então, o sistema de saúde estava atrelado à contribuição previdenciária, com foco para a atenção especializada. A partir de então, início da década de 1990, a saúde passou a ser legalmente entendida como “[...] 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, 1989, s/p). Embora nem sempre a prática do direito se efetiva como se espera, há aspectos positivos, com destaque para o processo de descentralização das ações de saúde, o fortalecimento do poder local e a expansão de diversos programas ligados à atenção primária.

Com o SUS o município ganha importância e com ele a atenção primária. Evidentemente, não é possível ou no mínimo difícil organizar esse nível de atenção de forma centralizada, uma vez que, por um lado, os serviços devem estar na proximidade da população a qual se destina e, por outro, devem favorecer a participação e a corresponsabilização social. Ademais, os atributos da APS, destacados no tópico anterior, exigem o fortalecimento do poder local e parecem sinalar para o território como elemento importante na gestão do sistema de saúde.

Se por um lado a municipalização favoreceu a expansão de programas ligados à atenção primária, por outro, foi a atenção primária que impulsionou o processo de municipalização. Várias vantagens ligadas à implantação desse nível de atenção, inclusive vantagens financeiras, acabaram motivando os municípios a assumirem a gestão do sistema de saúde. Atualmente quase todos os municípios brasileiros são responsáveis pela gestão da APS, indicando que ela mesma acabou impulsionando o processo de descentralização da atenção à saúde no país.

Com a descentralização e o fortalecimento do poder local diferentes estratégias são criadas para a organização do sistema de saúde, em especial da atenção primária. Cita-se como exemplo a proposta de organização dos serviços de saúde em distritos sanitários. Entendido como a unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde (PAIM, 1993), o distrito sanitário recebe e interpreta a demanda de saúde em um determinado território e tenta satisfazê-la (VILLAROSA, 1993). Pode também ser entendido como uma estratégia de esquadramento do território para a organização e gestão dos serviços e dos problemas de saúde na localidade. A proposta dos distritos sanitários representa no Brasil um movimento forte encabeçado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e que propugna pela “reorganização dos Sistemas Nacionais de Saúde através da estratégia dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)” (MENDES, 1992, p. 7).

O distrito sanitário colocava (e coloca) em discussão uma questão fundamental para a reorganização das práticas assistenciais, qual seja: a organização da oferta dos serviços para atender uma população geograficamente definida (PAIM, 1993; VILLAROSA, 1993). Antes disso os serviços se organizavam, fundamentalmente, em torno da demanda espontânea, ou seja, da procura pelos serviços de saúde pelo paciente adoentado. As consequências derivadas desse modelo são bastante óbvias, pois está claro que os serviços se organizavam em torno da doença ou do agravo, o que os tornava extremamente seletivos, verticalizados (para atender demandas específicas), desintegrados, desiguais, etc. Diante disso e funcionando como uma possibilidade

estratégica para implementação do SUS na localidade, os distritos sanitários foram amplamente divulgados na década de 1990. Porém, o fervor da discussão política e teórica inicial foi se apagando e a ideia da distritalização, embora inovadora²³, não se difundiu como deveria (GONDIM *et al* 2008).

Paralelo a esse movimento pela distritalização se desenvolve outro, mais diretamente atrelado a organização dos serviços em torno da saúde da família. De fato, embora o distrito tenha encontrado êxito, inicialmente, na estruturação do sistema de saúde na localidade, são as estratégias em torno da família que irão funcionar como o trunfo para a organização do sistema de saúde e da atenção primária nos municípios brasileiros a partir do SUS (VASCONCELOS, 1999).

O SUS ganhou existência, mas precisava ser efetivado, posto em prática. O grande impasse, inicialmente, se dava com as políticas de atenção primária, uma vez que a atenção especializada, historicamente privilegiada nas políticas públicas em saúde, estava mais bem arranjada, embora com muitos problemas. Havia um vazio programático das ações do SUS no início da década de 1990 e isso incomodava os teóricos e políticos devotados a uma “nova” saúde pública brasileira (VIANA e DAL POZ, 2005). Afinal, na medida em que a atenção primária se coloca como a porta de entrada ao sistema de saúde, portanto, como o local de acesso ao sistema como um todo, dela depende a realização dos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

A APS passou então a ser tomada como uma necessidade para o reordenamento do sistema de saúde brasileiro e como condição para a realização do SUS. Ressalte-se que não bastava, naquele momento, a adoção de programas verticais, normalmente ligados às práticas assistenciais de curto prazo, como as famosas campanhas de imunização, embora importantes, estreitas e com pouca capacidade de mudar a realidade social da saúde brasileira como um todo. Por isso, havia a necessidade de programas mais amplos, gerados e gerenciados na localidade, contínuos e integrados ao sistema de saúde em seus diversos níveis. Acredita-se com Viana e Dal Poz (1998; 2005), Sousa (2008) Medina e Hartz (2009), entre outros, que o Programa Saúde da Família (PSF) representa essa possibilidade mais ampla de tratamento da saúde primária no

²³ O distrito sanitário representava na época a resposta mais evidente para a mudança nas práticas assistenciais, fortemente influenciado pelo paradigma da promoção da saúde. Portanto, é entendido como um processo social de mudanças nas práticas sanitárias, tendo uma dimensão política, ideológica e tecnológica (MENDES, 1992).

Brasil e, ao mesmo tempo, o símbolo da necessidade de mudanças nas práticas assistenciais no âmbito do SUS.

O PSF foi implantado no Brasil em 1994 num contexto de debate em favor da família como foco de atenção à saúde (VASCONCELOS, 1999). Observa-se a influência do modelo cubano na sua implantação, porém, é uma influência apenas inicial, pois depois encontra especificidades à moda brasileira²⁴. A preocupação mais sistemática com a saúde da família e, ao mesmo tempo, a necessidade da criação de dispositivos legais que reforçassem a atenção primária no contexto do SUS, se deu com a criação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Implantado primeiramente no Nordeste, o PACS revelou ser um instrumento eficaz para as práticas de prevenção e promoção à saúde, com forte presença nas ações de vigilância. Porém, apresentava algumas limitações, como, por exemplo, o fato de centrar suas ações quase exclusivamente na figura do agente de saúde, além do desestímulo causado pela escassez do financiamento.

O acúmulo de experiências bem sucedidas com o PACS foi o principal motivador para a proposta de criação do PSF (VIANA e DAL POZ, 2005). Este último passou a incorporar o primeiro a partir de 1996 e a representar a principal política de APS no Brasil. Assim, o PSF foi agregando funções fundamentais como a acessibilidade, integralidade das ações, equidade, adscrição de clientela, proximidade, continuidade das ações, participação social, entre outras. E isso fez com que o programa ganhasse um papel estratégico para a consolidação da atenção primária e do próprio SUS no país (VIANA e DAL POZ, 2005; RONZANI e STRALEN, 2003; COSTA *et al*, 2009).

De fato, o PSF deve ser entendido muito mais como uma estratégia de governo e de gestão do que simplesmente um programa vertical ou uma cesta de necessidades. Não é por acaso que mais de 100 milhões de brasileiros atualmente são atendidos e acompanhados em unidades de PSF (SIAB, 2010). Já no início de sua construção os documentos oficiais deixavam claro que se tratava de “melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde [...]” (BRASIL, 1994, citado por SANTANA e CARMAGNANI, 2001, p. 32). Mesmo as orientações dadas em documentos recentes como a Política Nacional de Atenção

²⁴ Incorpora, por exemplo, “[...] a inovação de deslocar o eixo de preocupação centrada na figura do médico, que marcava a proposta da medicina familiar, para uma preocupação com toda a equipe de saúde” (VASCONCELOS, 1999, p. 17).

Básica à Saúde apontam que o PSF se “[...] consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil” (BRASIL 2007b, p. 9).

Uma mudança importante, por exemplo, está na forma de financiamento do programa. O PSF rompeu com a exclusividade do financiamento por procedimentos, característico do pagamento em atenção especializada (MARQUES e MENDES, 2003). Em atenção primária as atividades não podem ser totalmente contabilizadas por procedimentos. Dessa forma, houve a necessidade da criação de formas de financiamento próprias para a atenção primária, o que foi feito com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB)²⁵. A criação de um piso de investimento próprio funcionou como um motor impulsionador da adoção do programa em quase todos os municípios brasileiros, o que fez acelerar a descentralização das ações de saúde em todo o país. Além disso, o processo de implantação do PSF é atrelado ao cumprimento de uma série de dispositivos legais do SUS, como por exemplo, a existência de Conselhos Municipais de Saúde, o que o torna um instrumento para a implantação e regulação do sistema como um todo.

No entanto, não é nas formas de financiamento ou nos marcos regulatórios que estão os aspectos estratégicos mais importantes do PSF. São as práticas de prevenção e promoção, relacionados com o baixo custo e os impactos positivos de suas ações que o tornam uma estratégia de reorganização das práticas assistenciais no SUS. Em outras palavras, o caráter estratégico do PSF está relacionado com a capacidade que tem de tratar um grande número de problemas de saúde com baixo custo e com alta resolutividade e, ao mesmo tempo, de deslocar a centralidade tradicionalmente exercida pelos hospitais na organização do sistema de saúde (MENDES, 2009).

O PSF se organiza em torno de uma equipe

[...] formada por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, é responsável pelo atendimento de uma determinada comunidade, englobando de 2.400 a 4.500 pessoas. Profissionais, como assistentes sociais, psicólogos e outros, poderão ser incorporados ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais (BRASIL, 2001a, p. 193).

Trata-se, portanto, de uma equipe multidisciplinar, responsável pelo acompanhamento de uma população definida e adscrita, localizada num território também definido. Baseia-se no

²⁵ Ressalte-se que o financiamento é feito diretamente ao gestor local ou municipal, fato que desburocratizou os entraves financeiros do sistema de saúde e impulsionou o processo de descentralização.

monitoramento e acompanhamento sistemático das condições de vida e saúde de uma população determinada e suas ações devem ser contínuas e integradas com os demais níveis do sistema de saúde. O programa tem um caráter substitutivo, no sentido não da criação de novas estruturas de serviços, mas de novas práticas, sobretudo centradas nas ações de vigilância à saúde (BRASIL, 2001a). Nesse sentido, e como condição para sua realização, deve diagnosticar os problemas de vida e saúde dos indivíduos e famílias sob sua responsabilidade e encaminhar, quando necessário, os problemas de maior complexidade para os demais níveis de atenção à saúde. Veja-se que isso não é possível sem que o sistema de saúde esteja devidamente integrado, afinal, o acesso depende do livre “trânsito” aos diferentes níveis do sistema. O PSF deve funcionar como o regulador geral desse “trânsito” aos demais níveis de saúde. Não deve ser tomado como a única entrada ou a porta única, embora seja cada vez mais considerada a porta mais importante de acesso ao SUS (SCOREL *et al*, 2007).

No PSF estão contidos os princípios básicos da atenção primária à saúde citados por Starfield (2002). Nele se dá o primeiro contato da população com os serviços de saúde, esse contato deve ser duradouro ou contínuo e essa continuidade deve permitir a coordenação das ações de saúde e sua integração com os demais níveis do sistema. Ressalte-se que primeiro contato, continuidade, coordenação e integralidade não são possíveis sem a definição geográfica da população a ser atendida. No PSF não são as pessoas que procuram o serviço de saúde, mas o contrário, ou seja, são os serviços que se deslocam em direção às pessoas. Evidente que por razões emergenciais as pessoas acabam se deslocando em direção aos serviços, mas esta não é a razão de sua existência e ordenamento. Significa dizer que o PSF se organiza não pela demanda, mas pela oferta, não se organiza a partir dos problemas de saúde notificados pelo atendimento nos postos de saúde, mas sim, pela oferta do serviço para uma população adscrita (VIANA e DAL POZ, 2005).

Por isso, as unidades de PSF devem ser instaladas na proximidade dos indivíduos e comunidade a qual se destina, do contrário não seria um programa de saúde para a família. Primeiramente se define a área de atuação onde se instala o serviço de saúde e em seguida procede-se ao desmembramento dessa área em microáreas de atuação de cada Agente Comunitário de Saúde (ACS). Estes cumprem um papel fundamental²⁶ no PSF, pois são eles que

²⁶ Deve-se esclarecer que o PSF é normalmente coordenado pelo profissional da enfermagem, não pelo médico. Essa é uma das especificidades do modelo brasileiro de atenção à família, pois em outros países como Cuba e Estados Unidos, por exemplo, o médico é a figura central do sistema.

realizam o monitoramento sistemático e contínuo das condições de vida e saúde da população adscrita e produzem um banco de dados²⁷ através do qual são planejadas todas as ações da unidade de atendimento. O ACS é o principal vínculo de relacionamento entre a população e os serviços de saúde, pois ele possui o contato mais efetivo com as famílias de sua microárea. Por isso, deve também residir na comunidade onde trabalha, seja porque tem maior conhecimento da realidade local, seja porque permite criar um relacionamento de confiança e corresponsabilidade entre a comunidade e os profissionais da saúde.

As potencialidades do programa vêm sendo avaliadas por diferentes autores como Vasconcelos (1999); Paim (2001); Viana e Dal Poz (2005); Senna e Cohen (2005); Goldbaun *et al* (2005); Azevedo e Costa (2010), entre outros, que assinalam ora as potencialidades, ora as limitações do programa. As avaliações apontam para a necessidade de dois cuidados na sua implantação e análise. Em primeiro lugar, deve-se atentar para o risco do superdimensionamento da prática, impondo-lhe um papel que não lhe cabe. A estratégia por traz do PSF é audaciosa e tem mostrado ser extremamente eficaz na melhoria das condições de vida e saúde nos locais onde se instala. Porém, há limitações. O que é natural, uma vez que nenhuma política dá conta da complexidade das coisas e do mundo. Em segundo lugar, deve-se cuidar para não “negativizar” tudo e simplesmente ignorar as vantagens que o programa oferece. Em meio aos problemas, encontram-se aspectos positivos, ou pelo menos, sinais de positividade a serem processadas futuramente. Desde que se instalou, o PSF vem sendo melhorado, pensado e debatido em todo o Brasil. Exatamente por isso, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007b) o concebe não mais tratado como um programa, mas como uma estratégia.

Entre as principais críticas que se fazem ao programa é o fato de se apresentar como uma prática simplificada para solução de problemas complexos. Seria o PSF uma política “pobre para os pobres” ou um pacote básico para solução de problemas imediatos (MISOCZKY, 1994; PAIM, 1996)? Há questionamentos sobre sua efetividade e resolutividade e, mais ainda, sobre as boas intenções das políticas públicas. O PSF foi implantado num contexto de racionalização e contenção dos gastos públicos e de expansão da política neoliberal. Uma das críticas, por exemplo, é feita no sentido de que a maior ênfase ao PSF seria uma estratégia do Estado para se esquivar do oferecimento da atenção especializada (SENNA, 2002). Ao Estado caberia oferecer

²⁷ A coleta de dados é padronizada e o registro é feito no Sistema de “Informação da Atenção Básica” (SIAB), posteriormente são disponibilizados no banco de dados do DATASUS.

atenção primária aos pobres, ao passo que ao mercado caberia o papel de regular atenção especializada com planos de todo tipo. Visto dessa forma, o PSF significaria não mais uma estratégia de mudanças das práticas assistenciais, mas sim uma estratégia do Estado neoliberal para conter gastos com a saúde. Num momento em que as privatizações estavam em processamento, não é difícil pensar nessa possibilidade.

Porém, se for levado em consideração que até 1994 não havia uma política de grande impacto em atenção primária no país e que o SUS agonizava sem mudanças efetivas nas práticas assistenciais, chegar-se-á a conclusão de que, malgrado os problemas, o saldo é positivo. O PSF tem limitações que devem ser discutidas em pesquisas envolvendo profissionais de diferentes áreas. Nessa em particular, debate-se a política da territorialização como proposta de organização da atenção primária no âmbito do SUS, especialmente com o Programa Saúde da Família. Reservem-se, então, os próximos dois tópicos para entender o que significa, afinal, essa territorialização da saúde no Brasil.

2.4 A territorialização como proposta para organização e gestão da atenção primária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

A territorialização vem sendo proposta como política para organização da APS no âmbito do SUS. Deve-se aqui indagar o que se entende por territorialização, qual o sentido conceitual dessa expressão e qual a aplicabilidade na prática da gestão da atenção primária à saúde.

A questão do território e seus derivados, territorialidade e territorialização, tem uma importância peculiar no Brasil. Um país de dimensões continentais precisa criar uma “racionalidade” propriamente territorial de organização de seus serviços nas diversas escalas e diversos níveis do sistema de saúde. Até o advento do SUS, o território era tomado de forma secundária na organização dos serviços e isso pode ser explicado pelo caráter centralizado e fragmentado do sistema de saúde em vigor, fato que excluía qualquer possibilidade para um ordenamento territorial dos serviços de saúde. Embora estes se organizassem sobre uma base territorial, não era o território o contexto de seu ordenamento, mas a demanda pelos serviços de saúde, esta atrelada à contribuição previdenciária, ou seja, ao mercado de trabalho. Eram mais densos e presentes os serviços nos locais onde o mercado de trabalho e a contribuição previdenciária eram mais presentes: nas capitais e metrópoles importantes. Embora sua racionalidade não fosse o território, mas a demanda e o mercado, esse modelo gerava enormes

disparidades territoriais em saúde, reproduzindo no setor as mesmas iniquidades sociais e econômicas do país. Evidentemente, as ações do setor público e do mercado são responsáveis, direta ou indiretamente, pela organização do território. Por isso, as iniquidades territoriais, embora ainda presentes, eram gritantes nesse período.

Acredita-se que a principal mudança imposta com o SUS seja a convergência de uma política voltada para os problemas de saúde, para uma política territorial da saúde. Os princípios doutrinários do sistema apontam nesse sentido. De fato, o acesso à saúde depende da disposição dos serviços no território. Evidentemente, não haverá acesso em territórios onde inexistem o serviço ou o mesmo é precário. Isso significa que o território ou a gestão do território é a condição fundamental para o acesso e o acesso, por sua vez, é a condição para a universalidade, equidade e integralidade do sistema. Exatamente por isso e entendendo que não há acesso sem que se organizem territorialmente os serviços, o SUS foi pensado a partir de base ou estrutura territorial. Não por acaso, o texto constitucional em seu Artigo 198 (BRASIL, 1989), esclarece que os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada, entre outras, a partir da descentralização do sistema em todo o território nacional.

Portanto, a forma encontrada para levar o serviço para o território e, ao mesmo tempo, torná-lo acessível (universal, equitativo e integrado) se deu com a política de descentralização do sistema de saúde. A descentralização coloca o município como o território mais importante para a gestão do SUS, a partir do qual todo o sistema se hierarquiza e regionaliza. Há muitas críticas ao processo de municipalização (PAIM 1992), pelo menos nos moldes em que foi e vem sendo feito, mas não resta dúvida de que o território ganhou importância nesse contexto e com ele a chamada territorialização da saúde.

A política de territorialização vem sendo proposta como forma de se organizar o sistema de saúde na localidade. Pode ser resumidamente definida como a criação de territórios de atuação de unidades de saúde no interior de um município, justificando, assim, o uso da expressão territorialização, ou seja, processo de criação de territórios. É uma prática preconizada por diversas iniciativas no interior do SUS como o Programa Saúde da Família, Cidades Saudáveis, Vigilância Ambiental em Saúde, entre outros, quase todos ligados à Atenção Primária à Saúde (MONKEN, 2003). Outros níveis do sistema de saúde como o secundário e o terciário, também se estruturam sobre uma base territorial. Porém, operam a partir da demanda espontânea, ou seja, podem acolher pacientes de territórios diversos, inclusive de outros Municípios e Estados, não

possuindo, portanto, um território definido para sua atuação. Isso faz com que a criação de territórios ou a territorialização se torne muito mais complexa ou até mesmo inviável para a organização dos serviços nesses dois níveis de saúde do SUS.

A atenção primária, ao contrário, se estabelece num território definido, que é também condição para sua existência e efetivação. Os modos de sua organização como proximidade, contato, acessibilidade, integralidade, entre outros, supõe certa ordem e estrutura territorial. Ressalte-se, por exemplo, que não há continuidade (longitudinidade) das ações, um dos atributos essenciais da APS, sem que antes se defina o território de atuação da unidade de saúde. Isso porque a definição do território de atuação das unidades de saúde primária é fundamental para se definir qual população se relaciona com qual serviço. Do contrário, as ações se organizariam a partir da demanda, ou seja, da busca espontânea pelos serviços, o que levaria a um relacionamento fragmentado, momentâneo (em momentos esparsos da vida da pessoa), seletivo, etc.; contrários aos princípios da atenção primária.

Já se disse que em saúde primária não são as pessoas que se dirigem aos serviços, embora isso também ocorra, mas o contrário. Por isso, a ideia de território é fundamental, pois os serviços devem estar e fazer parte dele mesmo, não apenas receber a população adoentada que porventura lhe acorrer. O território não deve ser entendido como uma necessidade político-administrativa simplesmente ou como uma forma de estruturar os serviços de saúde na localidade. Também isso, mas antes e, sobretudo, deve ser tomado como um elemento fundamental, uma condição para efetivação das práticas de prevenção e promoção à saúde na localidade.

O território se inscreve no cerne do debate da saúde pública brasileira num momento de efetivação do SUS, de fortalecimento dos municípios e de mudanças nas práticas assistenciais, com destaque para a atenção primária. A territorialização deve ser entendida como consequência dessa “necessidade” de estruturação territorial dos serviços do SUS. Pode ser definida como uma técnica de planejamento utilizada para “criar territórios” de atuação dos serviços de atenção primária no município (MONKEN e GONDIN, 2008). Foi usada, inicialmente, na implantação de distritos sanitários, fruto da pressão que se fazia naquele momento, início da década de 1990, para o fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)²⁸.

²⁸ O distrito sanitário se aproxima da ideia de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), proposto pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) no final da década de 1980 como uma forma de descentralizar as ações de saúde nos países latino-americanos. O distrito é entendido como um processo social de mudanças nas práticas sanitárias, gerenciado por uma autoridade local e delimitado por um território (UNGLERT, 1995).

Os distritos sanitários foram concebidos como a unidade operacional mínima do SUS, sendo implantados paralelamente ao processo de descentralização e regionalização da saúde no país. Sua estrutura exigia a definição de uma dimensão territorial própria, onde se estabeleceria uma rede de serviços de saúde, adequada às características da população localizada no seu interior (MENDES, 1992; VILLAROSA, 1993; GONDIM *et al*, 2008). Como proposta, os distritos representavam um processo social de mudanças nas práticas sanitárias (MENDES, 1992), porém, como já se disse, a ideia parece ter caído no ostracismo no início de século.

O fato é que os distritos sanitários favoreceram a política do esquadramento do território ou da territorialização da saúde no Brasil, mas não será ele o carro-chefe desse movimento. Na medida em que os distritos iam perdendo força como modo de organização dos serviços no município, a estratégia saúde da família se fortalecia. O PSF rouba a cena, mas não se exime do discurso do território. Ao contrário, projeta-se como um programa “territorializado”. Entre as características mais importantes do PSF, já se falou, está a definição do território de atuação da unidade de saúde e de seus agentes. Por isso, o processo de territorialização foi adotado como forma de organizar esses serviços.

Acredita-se que Unglert (1993; 1995) seja a primeira a usar e aplicar efetivamente o termo territorialização da saúde no Brasil, pois não foi encontrado trabalho anterior com referência a essa expressão. A autora explica que no início da década de 1990, houve um movimento forte para o fortalecimento dos SILOS no Brasil a partir da implantação de distritos sanitários. Então, formou-se um grupo que passou a usar o método por ela proposto para subdivisão e localização de serviços de saúde no município de São Paulo (UNGLERT, 1986; 1990). A maturação desse método geográfico da autora levou à criação das chamadas “oficinas de territorialização”, que passaram a ser usadas para auxiliar a implantação de distritos sanitários em diferentes municípios do Brasil. A partir de então, a expressão territorialização passou a acompanhar os manuais, como o que foi organizado por Mendes *et al* (1993), para a instalação e organização dos distritos sanitários em todo o país.

O conceito de territorialização em Unglert é relativamente amplo, embora a autora não faça um estudo aprofundado do conceito de território. Para ela,

A territorialização em saúde é definida enquanto um processo de apropriação do espaço por distintos atores sociais, sendo que esse espaço representa muito mais que uma superfície geográfica, tendo ainda um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que o caracteriza

e se expressa num território em permanente construção (UNGLERT, 1995, p. 32).

São facilmente identificáveis em sua definição os aspectos centrais do território, como a demarcação de fronteira, as relações de poder e os múltiplos atores sociais que o produzem. A territorialização seria o processo e o território, o resultado objetivo desse processo. Em sua aplicação prática no setor saúde, a territorialização seria o processo de constituição de territórios de atuação de seus serviços. Para a autora, a territorialização deve ser entendida como prática do planejamento ascendente. Isso significa que o processo de constituição de territórios deve iniciar-se pelas Unidades Básicas de Saúde, que são a base da hierarquia dos serviços do SUS. O conglomerado desses territórios das unidades básicas de saúde comporia, num segundo momento, os distritos sanitários. Em municípios de grande porte, a autora propõe ainda a constituição das regiões de saúde, estas formadas pela junção de distritos sanitários vizinhos. Dessa forma, a Unidade Básica de Saúde acaba por se constituir como o fundamento desencadeador de todo o processo de territorialização em saúde no município.

Outra proposta de esquadramento do território municipal é feita por Mendes (1993), mas sem usar especificamente o termo territorialização. O autor propõe dividir o território em níveis escalares, tais como: território-distrito, território-área, território-microárea e território-moradia. O território-distrito obedeceria à lógica político-administrativa. Portanto, seus limites deveriam coincidir com os limites do município. O território-área seria a primeira subdivisão do distrito sanitário, também entendido como a área de abrangência da unidade de saúde. O território-microárea seria a divisão do território-área segundo a lógica da homogeneidade social. Por fim, o território-moradia seria o local para o desencadeamento de ações de intervenção sobre causas e problemas de saúde.

Para o autor (MENDES, 1992), o território deve ser entendido como um processo em constituição, ou seja, como algo em constante modificação. Vai além, portanto, de uma análise puramente geométrica, entendendo-o como resultado de uma dinâmica econômica, política, cultural e sanitária. O território é uma categoria assimétrica, afirma o autor, e o seu esquadramento ou subdivisão serve para desnudar essas assimetrias que correspondem às localizações diferenciadas dos conjuntos sociais no seu interior.

Nessa mesma linha, porém, sob a perspectiva da vigilância à saúde, Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) fazem contribuições importantes para o debate do território e da territorialização em sistemas municipais de saúde. Segundo eles,

O ponto de partida para o desencadeamento do processo de planejamento da vigilância à saúde é a Territorialização do sistema municipal de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território do município segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA; PAIM e VILASBOAS, 1998, p. 20)

Os autores entendem que no interior do município podem ser identificados diferentes territórios, sobrepostos em níveis escalares e identificados de acordo com as condições de vida e saúde. O processo de reconhecimento desses territórios se daria pelo levantamento de dados e sua interpolação, sobretudo com mapas temáticos. Assim feito, partindo-se do município, o que aponta uma estratégia descendente de divisão do território, são constituídos hierarquicamente os territórios dos distritos sanitários, áreas de abrangência das unidades de saúde, as micro-áreas de risco e áreas das famílias. Os limites dos distritos sanitários se confundem com o limite do próprio município e sua constituição permitiria, em primeiro lugar, identificar e reconhecer o território municipal. Os territórios das áreas de abrangência das unidades de saúde, por sua vez, seriam definidos em função da demanda pelos serviços de saúde no interior do distrito. Em seguida, são constituídos os territórios das micro-áreas no interior dos territórios das unidades de saúde, definidos a partir das condições de vida e saúde. A partir das informações coletadas nas micro-áreas, seria possível identificar grupos específicos de famílias, com diferentes condições e necessidade de saúde.

A territorialização na perspectiva de Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) se aproxima daquela proposta por Mendes (1993), inclusive em ambos os trabalhos o território é definido como território-processo, sem indicar o significado exato do termo. Acredita-se que há diferenças nas formas de fazer, mas o resultado é praticamente o mesmo.

Ainda na perspectiva da vigilância à saúde, encontram-se os trabalhos de Monken (2003; 2008); Monken e Barcellos (2005; 2007); Monken e Gondin (2008); Gondin *et al* (2008). São pesquisas realizadas na Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), com participação de alguns pesquisadores de outras instituições. Por isso, a abordagem de território e territorialização é praticamente a mesma. Ressalte-se a influência que essa instituição e seus pesquisadores exercem nas políticas públicas de saúde no Brasil, especialmente nas políticas territoriais de saúde.

O conceito de território usado em Milton Santos é tomado como matriz teórica para o desenvolvimento da proposta de territorialização e de planejamento das ações em saúde na localidade. Os autores entendem que a constituição de qualquer base organizativa dos serviços de saúde deve ser acompanhada do estudo dos contextos de usos dos territórios. O reconhecimento desses usos e de seus contextos é um passo fundamental para o entendimento da população e de seus problemas de saúde e, ao mesmo tempo, uma ferramenta para o planejamento das ações de vigilância. Dessa forma, o território usado se apresenta, por um lado, como meio operacional para entender as necessidades sociais em saúde e, por outro, como meio operacional para o planejamento efetivamente.

Os contextos dos usos permitem a elaboração de diagnósticos territoriais das condições de vida e saúde e estes, por sua vez, permitem a construção da base de informações através das quais são decididas todas as ações em vigilância. Veja-se que há o deslocamento da tradicional visão da vigilância, a partir dos indicadores de doenças, para uma visão mais ampla relacionada com os indicadores de vida e saúde. O território usado é a estratégia que permite, segundo os autores, identificar os contextos desses indicadores, assim como as suas variações. Feito isso, o que dá à análise do território um caráter de precedência, o passo seguinte é o planejamento das ações de vigilância à saúde.

Um dos aspectos mais interessantes na proposta desses autores é o entendimento dos usos do território sob a perspectiva do cotidiano ou das relações sociais cotidianas. Esta foi a forma encontrada para entender como se processam e se materializam as relações sociais no lugar, também tomado como a dimensão territorial de planejamento das ações de vigilância à saúde. A dimensão espacial do cotidiano (ou o lugar) é a dimensão concreta das ações e das práticas sociais e o seu estudo, que é também o estudo das práticas sociais transformadas em rotina no espaço, permiti entender os diferentes usos do território.

Assim, a escala geográfica operativa para a territorialização emerge, principalmente, dos espaços da vida cotidiana, compreendendo desde o domicílio (dos programas de saúde da família) a áreas de abrangência (de unidades de saúde) e territórios comunitários (dos distritos sanitários e municípios) (MONKEN e BARCELLOS, 2005, p. 901).

Os autores entendem, diga-se corretamente, que o território deve ser analisado a partir das pessoas que dele se utilizam. Mas como entender as pessoas e suas ações na produção de territórios do cotidiano? A forma encontrada para fazer isso foi conjugar o estudo da

“constituição do território” de Milton Santos à “teoria da estruturação” de Anthony Giddens. Esse “casamento” resultou na produção de uma metodologia de reconhecimento dos usos do território e uma proposta para a organização das ações de vigilância à saúde no lugar. A ideia é bastante inovadora porque trabalha empiricamente o território através das práticas sociais cotidianas. Assim, o estudo da constituição do território (como proposta para uma geografia empiricizável) e sua associação com a teoria da estruturação (como proposta de desvendamento da atividade humana e de sua estrutura) acabou se constituindo como um método para o desvendamento do território local.

Os inúmeros trabalhos que tratam o território e a territorialização em saúde no Brasil assinalam claramente a busca pela produção de um modelo de planejamento e gestão territorial dos serviços em todo o país. Entretanto, ao que parece, não há uma avaliação adequada da abrangência conceitual do termo territorialização. Observa-se a preocupação dos autores em explicar a técnica de planejamento derivada de uma territorialização da saúde. E isso é muito bem feito, sobretudo nos trabalhos de Unglert (1993; 1955) e Monken (2003). Porém, é escassa a bibliografia que propõe debater teoricamente a territorialização. Nesse sentido, considere-se o próximo tópico como uma tentativa de teorização sobre o uso dessa expressão no setor saúde.

2.5. Territorialização ou “arearização”: considerações críticas

Deve-se analisar criticamente o que se entende por territorialização e a sua adoção nas políticas de saúde pública, especificamente no que se refere à organização da atenção primária à saúde. O problema não é conceitual simplesmente, pois os conceitos em si não mudam a realidade, mas sim a sua aplicação. Ocorre que a aplicação depende diretamente do entendimento que se tem do conceito. Em outras palavras, a prática depende da teoria e vice versa.

A territorialização pode ser entendida como um conceito e como uma técnica²⁹. No setor saúde, é comumente tratada como uma técnica ou como uma forma de organizar os serviços de saúde nos municípios. O conceito, propriamente dito, é pouco discutido, assim como base teórica que o fundamenta. Observa-se, nesse caso, que a prática suplanta a teoria, o que por si já é um problema.

²⁹ Recorde-se a dificuldade para encontrar na literatura uma definição exata da territorialização, ora se apresentando como técnica, ora como tecnologia, ora como instrumento e ora como metodologia.

A territorialização é um derivativo do conceito de território, ou seja, há o território e com ele a territorialização e a territorialidade. Portanto, o entendimento desses dois últimos depende do entendimento do primeiro, uma vez que estes podem também ser considerados o processo de constituição do primeiro. De modo bastante simples, pode-se dizer que a territorialização é o processo de constituição de territórios e a territorialidade é o motor provocador desse processo. De fato, a territorialização tem um caráter processual ao passo que a territorialidade tem um caráter estratégico.

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 (SACK, citado por MONKEN e GONDIN, 2008, p. 393).

A territorialização, por sua vez, deve ser entendida como a apropriação do espaço por distintos atores sociais e suas distintas territorialidades. Pode ser definida como o processo desencadeado pelas relações sociais em espaços e tempos determinados e que dão existência e vida ao território. Daí o seu caráter processual, pois se apresenta como relações sociais que vão se projetando (territorializando) no espaço, como quer Raffestin (1993). Dessa forma, o território está em permanente construção e reconstrução, pois as territorialidades e a territorialização mudam conforme determinadas condições histórico-sociais. No contexto do mundo das redes esse caráter transitório do território vem sendo cada vez mais debatido, e é isso que autoriza alguns autores, como Haesbaert (2004), a tratar os processos de perda (desterritorialização) e constituição de territórios (reterritorialização), fenômeno que o mesmo autor prefere chamar de multiterritorialidade. De fato, o mesmo movimento que desterritorializa de um lado, reterritorializa de outro, indicando que a territorialização está no cerne desses dois movimentos simultaneamente (DELEUZE e GUATTARI, citados por SAQUET, 2007).

O debate da territorialização da saúde deve incluir o estudo desses processos. Afinal, o que se está territorializando hoje (os serviços de saúde) pode ser desterritorializado amanhã. Não se está aqui justificando o estudo da tríade territorialização-desterritorialização-reterritorialização (TDR), mas que o uso da expressão territorialização exige pensar nos processos sociais que o anima, o que, por sua vez, exige considerar o seu caráter transitório e efêmero.

Outro aspecto importante que se deve pensar ao tratar da territorialização, além do seu caráter processual, são as suas dimensões sociais de análise. Para Haesbaert (2004), a

territorialização tem uma dimensão enraizadora e está mais diretamente ligada às iniciativas político-culturais, ao passo que o domínio do capital, sobretudo relacionado com a globalização, tem uma dimensão desenraizadora, portanto, desterritorializadora. A territorialização deve ser entendida como um movimento produtor de territórios. Porém, só pode ser discutida no contexto das estratégias de apropriação social do espaço. E essas estratégias, que são as territorialidades postas em prática, alteram-se historicamente conforme as condições sociais dadas. Observa-se que o fundamento do processo de territorialização são as territorialidades e suas estratégias. Por isso, o autor vai enfatizar os aspectos políticos e culturais quando trata das territorializações, visto que elas são na verdade, a efetivação das territorialidades no espaço. Não por acaso, alguns irão relacionar o termo territorialização com espacialização, no sentido de representar a inscrição no espaço das diferentes territorialidades, também representadas pelas diferentes relações sociais de poder.

Não é correto separar, racional e unilateralmente, os elementos do real para conceber a territorialização. Obviamente os aspectos econômicos globalizados são também importantes indutores de territorialidades e de territorializações. O que se quer colocar aqui não é exatamente o que provoca ou não a territorialização, mas sim o problema de se privilegiar os processos que constituem o território e não o território como processo e como totalidade. Um desses problemas é entendimento fragmentado da realidade, uma vez que ao se buscar entender as territorialidades e suas territorializações, corre-se o risco do privilegiamento de alguns vetores sociais em relação a outros. Além disso, conforme Saquet (2009), a territorialização constitui e é substantivada por diferentes temporalidades e territorialidades multidimensionais, plurais e em unidade, históricas e relacionais. Num contexto de múltiplas territorialidades, não é possível definir unilateralmente a territorialização, pois não se trata de um evento só, mas de um conjunto de eventos relacionados e espacialmente delimitados. O risco de se eleger a territorialização como conceito e como técnica de planejamento e de intervenção na realidade é, portanto, o risco do reducionismo da complexidade do território.

Acredita-se que a política de territorialização dos serviços de saúde esbarra nessas duas considerações teóricas apresentadas até aqui, ou seja, o seu caráter ao mesmo tempo processual e múltiplo. Tal como vem sendo proposta, a territorialização pode ser definida como a apropriação de uma parcela do espaço por uma determinada unidade de saúde (UNGLERT, 1995). Em outras palavras, a territorialização é a criação de territórios de atuação de serviços de saúde na

localidade. Questiona-se se seria possível falar de “criação de territórios” nesses moldes. Afinal, o território já está posto, já existe e está em processo constante de reprodução. Os serviços de saúde se apresentam muito mais como um dado do território do que um “novo território”.

De acordo com Souza (2004, p. 57),

Tudo o que existe implica no uso do território, logo desnecessário explicitar a sua ‘territorialidade’. O uso do território que implica no território efetivamente usado é sinônimo de espaço geográfico, entendido como instância social, ou seja, aquilo que se impõe a tudo e a todos. Logo não existe territorialidade de alguma coisa, pois tudo é, por definição, essência e natureza, territorializado (SOUZA, 2004, p. 57)

Ao se instalar em um local, os serviços de saúde passam a compor o território, evidentemente o alterando, juntamente com os múltiplos elementos que impulsionam o processo de territorialização. Mas, não se trata de um novo território e sim de um novo serviço no território. Por isso, a autora vai propor analisar o território usado como totalidade, resolvendo, dessa forma, o problema da análise em torno das territorialidades e territorializações.

Está claro que a definição do território de atuação das unidades de saúde é “[...] um passo fundamental para a caracterização da população e de seus problemas de saúde” (UNGLERT, 1995, p. 33), porém, o que vem sendo feito se aproxima muito mais de uma “arearização” do que propriamente de uma territorialização. O termo “arearização”, um neologismo, está sendo usado no sentido de criação ou delimitação de áreas. Isso é muito comum na implantação do Programa Saúde da Família (PSF), na medida em que pressupõe, inclusive para efeitos de financiamento, a definição da área de abrangência da equipe de saúde e das microáreas de atuação dos seus agentes. Fala-se em territorialização, mas a prática se define muito mais pela adscrição da clientela e a definição areal de atuação do serviço do que mesmo da apropriação do espaço.

Nesse sentido, a acepção “territorialização” acaba de algum modo justificando a adoção de uma prática, também tida como um método ou técnica, de criação de áreas (arearização) de atuação dos serviços de saúde. Uma das razões que explica isso é a base conceitual, sobretudo porque o território vem sendo tomado, como já se destacou, a partir dos processos que o constituem e não a partir de si mesmo como totalidade. Mesmo considerando-se os debates que vem sendo feitos em torno da TDR, a ideia da criação de territórios de atuação de unidades de saúde parece não se encaixar, haja vista que a territorialização se explica como o resultado de múltiplas territorialidades inscritas no espaço. Não que a saúde não seja uma expressão da

territorialidade, apenas que ela deve compor essa totalidade e não se apresentar como algo isolado que se está territorializando. Evidentemente essas questões estão sendo tratadas amplamente nos estudos que propõem métodos para a territorialização, com destaque para Unglert (1993; 1995) e Monken (2003; 2008). Para esse último, por exemplo,

“[...] a proposta é conceber uma territorialização ampla em que este processo seja o método de obtenção e de análise das informações sobre condições de vida e saúde de populações, um instrumento para se entender os contextos de usos do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos, etc.) [...]” (MONKEN, 2008, p. 143, grifo nosso).

Nesse caso, a territorialização vem sendo tomada como método ou instrumento, podendo ser definida muito mais como uma tecnologia do que mesmo como um “novo” território em construção. Ainda de acordo com esse autor, o reconhecimento dos territórios e de seus contextos de usos permite a “[...] constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde [...]” (2008, p. 144). Parte-se, portanto, do reconhecimento e não da criação de territórios, embora ele insista no uso da expressão territorialização. Tem-se que o autor propõe não a criação de territórios, mas a inscrição dos serviços nos territórios que serão reconhecidos. Isso significa um progresso na direção daquilo que se está refletindo nesse texto, ou seja, o território usado, já existente e em processo de construção.

A proposta da territorialização dos serviços de saúde é também tomada como uma forma de redesenhar o sistema de saúde brasileiro a partir de uma estrutura territorial definida. Sob influência e ação do Estado, o sistema de saúde vai se inscrevendo no espaço, territorializando-o e formando uma verdadeira rede de serviços com uma “perfeita” racionalidade territorial. Essa foi a forma encontrada, sobretudo a partir do município, para tornar o sistema acessível, universal e equitativo. Impulsionada pela política oficial do Estado, o território municipal passou a ser esquadrihado ou territorializado pelos serviços de saúde.

Esse modo, diga-se oficial, de organização territorial dos serviços esbarra, de acordo com Faria e Bortolozzi (2009), em duas deficiências conceituais. A primeira refere-se ao entendimento estritamente físico-geométrico do território, também tomado como a apropriação de uma área ou de uma extensão qualquer de terras. Há também, nesse caso, a influência da tradicional concepção naturalista do território, quase sempre confundido com solo ou terra. “A configuração espacial resultante desta perspectiva parcial é formada por um conjunto de territórios isolados, como se em cada localidade fosse exercido apenas um tipo de

territorialidade” (BARCELLOS e PEREIRA, 2006, p. 50). Esse “território-solo”, se assim se pode referir, acabou sendo tomado como referência para localização dos serviços de saúde, além de ser, como aponta criticamente Unglert (1995), extremamente prático, bastando ter em mãos um mapa, um lápis e uma régua para determinar áreas de atuação.

A segunda deficiência refere-se ao entendimento estritamente político do território. Os seus limites coincidem com as instâncias do poder federal, estadual e municipal e, na escala intraurbana, os zoneamentos e bairros. A atuação do Estado é, sem dúvida, fundamental para o entendimento da configuração do território, sua ação pode conferir densidades e funcionalidades diferenciadas, ordenar os usos, promover o desenvolvimento ou o atraso de determinadas frações do território. Porém, além do aspecto político, apresentam-se os fatores econômicos, históricos e culturais que respondem pela produção de territórios e territorialidades as quais nem sempre estão circunscritas aos limites impostos pelo Estado-Nação. Nos moldes em que vem sendo feita, a territorialização equivale à criação de territórios político-burocráticos no interior do município. São recortes espaciais criados com a função precipuamente administrativa. Dessa forma, esses territórios administrativos da saúde acabam por se sobrepor aos territórios do cotidiano e os seus limites nem sempre são coincidentes. Entre as características dessa territorialização (arearização), cita-se o seu caráter artificial, pois seus limites são definidos arbitrariamente conforme protocolos burocráticos, como número de habitantes e profissionais de saúde envolvidos. Disso deriva certa “incongruência territorial”, pois as ações tomadas no interior do território político nem sempre são condizentes com as necessidades do território realmente existente. Há, dessa forma, certo reducionismo teórico-conceitual da categoria território, negligenciando-se o seu potencial para a identificação de problemas de saúde, de propostas de intervenção e de gestão propriamente dita (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

A territorialização de unidades de saúde da família, por exemplo, vem ganhando contornos bastante burocráticos. Sabe-se que a primeira providência ao se implantar um PSF é a definição do território onde o mesmo será instalado (BRASIL, 2001). Porém, a definição desse território fica condicionada a certo padrão relacionado com a população a ser atendida e o número de profissionais envolvidos. A adscrição da clientela (entre 600 e 100 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4000 pessoas), por exemplo, não apenas se refere ao cadastramento da população a ser atendida, ou seja, quem será atendido, mas antes define quantos serão atendidos. Acredita-se que esse fator “quantidade” acaba de alguma forma engessando

qualquer proposta da gestão territorial desses serviços. Na forma como vem sendo feita, a adscrição da clientela antecede a definição do território, quando deveria ser o contrário. Evidentemente, o cadastramento se efetiva depois que o território foi dividido, mas o número de famílias a serem atendidas acaba por se impor como condicionante.

Parece improvável que todos os territórios se encaixem num limite máximo de 4000 habitantes, seria realmente uma pretensão. Uma proposta de organização dos serviços a partir do território deveria considerar suas múltiplas escalas, o que levaria, no caso do PSF, por exemplo, à criação de equipes de dimensões variadas. Não é possível conceber que duas unidades de saúde da família, localizadas em áreas extremamente distintas de uma cidade, tenham a mesma dimensão. Afinal, são pessoas diferentes, territórios diferentes e necessidades diferentes. Veja-se que não se está entrando aqui na questão dos serviços prestados e profissionais envolvidos, pois renderia uma conversa ainda mais alongada das “individualidades” de cada território e, portanto, de serviços adequados ou não a essas individualidades.

Os novos direcionamentos para organização das unidades de saúde da família vêm tornando o programa cada vez mais flexível, sobretudo quando implantados em grandes centros urbanos (BRASIL, 2007b). Essa seria a forma encontrada para tornar minimamente mais viável, não só a gestão territorial desses serviços, mas, principalmente, a sua adequação às necessidades dos territórios. Há também especificidades regionais como as que vêm sendo implantadas em Minas Gerais e que serão discutidas no quarto capítulo desta tese, além da progressiva autonomia municipal na gestão do SUS. No caso do PSF, as dificuldades são maiores porque a sua implantação está atrelada ao cumprimento de uma série de regras que condicionam a transferência dos recursos da União aos Municípios.

Porém, essa progressiva flexibilidade acaba esbarrando na prática. É muito mais difícil implantar equipes de saúde da família múltiplas para se adaptarem aos múltiplos territórios. As variações nas dimensões e nos tipos de serviços prestados tornariam a gestão complexa, embora seja mais condizente. Além disso, os gestores e profissionais da saúde não têm uma formação adequada para pensar a complexidade do território, o que acaba levando à adoção de um padrão para divisão das equipes e sua implantação. Há também aí um componente político importante, uma vez que a padronização não só facilita a aplicação, como também o seu controle. Em sistemas municipais de saúde, a criação padronizada de áreas de atuação dos serviços de saúde

pode ser influenciada, como apontou Unglert (1995), pelos interesses políticos locais, sobretudo relacionados com as demandas eleitorais mais importantes.

Esse caráter político-prático acaba de algum modo justificando a adoção da territorialização da saúde, uma vez que pode ser mais fácil e “melhor” (politicamente) criar um “novo” território (territorializar) para o serviço do que inseri-lo no contexto dos múltiplos territórios existentes. Nesse caso, a deficiência teórico-conceitual se associa à comodidade político-administrativa e as consequências derivadas disso se apresentam na forma de iniquidades territoriais de todo tipo.

Algumas alternativas para resolver essas questões vêm sendo debatidas e apresentadas por diferentes autores, muitos dos quais citados nesse texto. Não se deve condenar tudo, mas também não se pode consentir deliberadamente. Por isso, é fundamental que a discussão teórica se associe à prática para entender quais as implicações do uso político desse conceito no setor saúde. É isso que será feito nos próximos capítulos.

Entretanto, não seria possível encerrar esse capítulo sem mencionar as redes de atenção à saúde, seus modos de organização, sua importância e o papel da atenção primária na sua constituição. O debate da territorialização ganha força renovada com as redes, pois entre outras, o território é condição fundamental para sua existência. De fato, os fluxos de usuários na rede não são apenas fluxos entre serviços de saúde, mas fluxos entre territórios. E isso de modo objetivo, ou seja, as pessoas se deslocam entre lugares e distâncias. Considerem-se, portanto, algumas questões a esse respeito como último tópico desse capítulo.

2.6 A atenção primária, o território e as redes de atenção à saúde: intercambiamentos necessários para a integração das ações do SUS na localidade

De acordo Santos (2004), o conceito de redes supõe uma existência material, dada pela infraestrutura ou por toda espécie de engenharia efetivamente construída, e uma existência social, dada pelas diversas formas de uso ou pela sua construção e apropriação política e econômica num dado momento histórico. E nesta fase da histórica, continua o autor, a noção de redes se impõe como condicionante para entender as relações sociais nas diversas escalas espaciais. Para Castells (1999), as redes constituem a nova morfologia social produzida pelo advento das novas tecnologias e são responsáveis pela formação de uma sociedade globalizada. Há certa semelhança na concepção de redes por esses dois autores, pois para ambos elas se apresentam

como a liga estrategicamente posicionada entre uma realidade local e outra global. Contudo, a forma de posicioná-la em relação ao território é bem diversa. Castells (1999), por exemplo, contrapõe uma sociedade em rede a uma sociedade territorial. A emergência de uma sociedade em rede, marcada pelos fluxos e pelos desenraizamentos, poria fim a uma sociedade territorial, mais estável e enraizada. M. Santos (2004), ao contrário, pensa as redes como um dado do território. Não há novidade no mundo das redes para esse autor, mas há novidade no mundo das técnicas. E como dado técnico ou sociotécnico, as redes ganham existência no território, mas também interferem nas relações territoriais. Por isso, este autor irá afirmar a dialética entre redes e território.

A tentação é grande em opor um mundo zonal e um mundo em rede ou reticular, afirma Haesbaert (2006), sobretudo quando se está envolvendo no debate as questões econômicas. Os limites do território, a começar pelo território do Estado-Nação, precisam ser vencidos, diluídos para deixar “livre” um mercado global e uma concorrência global. Exatamente por isso, a proposta das redes de atenção à saúde, embora aplicada ao planejamento e gestão de determinado setor público, precisa ser adequadamente pensada, sob o risco de negligenciar o território como condicionante geral para a sua existência.

O ponto de partida inicial deve ser a definição do conceito de redes. Isso de modo amplo, primeiramente, não apenas em relação aos serviços de saúde. Obviamente, a necessidade de se organizar os serviços de saúde em rede é dada pela dinâmica social que, antes de qualquer coisa, se projeta como uma rede de relações. Portanto, não se trata de pensar um modelo de planejamento ou um método adequado de gestão, mas sim de projetar os serviços para atender uma dinâmica social que se apresenta. O planejamento e a gestão são feitos em relação a essa realidade social. É um risco querer pensar as redes do ponto de vista administrativo apenas, do ponto de vista funcional. A economia de escala, a eliminação de estrangulamentos e de incongruências, entre outras questões econômico-administrativas são importantes, mas devem ser feitas em relação a uma dada realidade social.

Há ambiguidade em torno do conceito de redes nas diversas ciências sociais, mesmo no interior da Geografia³⁰. Não seria possível adentrar epistemologicamente no mérito nesse

³⁰ “A voga que a palavra e a ideia de rede estão encontrando, tanto nas ciências exatas e sociais, como na vida prática, paga o preço devido a essa popularidade. A polissemia do vocábulo tudo invade, afrouxa o seu sentido e, pode, por isso, prestar-se a imprecisões e ambiguidades, quando o termo é usado para definir situações. Dá-se o mesmo com a geografia” (SANTOS, 2004, p. 261-262).

momento. Evidentemente, isso exigiria uma extensa pesquisa teórica. Orientar-se-á pela base conceitual dessa pesquisa e já justificada no primeiro capítulo. Aliás, é difícil pensar os usos do território em Milton Santos sem considerar as redes e vice-versa.

A ideia da construção de um sistema de atenção em rede está posta na Constituição Federal, no seu artigo 198, quando diz que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]” (BRASIL, 1989, p.33, grifo nosso). Na verdade, esse caráter unificador e sistêmico, ao mesmo tempo hierarquizado e descentralizado, já denota sua organização em rede. Sem isso o SUS inexistiria, essa é uma primeira questão que precisa ficar clara. Mas, há ainda outro elemento integrador adicionado na Constituição Federal e também na Lei nº 8080/1990 (BRASIL, 1989; 1990a) e se refere, de acordo com Santos e Andrade (2008), a integralidade da assistência. Para esses autores, este é o princípio do SUS que melhor o define como uma rede de serviços, pois é impossível sua efetivação em sistemas desarticulados e desintegrados. Na verdade, há uma relação de simbiose entre os três princípios doutrinários, pois dificilmente será universal um sistema desintegrado, assim como é improvável a integralidade das ações em sistemas parciais. E a equidade, conceito que se aproxima da questão da justiça, não seria possível sem um sistema universal e também integrado.

Mas a integralidade denota mais diretamente um SUS organizado como uma rede de serviços, isso é verdade. De fato, as redes supõem fluxos coordenados e integrados, e nós que acolhem e direcionam esses mesmos fluxos. Santos (2008) vai dizer que as redes não são apenas ajuntamento de serviços. Sem haver entrelaçamento, pressuposto para a existência de inter-relações, há apenas coleções e isolamento. Contudo, são diversos os sentidos da integralidade e cada um direciona certo modo de estruturação de redes de atenção. O estudo de Matos (2006), por exemplo, apresenta três sentidos à integralidade. Uma primeira que a associa ao movimento que ficou conhecido como medicina integral. Nesse caso, a integralidade estaria ligada essencialmente a formação e a atitude do médico. No Brasil, a medicina integral ganhou contornos próprios e se associou num primeiro momento à medicina preventiva, posteriormente um dos braços do Movimento Sanitário. Um segundo sentido se relaciona com a organização dos serviços e práticas de saúde. Nesse caso, a ideia de integralidade estaria associada, de um lado, a crítica à fragmentação do sistema de atenção, o que era realidade no Brasil nas décadas de 1970 e 1980 e, de outro, a crítica ao modelo de atenção centrado nos hospitais. A proposta de

integralidade exigia certa horizontalização dos serviços como respostas às ações verticalizadas. Essa é uma concepção mais ampla de integralidade, pois remete a necessidade de organizar os serviços para responder socialmente às questões de saúde. Há, nesse caso, uma crítica à ideia de organização dos serviços para as doenças; a concepção de saúde é ampliada e a integralidade é, nesse contexto, a resposta apresentada. Por fim, a integralidade estaria associada a certas políticas especiais, desenhadas para responder determinados problemas de saúde que atingem determinados grupos populacionais. É o caso, por exemplo, do programa à saúde da mulher, entre outros.

Seja no seu aspecto mais amplo ou mais estreito, a integralidade é algo inseparável da existência de redes. E é exatamente por isso que as propostas de descentralização das ações do SUS nos três entes federados e os diversos pactos estabelecidos entre estes, denota a convergência para produção de um sistema integrado de saúde. Há descaminhos nesse processo. Tanto é assim que alguns autores como Silva e Magalhães Júnior (2008) vão dizer que dos princípios do SUS, talvez a integralidade seja o menos alcançado. Um recente documento base publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) para estabelecer as diretrizes para a organização das redes de atenção no país, também reconhece os desafios a serem enfrentados para a integração do SUS, um processo ainda não consolidado, afirma o documento. E tais desafios se apresentam também como obstáculos a serem vencidos e expressam elementos de fragmentação do sistema de atenção, quais sejam: a definição de responsabilidades federativas; o financiamento e as formas de alocação de recursos; a capacidade de gestão da produção e a humanização das ações e serviços; o acesso; a integração dos serviços do setor complementar (serviços privados e filantrópicos contratados); a intersetorialidade; o planejamento e a definição de políticas; a gestão e a qualidade dos serviços prestados; a regulação e coordenação gerencial do sistema; a judiciação da política de saúde; a gestão do trabalho em saúde e a participação, controle social, avaliação e monitoramento. Veja-se que a lista não é pequena. E para enfrentar esses desafios, o mesmo documento (BRASIL, 2008) menciona a necessidade de se articular as dimensões que estruturam o arcabouço institucional do SUS. São elas: dimensão da pactuação, planejamento e gestão intergovernamentais (relações internas ao Estado); dimensão da vontade política e do controle social (relações Estado-sociedade); dimensão da contratação de unidades de provisão dos serviços (relações Estado e mercado); dimensão de alocação de recursos financeiros (relações entre financiadores); dimensão das decisões legislativas e judiciais (relações entre

Poderes do Estado); dimensão do modelo de atenção (relações entre provedores, profissionais e cidadãos) e a dimensão da articulação com outras políticas sociais (reações de intersectorialidade na seguridade social).

Portanto, há, ao mesmo tempo, por parte do Ministério da Saúde o reconhecimento dos desafios e das ações necessárias para enfrentá-los. Evidentemente, são ações amplas, pois relacionam várias dimensões sociais, políticas e econômicas e exigem, antes de qualquer coisa, mobilização do Estado e da sociedade. É um projeto de longo prazo, não há dúvida. Contudo, devem ser reconhecidos e valorizados os diversos instrumentos que vêm sendo pactuados para a constituição de uma rede interfederativa de saúde em todo o país (SANTOS e ANDRADE, 2008), com destaque para o Pacto pela vida, em defesa do SUS e da gestão (BRASIL, 2007a).

2.6.1 Conceitos e diretrizes para a constituição das redes de atenção à saúde do SUS

Há na literatura internacional inúmeras definições de redes de atenção. Embora o debate tenha ganhado corpo na década de 1990, a ideia de integrar os serviços de saúde e constituir redes remonta ao início do século XX, a exemplo do clássico Relatório Dawson³¹. Uma extensa pesquisa bibliográfica sobre o conceito de redes de atenção à saúde foi feita por Mendes (2007). Este autor observa, a partir de relatos de experiências em redes de atenção em alguns países, que existem vários modos de organizá-las. Não há variações entre autores apenas, mas também entre países e organizações. E o cardápio é tão variado que o Ministério da Saúde se viu obrigado a publicar uma Portaria para estabelecer, no âmbito nacional, as diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2010). Ou seja, a preocupação é tão grande que apenas uma proposta para organização das redes, como a que foi mencionada anteriormente (BRASIL, 2008), não seria possível. Daí a produção de um dispositivo legal para alinhar toda federação numa mesma racionalidade. Mesmo porque, as redes supõem solidariedades interfederativas para sua efetivação e uma dupla interpretação poria em risco a própria constituição das redes do SUS.

De modo geral, as redes de atenção são propostas como solução aos sistemas fragmentados de saúde. E isso é algo de comum em meio à pluralidade e, não raro, divergências

³¹ O Relatório Dawson foi publicado em 1920 por solicitação do governo inglês. Sua missão era organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região, integrando medicina preventiva e curativa (KUSCHNIR e CHORNY, 2010). Ou seja, procura criar redes de saúde em territórios delimitados, oferecendo atenção integral a sua população. De acordo com Mendes (2007), este relatório materializa a primeira tentativa de organização nacional dos serviços de saúde em forma de rede.

nas definições sobre as redes. Para a Organização Mundial da Saúde (citado em MENDES, 2009) as redes são como um sistema integrado cuja gestão e oferta de serviços de saúde são feitos de modo que as pessoas recebam um contínuo de atenção. Uma das principais características das redes, nesse caso, é o acesso irrestrito aos serviços preventivos e curativos. E isso de modo continuado. Por isso, as redes devem permitir os fluxos de usuários entre os diversos pontos de atenção (da baixa à média e alta complexidade tecnológica) e, ao mesmo tempo, tornar possível o reconhecimento das pessoas e dos seus históricos de saúde. Nesse caso, a integração das ações na rede de saúde deve facilitar o acesso e, ao mesmo tempo, tornar mais resolutivas essas ações, melhorando-se a qualidade dos serviços prestados. Além disso, deve ser possível conceber cada pessoa no contexto de um contínuo de ações e não como práticas desconexas. Um exemplo no caso do SUS seria a integração dos prontuários dos pacientes, de modo que toda vez que o usuário acessar o sistema, seja possível ao profissional conhecer seu histórico de saúde. Tal integração é ainda fundamental para a realização de encaminhamentos ou referenciamentos entre níveis de atenção ou mesmo entre profissionais conforme suas especialidades.

A Organização Panamericana da saúde entende as redes de atenção como *“una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”* (OPAS, 2010, p. 31). A definição da população e do território é um dos seus atributos mais importantes, o primeiro numa lista de quatorze atributos enumerados pelas OPAS. São eles: uma extensa rede de estabelecimentos de saúde que presta serviços de prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento; um primeiro nível de atenção (a atenção primária), multidisciplinar, que cobre toda a população e serve como porta de entrada ao sistema, que coordena a atenção e seja capaz de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população; a prestação de serviços especializados em locais apropriados; a existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo um contínuo de serviços de saúde; a atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade, tendo em vista as particularidades econômicas e sociais de cada uma delas; um sistema de governança único para toda a rede; a ampla participação social na sua construção; a ação intersetorial; a gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico; recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com a rede; sistema de informação integrado

que vincula todos os integrantes da rede; gestão baseada nos resultados; financiamento adequado e alinhados com as metas da rede.

Não existe também um modo único de organizar redes integradas de saúde. Talvez possa haver um modo mais adequado a uma dada realidade, num dado momento. De acordo com a Organização Panamericana (OPAS, 2010) existem sistemas que integram somente pessoal da saúde, outros integram o pessoal e os estabelecimentos de saúde, e outros ainda integram o pessoal, os estabelecimentos e as seguradoras de saúde. Além disso, continua a OPAS, é possível encontrar uma variedade de formas de integração, todas válidas de acordo com os objetivos que se colocam. Há sistemas de integração vertical, quando acontece a integração das funções e atividades que estão em distintas fases do processo produtivo de serviços (é o caso da integração entre níveis de atenção à saúde). Mas, há também sistemas de integração horizontal, quando acontece a integração de funções e atividades que estão na mesma fase do processo produtivo de serviços (é o caso da integração de serviços localizados no mesmo nível de atenção, como, por exemplo, a integração dos serviços de atenção primária apenas).

O Ministério da Saúde, através da Portaria 4.279 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), entende as redes como uma importante estratégia para superar a fragmentação da atenção e para aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS. Na verdade, a fragmentação deriva do próprio funcionamento político-institucional do sistema, não há separação entre essas duas instâncias. Dessa forma, as redes são entendidas como modo de conferir um novo arranjo institucional ao SUS, integrando suas ações para garantir maior efetividade e eficiência às mesmas e, dessa forma, assegurar a maior qualidade da atenção ao usuário.

As redes são definidas como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 3). Em outro momento, o mesmo documento vai afirmar que as redes devem promover uma integração sistêmica das ações e serviços do SUS, com provisão de uma atenção contínua e integral. Interessante notar que as redes são tomadas como condição para a realização do princípio da integralidade, associando ou alinhando a referida Portaria ao que propõe a Constituição Federal. Mas há um conteúdo de novidade nesta Portaria, fruto dos debates que são feitos em torno do próprio SUS nesses mais de vinte anos. As redes são caracterizadas pela “[...] formação de relações horizontais entre pontos de atenção com centro de comunicação na Atenção Primária à

Saúde³² [...]” (BRASIL, 2010, p. 4). Dessa forma, as redes serão marcadas pelas horizontalidades das relações, inclusive devem alterar o sistema baseado nas relações verticais entre níveis de diferentes densidades tecnológicas. Acredita-se que tal verticalidade está na base da fragmentação do sistema, um sistema hospitalocêntrico. Veja-se que há o objetivo claro do Ministério da Saúde em alterar essa verticalização e centralização em torno dos hospitais, para uma horizontalização das ações e centralização de comando na atenção primária. Nesse caso, a referida Portaria sinaliza uma mudança institucional importante ou pelo menos um objetivo institucional de grande impacto, pois altera, conforme destaca Mendes (2009), uma concepção vigente na normativa do SUS que é a de um sistema hierárquico ou piramidal.

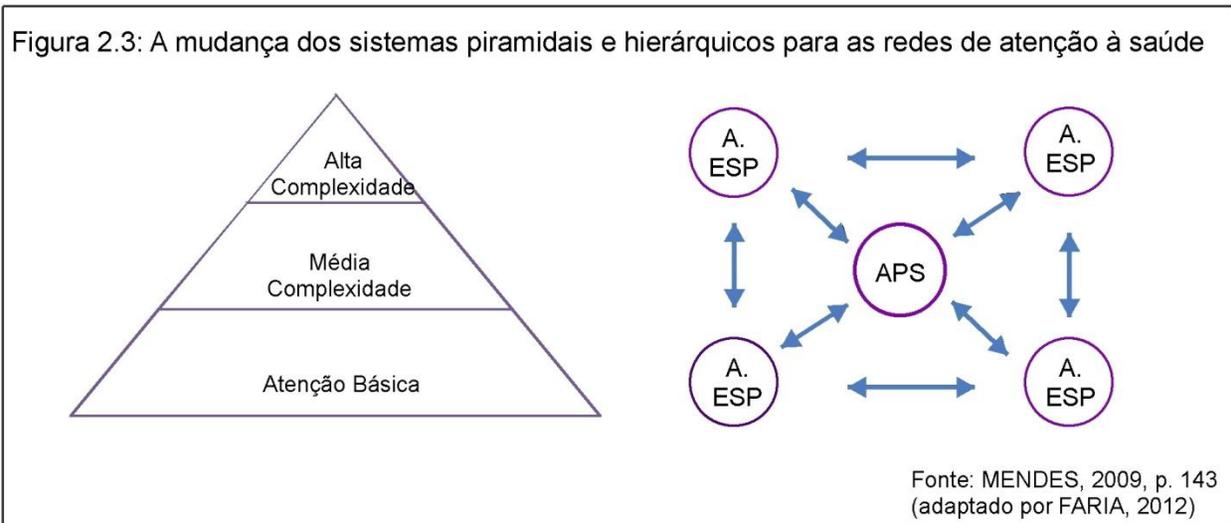
No Brasil, uma importante discussão sobre as redes de atenção vem sendo empreendida por Mendes (2007; 2009; 2010). Para este, deve haver uma mudança dos sistemas verticais e hierárquicos do SUS por sistemas horizontais e cooperativos de atenção. Dessa forma, as redes são definidas como

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenadas pela atenção primária – prestada no tempo certo, no lugar certo, com custo certo, com qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidade sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2009, p.140-141, grifo nosso).

O arranjo poliárquico, horizontalizado/descentralizado, poria fim, conforme o autor, a um sistema hierárquico, piramidal e fragmentado (figura 2.3). E para fazer isso, propõe a oferta de uma atenção contínua e integral a uma população definida, sob a coordenação e responsabilização da atenção primária. Uma preocupação de Mendes (2009) é desmistificar a concepção segundo a qual a atenção primária é uma atenção simplificada, menos complexa, primitiva. Os níveis de média e alta complexidade são representados pelos centros de especialidades (A. Esp.). Na verdade, continua o autor, há maior e menor densidade tecnológica, mas não maior e menor complexidade, haja vista que é na atenção primária que se devem resolver cerca de 85% dos problemas de saúde. Por isso, visto sob a perspectiva das ações a

³² É curioso o uso do termo Atenção Primária neste documento, uma vez que o termo mais comumente usado pelo Ministério da Saúde é Atenção Básica.

serem empreendidas, se fosse necessário classificar níveis de complexidade, a atenção primária deveria ser considerada bem mais complexa que os serviços de especialidades.



Tudo converge para a atenção primária (figura 2.3), pois é a única dotada de estrutura capaz de acompanhar sistematicamente as condições de saúde da população no seu território. Daí seu papel intercambiador dos fluxos, pois a ela compete referenciá-los em direção aos serviços de atenção especializada. Esta última deve acolher estes fluxos e oferecer especialidades tecnológicas hospitalar e ambulatorial não encontradas na atenção primária. Mas não só isso. A atenção especializada deve também contrarreferenciar esses fluxos como um retorno à atenção primária, que novamente irá acompanhar a evolução das condições de saúde de cada pessoa, família ou comunidade em particular.

Outra contribuição na direção da definição das redes de atenção no Brasil é dada em coletânea organizada por Silva (2008). Em capítulo publicado por Santos (2008) as redes são definidas como sistemas cooperativos e coordenados, expressão de novos arranjos organizacionais cujo objetivo, único para toda rede, deve ser a efetividade das ações.

Em Santos e Andrade (2008, p. 37, grifo nosso) as redes são definidas como

[...] a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais, organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde,

de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária.

Por fim, em Silva e Magalhães Júnior (2008, p. 81, grifo nosso) as redes são definidas como “[...] uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde”.

De modo geral, as definições encaminham para o entendimento de que, nas redes, os serviços devem se responsabilizar por uma população e um território definido. Outro componente comum é o papel de coordenação da atenção primária, o que denota um movimento de mudança no atual modelo hospitalocêntrico, centrado nas especialidades.

Considerem-se as diretrizes dadas pelo Ministério da Saúde para a modelagem das redes de atenção à saúde em todo o país. A partir da leitura de documento publicado em 2008, as seguintes diretrizes puderam ser transcritas e resumidas no quadro 2.1. Tais diretrizes foram elaboradas tendo em vista os direcionamentos dados no Pacto pela Saúde, em defesa do SUS e da gestão (BRASIL, 2007a). A coletânea organizada por Silva (2008) também apresenta os norteamentos para a construção das redes de atenção no SUS no contexto deste Pacto pela Saúde.

Veja-se que a territorialização encabeça a lista de diretrizes e é acompanhada pelo modelo de atenção, este voltado para a atenção primária. Não há uma hierarquia de diretrizes. Mas, não é difícil concluir que a participação popular deve acontecer num território definido e com uma população definida; o modelo de governança deve permitir a criação de bases institucionais para gerenciar um território determinado; o financiamento deve ser compartilhado, ou seja, deve se estabelecer entre entes federados localizados territorialmente; o modelo de co-gestão deve dar suporte à materialização do modelo de atenção, voltado para a atenção primária, num território definido; o planejamento estratégico deve ser feito regionalmente ou territorialmente; a intersetorialidade deve se estabelecer entre setores político-sociais de um determinado território, e o modelo de atenção terá uma circunscrição territorial, mesmo porque a atenção primária funciona territorialmente.

Quadro 2.1: Diretrizes do Ministério da Saúde, Brasil, para a institucionalização de um modelo de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde.

Diretrizes	Definição
a) Territorialização	Delimitação da população sob responsabilidade da rede regionalizada de atenção à saúde
b) Modelo de atenção	Fundamentado na organização do cuidado pela atenção primária, de forma a garantir a continuidade da atenção, a formação de vínculo terapêutico e a corresponsabilização clínica durante o processo de permanência do cidadão na rede de saúde.
c) Intersetorialidade	Representada na articulação com as demais políticas sociais como estratégia para materializar uma concepção ampliada de saúde.
d) Planejamento estratégico integrado	Feito regionalmente e estruturado a partir da identificação de prioridades de intervenção definidas com base nas necessidades de saúde da população e voltado para a garantia do acesso à integralidade da atenção com maximização dos recursos.
e) Modelo de cogestão	Capazes de proporcionar suporte suficiente para fornecer materialidade às características da configuração do modelo de atenção.
f) Financiamento conjunto intergovernamental	Estruturado de forma a reduzir os estímulos à fragmentação, buscando compor incentivos ao compartilhamento de responsabilidades, à continuidade do cuidado, à eficiência da gestão e à equidade.
g) Modelo de governança	Estruturado de forma a proporcionar estabilidade e unicidade ao processo decisório e bases institucionais sólidas para os processos de gestão e atenção. Isso significa a existência de marcos institucionais consensos democráticos.
h) Participação e controle social	Ampliados de forma a possibilitar sua potencialização tanto no processo de formação de vontade política e garantia da vocalização dos interesses plurais, quanto no exercício de suas prerrogativas constitucionais de controle social.

Fonte: Brasil, 2008 (elaboração: FARIA, 2011)

Dessa forma, a territorialização pode implicar positiva ou negativamente na constituição de tais redes, sobretudo no que se refere à atenção primária, pois uma territorialização equivocada dos serviços implica num posicionamento equivocado da porta de entrada para o sistema e para a rede. Evidentemente, isso pode comprometer o acesso, de um lado, e a resolutividade das ações, de outro, sem falar nas implicações sociais, financeiras e políticas aí envolvidas.

A importância do território na constituição das redes está dada também na Portaria 4.279 (BRASIL, 2010), notadamente no tópico que trata dos atributos dessas redes no SUS, quais sejam: população e território definidos; extensa gama de estabelecimentos de saúde; atenção primária estruturada como primeiro nível de atenção e como porta de entrada do sistema; prestação de serviços especializados em lugar adequado; existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo um contínuo de atenção; atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade; sistema de governança único; participação social ampla; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativos, clínico e logístico; recursos humanos suficientes; sistema de informação integrado; financiamento tripartite; ação intersetorial; gestão baseada em resultado. Novamente, não por acaso, população e território encabeçam uma lista de quatorze atributos.

Tendo em vista esses atributos, as diretrizes acima enumeradas e as definições dadas para o conceito de redes de atenção, conclui-se que o território é um condicionante geral para sua existência. A esse respeito, novamente as orientações dadas em Mendes (2009) e em grande parte adotadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais³³ pode contribuir para entender o quão delicado e importante é a definição territorial de abrangência das redes de atenção.

2.6.2 Elementos, componentes e modelagem das redes de atenção à saúde do SUS

Quais são os elementos constitutivos das redes? A simples existência dos serviços não denota uma organização em redes. Nem mesmo o intercambiamento de ações, pois, não raro, a integração acontece de um lado só ou ainda esparsamente conforme o tempo e o tipo de serviço. Não há redes sem território, pois o trânsito acontece entre serviços e locais. As pessoas e os

³³ Observe-se que o texto de Mendes é publicado pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. O autor esteve também envolvido na elaboração do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde cuja primeira oficina trata das redes de atenção à saúde (ESPMG, 2008a). O quarto capítulo dessa tese retoma a discussão das redes sob a perspectiva tratada no referido plano.

serviços estão localizados territorialmente. Mas apenas essa localização também não permite a existência das redes.

Para muitos as redes ganham existência na medida dos investimentos em equipamentos, da aplicação de recursos financeiros, do aumento de pessoal. Uma estrutura será necessária é verdade, do contrário não será possível coordenar os fluxos e integrar os serviços. O investimento em prontuários eletrônicos, por exemplo, é uma tecnologia importante nesse sentido. Não há redes sem os nós, evidentemente, e tecnologias que permitam os deslocamentos. Seria como falar em redes de cidades sem cidades e estradas que as interligam. Mas apenas a estrutura não sinaliza sua existência. Aliás, esclareça-se que a construção das redes de atenção tem como finalidade, entre outros, otimizar os recursos e diminuir os custos (MENDES, 2009). Talvez o principal investimento seja mesmo em pessoal, pois a estrutura montada só efetiva a existência das redes na medida das relações entre profissionais e serviços.

De acordo com Mendes (2009), toda rede de atenção à saúde tem uma população (e um território), uma estrutura operacional e um modelo de atenção. Veja-se que a questão infraestrutural está relacionada com a dimensão operacional apenas, pois população-território e modelo são elementos a serem resolvidos em outra dimensão, muito mais teórica e humana ou humanizada. Considerem-se esses três elementos constitutivos das redes conforme este autor:

a) População:

A razão de ser das redes e dos serviços são as pessoas. Mas, também os sistemas de saúde fragmentados operam para as pessoas. Apenas que tal operação se faz desarticuladamente ou descoordenadamente. O mesmo se aplica aos serviços privados. Suas operações são feitas para atender uma demanda, diga-se, cada vez maior. Mas, é um atendimento condicionando a um pagamento. Não existem redes, mas processos e procedimentos realizados aleatoriamente, conforme a demanda.

A diferença, nesse caso, e isso têm enormes implicações em termos organizacionais, é que nas redes os serviços operam segundo uma população definida, colocada sob sua responsabilidade sanitária. Conforme Mendes (2009, p. 144), “[...] não há possibilidades das redes de atenção à saúde, sejam privadas ou públicas, serem implantadas sem uma população adscrita”. Mas tal adscrição de clientela passa, entre outros, pela definição geográfica da sua localização. Por isso, todos os serviços e toda a rede devem operar segundo uma racionalidade territorial. Então, não é sem fundamento que a territorialização se apresenta como a primeira

diretriz dada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) para a institucionalização das redes de atenção em todo o país, pois, conforme o mesmo Ministério, em outro momento, “[...] as redes devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade” (BRASIL, 2010, p.12).

Em suma, as redes denotam uma circunscrição territorial. Serviços especializados serão concentrados territorialmente, mas precisam agir segundo uma racionalidade territorial, pois também devem atender uma demanda definida territorialmente (ou regionalmente). Nesse caso, o modo como será pensado o território irá depender do tipo de serviço, de sua natureza. Os de alta complexidade tecnológica estarão concentrados nas grandes e médias cidades, ao passo que os de média complexidade estarão mais dispersos. Entretanto, não há uma hierarquia entre serviços e suas tecnologias ou entre territórios e suas escalas, pois, se assim fosse, não existiriam as redes. Mas também não há uma única dimensão territorial de intervenção e de prática. Serviços de atenção primária terão uma circunscrição territorial possível de atuação por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou por uma Equipe Saúde da Família (ESF). Não será a mesma a dimensão territorial de atuação dos serviços de oncologia, por exemplo. Os territórios e os serviços, nessa ordem, formam uma unidade integrada porque os fluxos no seu interior podem ser adequadamente coordenados mediante tecnologias e metodologias de diversos tipos.

Redes e fluxos supõem sentido e direção. Assim, pessoas e serviços se deslocam territorialmente, mas não de modo desordenado. Aliás, não existem redes sem fluxos, embora possa haver fluxos sem redes. No contexto do SUS, por exemplo, podem ser identificados fluxos entre serviços sem necessariamente constituir redes de atenção, pois se apresentam como fluxos desordenados, mal arranjados e fragmentados. A formação de redes de atenção supõe certo ordenamento desses fluxos, o que não é possível, nesse caso, senão através da integração dos serviços e seus territórios. Assim, na atenção primária, por exemplo, as pessoas serão acolhidas e os fluxos serão ordenados e direcionados para os serviços especializados, conforme a necessidade. Mas, não se trata de um fluxo tipo mão única. Se a atenção primária referencia os fluxos para os demais níveis de atenção do SUS, estes, por sua vez, devem contrarreferenciar e/ou encaminhar os fluxos como um retorno para a atenção primária. É nesse sentido que a atenção primária se define como nó intercambiador de todo o sistema de atenção, pois acaba “gerenciando” todo o fluxo e toda a rede.

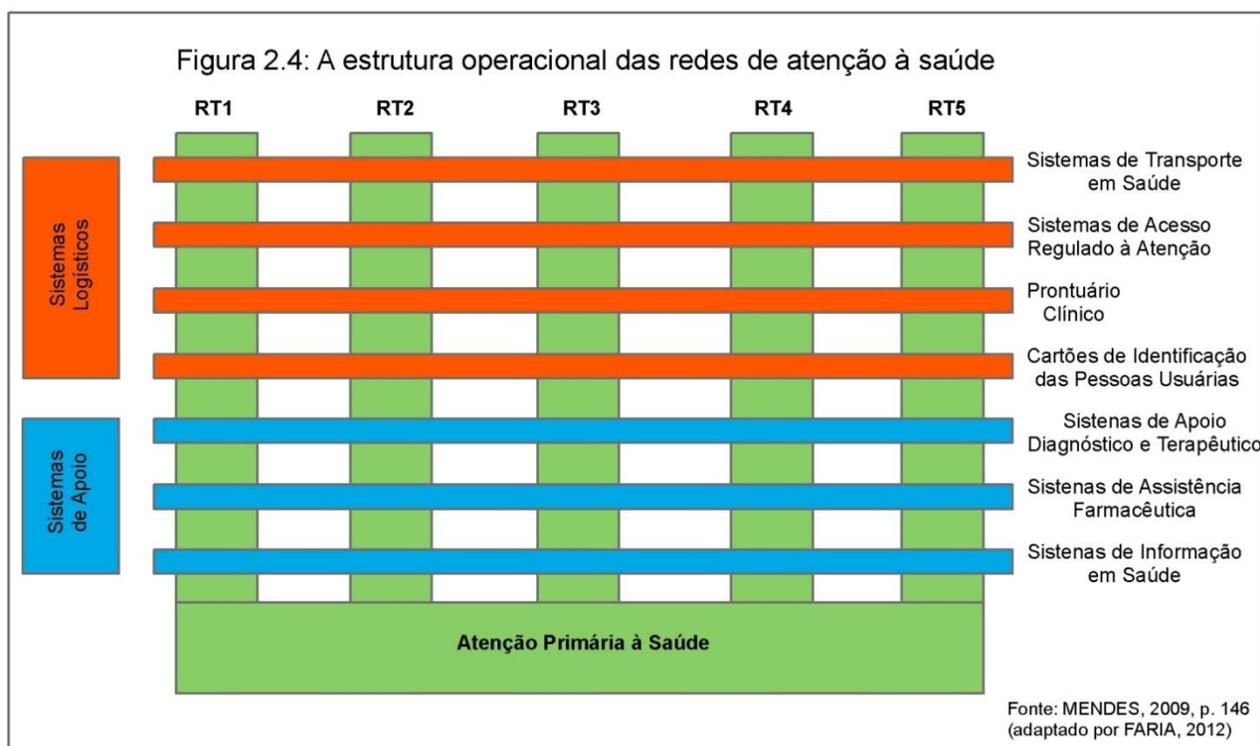
Conclui-se, dessa forma, que, juntamente com a população, o território é um elemento constitutivo das redes. E isso por duas razões bastante óbvias. Em primeiro lugar, porque é uma condição para a coordenação dos fluxos. São fluxos entre serviços. Mas, serviços e pessoas são identificados, entre outros, pelos seus territórios. Em segundo lugar, porque é uma condição para a continuidade da atenção. O que permite tal continuidade é a responsabilização dos serviços por um público-alvo. Mas a definição de tal público-alvo só é possível pela definição de seu território-alvo.

b) Estrutura operacional:

Conforme Mendes (2009), a estrutura operacional das redes é constituída pelos nós e pelas ligações materiais e imateriais que os comunicam. Tal estrutura é constituída por cinco elementos apresentados na figura 2.4. São eles: centro de comunicação (a atenção primária); os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede.

A atenção primária forma a base das redes sobre qual se assentam as redes temáticas (RT₁; RT₂; RT₃...), estas últimas representadas pelos serviços de especialidade de diversos tipos (os níveis secundários e terciários de atenção). Como centro de comunicação, a atenção primária deve intercambiar os fluxos e contrafluxos. Ao mesmo tempo, encaminhando, acolhendo e acompanhando continuamente e sistematicamente as condições de saúde da população no interior da rede e do seu território.

A integração das ações do SUS passa pelo fortalecimento da atenção primária, pois ela é a liga estrategicamente posicionada entre todos os setores e todos os serviços. Isso explica o movimento político pelo fortalecimento da atenção primária ou básica em todo o país através dos incentivos que vêm sendo dados para a implantação da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2007b). Em Minas Gerais, tal política tem se materializado com a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (ESPMG, 2008), cujos investimentos são feitos para consolidar o Projeto Saúde em Casa. Isso também explica a consideração feita, anteriormente, quando se dizia que a atenção primária, como nível de atenção, envolve um conjunto bem mais amplo de práticas e ações que a torna bem mais complexa que os demais níveis.



Para cumprir seu papel de coordenação das redes, a atenção primária deve, conforme Mendes (2009), não apenas respeitar seus atributos, mas também cumprir três funções básicas, quais sejam: resolutividade (significa que ela deve ser resolutiva e capacitada para resolver a maior parte dos problemas de saúde da população), comunicação (deve ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, produtos e informações) e responsabilização (implica o conhecimento e o relacionamento com uma população adscrita localizada num território definido).

Outro componente constitutivo dessa estrutura operacional é representado pelas chamadas redes temáticas, estas ligadas aos níveis de atenção secundária e terciária. As redes temáticas devem ser gerenciadas, conforme o autor, como pontos de atenção, não apenas como estabelecimentos de atenção. Por isso, um hospital pode conter vários pontos de atenção.

Conforme a natureza da rede temática de atenção à saúde, definem-se os pontos de atenção secundária e terciária: os Centros de Apoio Psicossocial (CAPA's), nas redes de atenção mental; os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's), nas redes de atenção bucal; as Unidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS's), nas redes de atenção às doenças renais; o Centro de Referências de Atenção às Pessoas Idosas, nas redes de atenção aos idosos; as maternidades nas redes de atenção às mulheres e às crianças etc. (MENDES, 2009, p. 168)

Um terceiro componente da estrutura operacional das redes de atenção são os sistemas de apoio. A observação da figura 2.4 mostra que este componente é comum a todos os pontos de atenção à saúde e é representado pelos Sistemas de Informação à Saúde (fundamental para a elaboração de cenários diagnósticos das condições de saúde no território de atuação das redes); Sistemas de Assistência Farmacêutica (envolve, conforme MENDES, 2009, p. 200, “[...] intervenções logísticas relativas à seleção, à programação, à aquisição, ao armazenamento e à distribuição dos medicamentos, bem como ações assistenciais de farmácia clínica”) e sistema de apoio diagnóstico e terapêutico (envolve, conforme MENDES, 2009, p. 188, “[...] os serviços de diagnóstico por imagem, os serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a eletrofisiologia diagnóstica e terapêutica, as endoscopias, a hemodinâmica e a patologia clínica”).

O quarto componente dessa estrutura operacional são os sistemas logísticos, entendidos como

[...] soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos, informações, ao longo dos pontos de atenção e dos sistemas de apoio nas redes de atenção (MENDES, 2009, p. 221-222).

O último componente da estrutura operacional das redes é o sistema de governança. De acordo com Rondinelli (citado por BRASIL, 2010, p. 16), a governança “constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições através das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e mediam suas diferenças”. São arranjos organizativos que permitem a gestão de todos os componentes da rede, cujo objetivo, entre outros, é eliminar as incongruências e redundâncias das ações, otimizando-as para um ótimo de gestão e de atenção. O sistema de governança envolve diferentes atores, compartilhamento de responsabilidades, estruturas e recursos, monitoramento e avaliação, normalmente feitos regionalmente. Por isso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) propõe que seja implantado o Colegiado de Gestão Regional onde será exercida tal governança.

c) Modelo de atenção

O modelo de atenção é o terceiro componente das redes de atenção e está relacionado muito mais com posicionamento teóricos e políticos do que com estruturas e arranjos físicos de todo tipo. Pode ser definido como

[...] um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas sub populações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (BRASIL, 2010, p. 17).

O modelo baseado nas redes de atenção preconiza um contínuo de atenção, integrado e direcionado para as condições crônicas de saúde e não apenas para as condições agudas. As mudanças sociais e demográficas indicam, conforme Mendes (2009), grande alteração nas condições de saúde da população, com prevalência das condições crônicas em relação às condições agudas. Estas últimas são marcadas por períodos de agudização, mas são temporalmente curtas (exemplos: gripe, infecções gastrointestinais, trauma físico, pneumonia, meningite, etc.), ao passo que as condições crônicas exigem sistemas integrados de atenção e a continuidade desta atenção (exemplos: diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, neoplasias, depressão, etc.). Sistemas orientador para as condições agudas são fragmentados e baseados no atendimento a uma espontânea, ao passo que sistemas em rede devem operar proativamente para evitar condições agudas e minimizar condições crônicas de saúde através de práticas de prevenção e promoção.

Novamente a atenção primária vai se colocar no cerne desse debate, pois a constituição das redes exige profunda alteração na racionalidade hospitalocêntrica dominante. É improvável um contínuo de atenção a um diabético, por exemplo, sem que este seja assistido por um profissional na atenção primária.

Diante desses cinco elementos constitutivos das redes de atenção trabalhada por Mendes (2009) e materializadas na Portaria 4.279 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), conclui-se que o território é um condicionante fundamental para sua modelagem. Contudo, ao que parece, o dado territorial vem sendo tomado secundariamente ou mesmo equivocadamente em muitos casos. Observe-se o processo de territorialização em Mendes (2009) e a proposição dada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008; 2010):

a) De acordo com Mendes (2009), as redes de atenção à saúde exigem a construção social de territórios/população. É uma territorialização, ou seja, uma construção de territórios da saúde. O que a determina? A população. Tanto é assim que o autor preferiu unir os termos

território/população. Isso poderia parecer uma redundância, pois quem produz os territórios são as pessoas, ou seja, a população. Mas, nesse caso, não, pois, o que determina o que será territorializado, nesse caso, é a população.

Observe-se que o termo “população” denota uma expressão bem mais genérica do que, por exemplo, pessoas ou mesmo habitantes. População é um número. O seja, a territorialização é uma construção político-administrativa tendo em vista uma população numericamente e previamente definida. Não são as pessoas que territorializam suas ações e criam seus territórios, são os serviços que territorializam suas ações tendo em vista uma população.

Ainda para esse autor, a territorialização é o ponto de partida para o conhecimento da população de uma rede de saúde. Novamente, a ligação que se faz entre território e população. Mas, nesse caso, a territorialização está sendo tomada como uma técnica que permite conhecer a população. Dessa forma, se fosse necessário definir uma sequência de ações, poder-se-ia estabelecer a seguinte: primeiro os serviços de saúde se apropriam de uma determinada área, territorializando-a, depois se cadastra toda a população no seu interior e ao final se reconhecem as pessoas e suas necessidades. Por isso, a territorialização é o mecanismo que permite conhecer essas pessoas. Mas não seria o contrário o mais adequado? Ou seja, não seria melhor conhecer as pessoas e seus territórios para depois sim adequar os serviços às suas características?

b) Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a territorialização é a delimitação de uma população sob responsabilidade da rede regionalizada de atenção à saúde. Há uma confusão entre território e região, em primeiro lugar. Mas, a confusão maior está novamente entre população e território. Há uma completa inversão, pois não é possível que a territorialização delimite a população. O contrário, ou seja, o que define o processo territorializador, suas forças, energias e estratégias, são as pessoas (numericamente vistas como uma população). O território não pode vir antes das relações sociais que lhe dão existência. Ainda nesse texto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p. 30) vai afirmar que “[...] o processo, as estratégias e instrumentos utilizados na territorialização devem permitir compreender os determinantes sociais do processo saúde-doença específicos daquele espaço-população”. Também aqui, como em Mendes (2009), a territorialização é um instrumento que permite conhecer as pessoas “territorializadas” pelos serviços. Uma incongruência, obviamente. Além disso, o Ministério parece associar a territorialização a um espaço-população. Sabe-se que uma coisa é o território, outra é o espaço e

ambos são produzidos pelas pessoas. E para completar o trecho citado acima, o Ministério da Saúde vai dizer que

Essa compreensão deve ser a base da definição dos fundamentos do modelo de atenção mais adequado à população para a qual está organizada Rede Regionalizada de Atenção à Saúde, permitindo a identificação dos perfis populacionais em termos de situação de saúde e a projeção de soluções adequadas a cada um deles (BRASIL, 2008, p. 30, grifo nosso)

Então, a territorialização não é uma prática secundária na organização e estruturação das redes. Através dela será possível, conforme a citação, identificar os perfis populacionais para se projetar soluções adequadas. Contudo, acredita-se, o modo como se territorializa pode determinar o modo como se identifica os perfis dessa população. Não há separação entre um perfil populacional e um perfil territorial. Um deve levar, necessariamente, ao outro. Mas, aqui, a territorialização é tomada como um modo de estabelecer os limites de atuação dos serviços, só depois o perfil da população será devidamente reconhecido. Aliás, a territorialização é um critério para tal reconhecimento. O que se está indagando é se o reconhecimento deve vir antes ou depois do estabelecimento dos limites territoriais de atuação dos serviços. Ao que parece a territorialização é apenas um modo de esquadrihar o território, de recortá-lo, para tornar possível reconhecer a população no seu interior. Contudo, o critério “população” (ou seja, número), se impõe como condicionante, pois se territorializa conforme a capacidade de oferta de serviço.

Também a Portaria 4.279 (BRASIL, 2010) quando trata dos atributos das redes de atenção utiliza os termos população e território conjuntamente, novamente indicando que o que define o segundo é a população numericamente determinada. População e território precisam ser definidos e entendidos, afirma a Portaria, pois só assim se podem ofertar serviços adequados. Nesse caso, há certo avanço, pois, agora, são os serviços que se adequam. Mas a questão territorial ainda se apresenta problemática, pois não está devidamente claro que territorialização é essa e que território se está produzindo. Talvez a questão não seja produzir territórios para a saúde, mas adequar os serviços aos territórios.

CAPÍTULO III: OS USOS E ABUSOS DO TERRITÓRIO URBANO DE POUSO ALEGRE-MG: DIAGNÓSTICO DA ÁREA DE ESTUDO

O debate da territorialização da atenção primária à saúde deve ser um debate mais prático do que teórico, embora ambos sejam indissociáveis. Ocorre que a teoria nem sempre se faz prática, o que, em síntese, não altera em nada a vida das pessoas. O contrário não pode ser dito, ou seja, a prática, ainda que destituída de um debate teórico aprofundado, irá sempre interferir no mundo da vida. A tarefa agora é discutir a territorialização como prática de gestão da atenção primária à saúde, o que não daria para ser feito sem se elegeisse um local, um espaço ou um território para a análise.

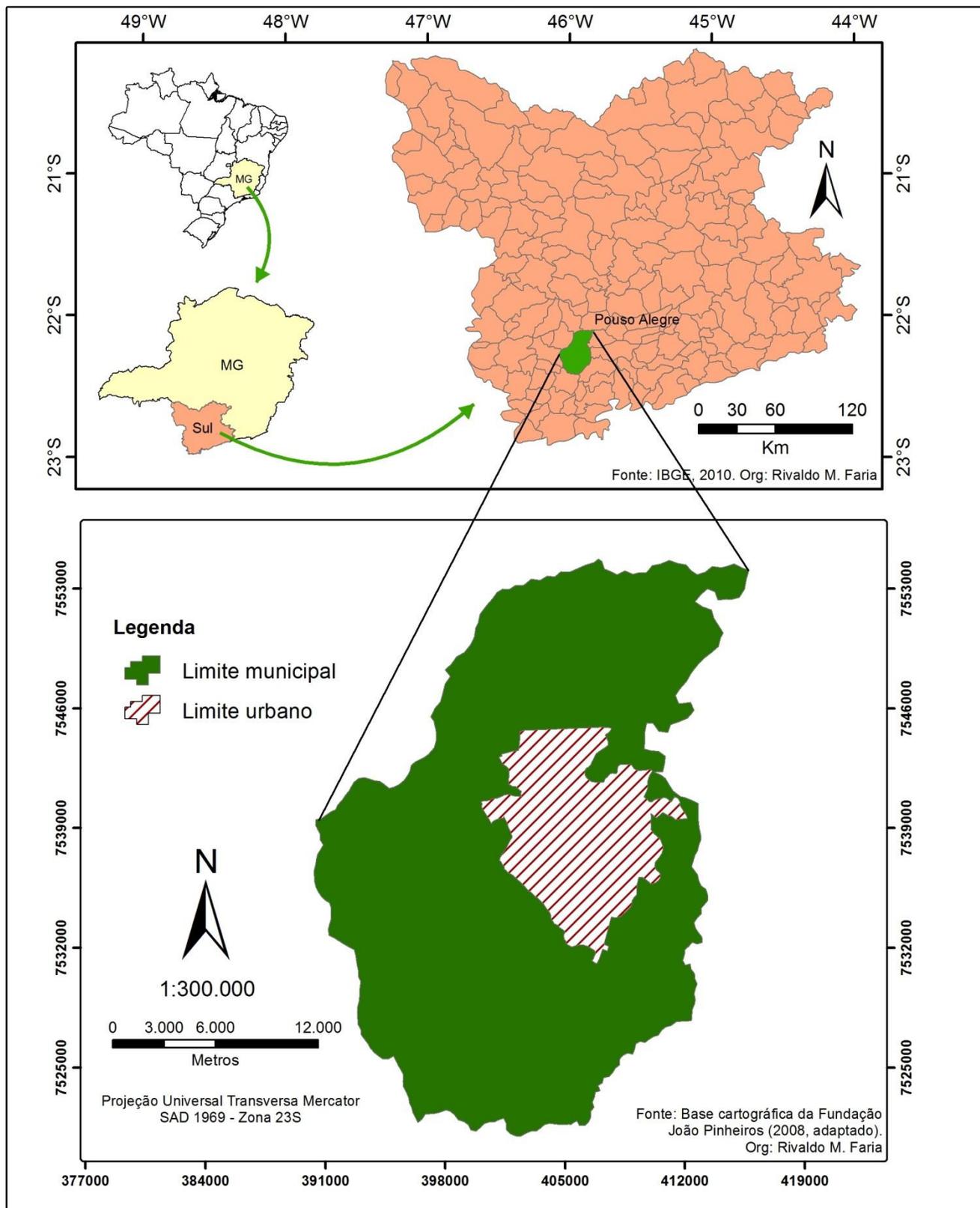
A área urbana de Pouso Alegre-MG é tomada aqui como esse local analítico e laboratório para reflexão da prática da territorialização e das consequências derivadas desta prática. As razões para seleção desta área de estudo já foram esclarecidas na introdução. Nesse momento, impõe-se a tarefa de caracterizar ou diagnosticar essa área.

Uma primeira preocupação desse capítulo foi apresentar os contextos políticos e econômicos que respondem pela produção deste território. O objeto, nesse caso, é visto de longe, sob a dimensão das relações que se estabelecem entre as diversas escalas. A cidade de Pouso Alegre não pode ser entendida sem considerar a realidade do mundo globalizado ou ainda as mudanças recentes na urbanização brasileira. Uma segunda preocupação foi apresentar a estrutura interna da cidade. O objeto, neste caso, é visto de dentro, de perto. Mas não se trata de um estudo das formas, uma morfologia urbana. Novamente, interessa entender como se apresentam os usos e quais as relações sociais que respondem por eles.

3.1 Contextos dos usos do território urbano de Pouso Alegre-MG

O município de Pouso Alegre está localizado no Sul do Estado de Minas Gerais, mais especificamente na microrregião do Vale do Sapucaí (figura 3.1), sob a coordenada central 22° 14' 02"S e 45° 55' 59"W. Está relativamente próximo das principais regiões metropolitanas do país, através da Rodovia BR 381 (Fernão Dias), que faz a ligação com as cidades de São Paulo (200 km) e Belo Horizonte (384 km); Rodovia BR 459, que faz a ligação com a cidade do Rio de Janeiro (360 km) e a Rodovia MG 290, que faz a ligação com a cidade de Campinas/SP (191 km).

Figura 3.1: Área urbana de Pouso Alegre e limite municipal no contexto da Região Sul do Estado de Minas Gerais



Á área urbana (figura 3.1), objeto desse estudo, é caracterizada por altitudes que variam entre 810m e 920m e temperatura média em torno dos 19°C (UNIFEI, 2010). A vegetação já foi quase inteiramente alterada, com exceção das poucas áreas de vale, na proximidade dos rios e algumas áreas preservadas de Mata Atlântica, localizadas no limite entre o urbano e o rural (UNIFEI, 2010). O aspecto natural mais marcante da cidade são as constantes inundações causadas pelo transbordamento dos rios Sapucaí Mirim e Mandu, os principais afluentes da Bacia do rio Sapucaí³⁴. Em trabalho anterior (FARIA, 2008) foram avaliadas as principais causas que explicam essas inundações, ocasião em que foram constatados problemas relacionados com a ocupação irregular das áreas de vale, além da atuação do poder público na implantação de empreendimentos viários, que funcionaram negativamente no combate as cheias.

De acordo com um estudo realizado pelo IPEA (2002), o Sul de Minas Gerais foi palco da desconcentração produtiva ocorrida em São Paulo a partir da década de 1960. A proximidade e acessibilidade foram os principais aspectos responsáveis por esse processo, fato que tornou a região uma alternativa locacional para os negócios e para as empresas. Por isso, cidades como Pouso Alegre e Poços de Caldas têm mais de São Paulo do que de Minas, uma vez que suas relações econômicas, sobretudo ligadas à produção e aos serviços, são muito mais efetivas com o Estado vizinho do que com o seu próprio. A proximidade geográfica foi (e ainda é) um fator determinante para esse comportamento. Mas não só isso. Fatores relacionados com as vantagens territoriais, como mão-de-obra e incentivos fiscais, por um lado, e os custos elevados das atividades produtivas nas metrópoles, por outro, foram fundamentais para o crescimento econômico dessas cidades.

Pouso Alegre se insere no contexto do crescimento das cidades médias no Brasil, fenômeno que marca a interiorização da urbanização, acompanhada da desconcentração produtiva. Esse duplo processo de concentração (metropolização) e desconcentração (desmetropolização) da população e da economia urbana brasileira, tratada em Santos (1993), foi o principal fator responsável pelo crescimento das cidades médias no país e no Sul de Minas Gerais, conseqüentemente.

A década de 1990 marcou um momento importante a partir do qual se observa o rápido crescimento populacional e urbano de Pouso Alegre. Não por acaso, essa década também

³⁴ A Bacia Hidrográfica do Rio Sapucaí integra a bacia do rio Grande, localizando-se na região sudeste e atravessando dois estados, São Paulo e Minas Gerais. O Rio Sapucaí nasce na Serra da Mantiqueira, na cidade de Campos do Jordão – SP, a uma altitude de 1650 m, e deságua no Lago de Furnas a 780 m de altitude (IGAM, 2010).

inaugura os índices mais elevados de crescimento das cidades médias em relação às cidades grandes no Brasil, como observa o estudo de Branco (2006). Não foi diferente com Pouso Alegre, que aponta índices de crescimento de sua população bem superiores aos índices do Estado de Minas Gerais e do Brasil (tabela 3.1).

Tabela 3.1: Índice de crescimento da população do Brasil, Minas Gerais e Pouso Alegre entre 1991 e 2010 (em %).

	Brasil	Minas Gerais	Pouso Alegre
1991 a 2000	15,6	13,6	30,5
2000 a 2010	12,3	9,2	22,3

Fonte: IBGE, 2010

Ainda que a tendência seja a redução desse crescimento, como se observa nos dois últimos censos, Pouso Alegre ainda apresenta índices bastante elevados, quando comparados com a realidade do país e do seu Estado. De 81.836 habitantes registrados em 1991, o município passou para 106.776 em 2000 e para 130.586 no censo de 2010. Esse elevado crescimento populacional foi concentrado na área urbana, que em todo o período foi superior a 90% do total da população (Tabela 3.2). Os índices de urbanização de Pouso Alegre são superiores aos do Estado de Minas Gerais e do Brasil, embora os dados apontem índices de crescimento mais elevados nesses dois últimos. É pequena ou inexpressiva a participação da população rural no total da sua população, fato que se explica, por um lado, pelo desfacelamento da agricultura tradicional e, por outro, pela modernização das suas atividades, sobretudo na produção de morango, que é uma cultura muito praticada nessa região.

Tabela 3.2: Variação nos índices de crescimento da população urbana e rural no Brasil, Minas Gerais e Pouso Alegre entre 1991 e 2010 (em %).

	1991		2000		2010	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Brasil	75,59	24,41	81,25	18,75	84,35	15,65
Minas Gerais	74,9	25,1	82	18	85,29	14,71
Pouso Alegre	90,8	9,2	91,6	8,4	91,59	8,41

Fonte: IBGE, 2010

No censo de 2010, Pouso Alegre registrou 91,59% de sua população residente na área urbana, número que se aproxima muito mais da realidade do Estado de São Paulo, que no mesmo

ano apresentou uma taxa de urbanização de 95,88% (IBGE, 2010), do que aqueles encontrados em Minas Gerais. Embora isso não deva ser tomado como critério comparativo, está claro, como foi destacado, a influência paulista no Sul de Minas, com consequências diretas no seu crescimento econômico. Ressalte-se que essa região se situa entre as principais economias do Estado de Minas Gerais, tanto na participação do PIB, quanto na renda per capita, conforme indica um estudo recente da Fundação João Pinheiro (FJP, 2010).

De acordo com Santos (2006), as cidades médias como Pouso Alegre se encontram na encruzilhada entre as verticalidades e horizontalidades. Há ao mesmo tempo a interseção entre agentes e forças que se realizam na localidade, ou seja, no território enquanto algo contínuo, e a interseção entre agentes e forças externas ao território, que se realizam em escala nacional e global. Além da interseção, há também a superposição, na medida em que as verticalidades podem se impor sobre as relações territoriais horizontais, assim como as horizontalidades podem reclamar um mundo de novo tipo. Esse caráter de encruzilhada acaba conferindo às cidades médias uma experiência visível das relações (econômicas, políticas e culturais) endógenas e exógenas ao território, elas mesmas responsáveis pela sua constituição e pelos seus usos. O mais interessante é que na medida em que as cidades acolhem os vetores da globalização, ou seja, das verticalidades, vão se tornando cada vez mais abertas às forças exógenas e o território vai se conformando para acolher e responder às exigências dessas mesmas forças.

Por isso, não é possível entender a constituição do território urbano de Pouso Alegre se não se considerar essas duas dinâmicas, interna e externa ao próprio território, já que são elas mesmas que respondem pelas formas de usos, pela apropriação social do espaço, assim como a sua regulação e controle. Uma questão importante derivada disso é a afirmação de uma nova racionalidade no território, marcada por formas de cooperação capitalista que independem de condicionantes do espaço herdado (SANTOS, Citado por RIBEIRO, 2006). Exatamente por isso, a análise da produção desse espaço deve se prender muito mais nos condicionantes político-econômicos de fim de século do que no processo histórico de ocupação derivada da colonização mineira, não que isso não seja importante. As novas relações capitalistas, cada vez mais articuladas globalmente, acabam, de algum modo, sepultando os espaços herdados ou em outros casos, conferem novos significados e funções aos objetos historicamente construídos.

As mudanças na dinâmica geográfica da produção e circulação industrial no Brasil atingiram Pouso Alegre em fins da década de 1980. A cidade já exercia um papel regional

importante, em função da presença de equipamentos, como, por exemplo, hospitais, universidades e serviços públicos, que contribuíram para torná-la uma referência para investimentos industriais. O poder público municipal investiu fortemente na criação de infraestrutura básica para acolher “novos negócios”, acreditando-se, como a maioria dos municípios brasileiros, que a indústria seria o carro-chefe para a sua inserção no contexto econômico nacional e global. Isenção fiscal, doação de terras, mão-de-obra barata e acessibilidade foram os principais dispositivos usados para atrair grandes empresas para o município.

Na medida em que se estrutura para acolher grandes empresas e grandes investimentos, a cidade passa a conviver com processos econômicos e políticos que nem sempre estão circunscritos em seu território. São novos agentes e, portanto, novas formas de poder, que controlam, regulam e produzem o território. Mas, não são esses os seus únicos agentes. Há também formas de solidariedades vindas de dentro ou de baixo, responsáveis pelo consumo do chamado espaço banal (SANTOS, 1996), o espaço da vida e das pessoas, efetivamente. Produz-se, desse modo, um duplo comando, que faz gerar, ao mesmo tempo, uma dupla demanda, ou seja, a demanda das empresas e a demanda das pessoas. E como atendê-las?

De modo geral as demandas são reguladas pelo mercado, ou melhor, pela capacidade de controlar e intervir no mercado. O problema é que o mercado não é apenas local, mas nacional e global. O mercado é algo que atravessa tudo e todos, inclusive a consciência das pessoas e também a “consciência” das instituições, mesmo as instituições públicas (SANTOS, 2006). Desse modo, como se trata de algo “invisível” como tradicionalmente foi pensado, o mercado globalizado, acaba por se impor a tudo e a todos, sobretudo aos territórios dispostos a acolher seus vetores. Não é difícil supor que as demandas das empresas (o chamado consumo produtivo) acabam ganhando precedência sobre as demandas das pessoas (o chamado consumo consumptivo), e isso tudo se processando não só com a conivência, mas também com o apoio do Estado. O resultado será a fragmentação do território, também materializada na diferenciação e hierarquização dos seus usos (SANTOS e SILVEIRA, 2006).

A presença dessas empresas alterou a dinâmica dos usos do território, que, de modo geral, deixou sua condição agrária tradicional para se tornar urbano industrial. Mais não só isso. A lógica territorial das empresas acabou por se impor à lógica territorial local, que agora se projeta e se ordena mais para fora do que para dentro. De fato, como bem destacam Santos e Silveira

(2006), existe uma lógica das empresas, mais territorial do que fiscal, que incide na equação do emprego, consumo, uso da infraestrutura, composição dos orçamentos e gastos públicos, enfim, sobre comportamentos individuais e coletivos. As consequências são localmente projetadas, mas a lógica que as comanda são globalmente ordenadas.

Tal lógica depende, para sua implantação, da densidade dos sistemas técnicos, sobretudo de engenharia, mas também da densidade de sistemas de informação que integrem o território ao contexto de Brasil e mundo. Em Pouso Alegre, por exemplo, foram implantadas “próteses” no espaço, como a modernização da rede rodoviária, criação do Distrito Industrial, criação do aeroporto (ainda pequeno, mas com projeção para aumentar), implantação de vias de acesso rápido, etc., todas objetivando, em última instância, o acolhimento de investimentos empresariais de todo tipo. Ressalte-se também a expansão de centros de ciência e tecnologia em todo o Vale do Sapucaí (também conhecido como o Vale da Eletrônica), fundamentais para sustentar as demandas geradas por essas grandes empresas.

Na medida em que se projeta para fora, ou seja, para realização da mais valia das grandes empresas, a cidade vai se tornando um espaço fluido, rápido ou luminoso como querem Santos e Silveira (2006). A capacidade de acolher novos investimentos depende diretamente dessa abertura e dessa projeção, no território, de novos meios técnicos e informacionais. Pouso Alegre se integrou à rede de cidades brasileiras e a economia globalizada e com ela herdou, além de uma produção industrial efetiva, as dificuldades da gestão do território num contexto de competitividade global dos lugares.

As relações sociais de poder vindas de cima ou de fora acabam por impor ao território uma nova racionalidade e com ela novos usos, muitos dos quais estranhos ao próprio território. O grande paradoxo, no caso de Pouso Alegre e da maior parte das cidades médias brasileiras, é o papel que o poder público exerce na exportação, capitalização e competitividade do território. Ao passo que deveria regular as formas de uso, torna-se ele mesmo um promotor de uma modalidade mais importante de uso.

O resultado mais visível desse processo será a mudança na estrutura do trabalho e da produção, ou seja, a mudança na divisão territorial do trabalho. Na medida em que se industrializa, a cidade passa a acolher novas formas de usos que são, em última instância, novas relações de trabalho. A divisão territorial do trabalho deve ser entendida, de acordo com Santos e Silveira (2006), como um conceito plural. Há divisões territoriais do trabalho superpostas, ao

mesmo tempo concorrentes e complementares, produzidas em diversas escalas, do local ao global, e são elas as responsáveis pela dinamização dos usos do território.

Analisando-se sob a ótica da divisão do trabalho, é possível categorizar alguns usos do território urbano de Pouso Alegre. A criação do Distrito Industrial, por exemplo, favoreceu a expansão urbana em sua proximidade, onde os usos residenciais são predominantemente formados por classes populares que trabalham nessas empresas. O Centro se dinamizou a partir da implantação de equipamentos privados e públicos para dar suporte a esses investimentos. A infraestrutura viária tem sido alterada para facilitar o fluxo e, dessa forma, rentabilizar os investimentos. O crescimento populacional, por sua vez, pressiona a demanda pelo solo urbano, que vai ordenando, conforme as características próprias do mercado imobiliário, as formas de uso. Desse modo, o território vai se fragmentando a partir das demandas sociais criadas pela dinâmica econômica e política: bairros nobres, condomínios fechados, áreas de exclusão social, áreas de riscos ambientais, entre diversas outras modalidades de usos vão se constituindo.

Ao lado dessa produção industrial que se projeta, desenvolve-se outra, mais enraizada localmente, mas sem deixar de se ordenar conforme a dinâmica do mercado globalizado. Trata-se da economia ligada à prestação dos serviços e do comércio, que em 2008 já superava a economia industrial no conjunto do Produto Interno Bruto (PIB) do município (tabela 3.3):

Tabela 3.3 Produto Interno Bruto (PIB) e valor adicionado (VA) a preços correntes, por estrutura de participação, segundo setores de atividades econômicas de Pouso Alegre entre 2002 e 2008.

	2002		2008	
	(R\$ mil)	%	(R\$ mil)	%
Valor adicionado ³⁵ por atividade				
Indústria	425.890	45,3	507.467	22,9
Serviços	440.724	46,9	1.337.097	60,3
Agropecuária	17.599	1,9	59.305	2,7
Impostos/Interm. financeira	30.362	3,2	311.423	14,1
PIB	939.249	-----	2.215.291	-----
PIB per capita	8.057	-----	17.567,73	-----

Fonte: IBGE, 2010

³⁵ O Valor Adicionado (VA) é o valor que cada atividade agrega aos bens e serviços consumidos no seu processo produtivo. Pode ser visto também como a contribuição de cada atividade para a composição do PIB

Os dados da tabela permitem identificar mudanças na estrutura econômica do município. Primeiramente deve-se considerar que a economia como um todo cresceu consideravelmente no período, com influência direta na composição da renda per capita. O crescimento econômico foi forte no setor de serviços, que de uma quase equivalência com o setor industrial em 2002, passou a compor mais de 60% do valor adicionado no PIB em 2008. A indústria, por sua vez, que parece já vir em processo de queda de sua participação no valor adicionado desde 2002, apresentou pequeno crescimento e viu diminuída sua participação na composição da economia municipal. Isso não significa que a indústria deixou de influenciar os usos do território urbano, não se deve separar os setores de atividade como entidades isoladas. O comércio, por exemplo, é representado, entre outras, pela presença de grandes empresas ligadas ao setor de varejo ou de eletrodomésticos, que encontram nas cidades médias um modo de reprodução da mais valia. Essas grandes empresas são, na verdade, grandes corporações que, em muitos casos, realizam tanto a atividade produtiva, quanto a atividade financeira. Também o setor de prestação de serviços pode ser categorizado pela presença de grandes empresas privadas que se estruturam a partir de centros urbanos regionais, como é o caso de Pouso Alegre, com o objetivo de prover os serviços para a região.

Novamente, essas atividades (serviços, comércio e indústria) sugerem, por um lado, relações fortes de hierarquia, de redes articuladas, de relações econômicas bastante complexas e, de outro, relações horizontais que estão ligadas ao seu papel no contexto regional. Essas relações permitem definir uma tipologia de atividades e de relações de trabalho dentro e fora do território que o definem enquanto um espaço em constante transformação. Conclui-se que os modos de usos do território urbano de Pouso Alegre são ordenados predominantemente pelas atividades industriais e de serviços, uma vez que os impostos e a intermediação financeira são influenciados pelos dois primeiros, e a atividade agrícola é pouco expressiva, embora não deva ser desconsiderada.

Estas atividades serão responsáveis por dois comportamentos simultâneos. O primeiro pode ser caracterizado pelo papel de comando regional da cidade de Pouso Alegre. E isso de modo mais evidente em relação aos setores de comércio e serviços. O segundo pode ser verificado pelas relações que serão estabelecidas em nível de país e mundo, devido à implantação de empresas de grande porte. O crescimento urbano será produzido por uma demanda regional e por uma conjuntura nacional e global. Em Pouso Alegre, diferente de grande parte das cidades

médias brasileiras, sobretudo do Centro-Oeste, não será o papel de suporte à atividade agrícola o fator mais importante para o seu crescimento. Há, inicialmente, o crescimento baseado nos investimentos industriais e na demanda de mão-de-obra e, posteriormente, o crescimento baseado na prestação de serviços e de comércio para uma demanda regional relativamente importante.

Isto será determinante para que a cidade apresente uma tipologia de atividades que a coloca, de um lado, como “lugar central” responsável pela oferta de bens e serviços para uma hinterlândia regional e, de outro, como centro de atividades especializadas, onde se desenvolve nichos específicos de atividades produtivas (CORRÊA, 2007). É isso que determina os usos e com eles os modos de apropriação do espaço, assim como os eixos de expansão do território como um todo. Consideremos então alguns aspectos gerais do território urbano ou intraurbano propriamente dito.

3.2 A reprodução do território urbano de Pouso Alegre-MG

Dos 130.586 habitantes registrados em Pouso Alegre no censo demográfico do IBGE (2010), 119.602 residem na área urbana. Isso representa 91,59% da população, como já foi mencionado anteriormente. Normalmente os censos trabalham, conforme Veiga (2003), com o conceito político do urbano, cujo limite considera não apenas o espaço urbano efetivamente usado, mas também aquele cuja apropriação e expansão poderá se efetivar futuramente. Ou em outros casos, continua o autor, pode se dar o oposto, ou seja, há áreas tidas como rurais que deveriam ser consideradas como urbanas.

Lefebvre (1999) já havia anunciado a dificuldade teórica para definir o espaço urbano quando dizia que o seu tecido estende-se e corrói os resíduos da vida agrária. Dessa forma, as antigas solidariedades campo-cidade vão sendo gradativamente substituídas por novas relações, fruto de uma sociedade urbana em desenvolvimento. Daí a dificuldade em dizer o que é urbano e o que é rural, pois, nesse momento histórico, ambos se imbricam. Conforme Saquet (2010), a definição da cidade e do campo se baseia no estudo das formas, o que é algo mais fácil de identificar, dado que se trata de matéria projetada no espaço. Contudo, a definição do urbano e do rural se baseia no estudo das relações sociais. E tais relações são móveis, mutáveis e híbridas.

Apresenta-se, portanto, a dificuldade em dizer onde começa a termina o território urbano de Pouso Alegre. Sabe-se a sua localização, mas seu limite é uma linha tênue, móvel e variável. Entretanto, se, por um lado, não é correto abreviar tal reflexão, apressando-se por apresentar uma

definição para resolver o “problema”, por outro, não é possível aprofundá-la nesse momento, haja vista que este é um tema delicado e, não raro, extenso. Fato é que entrar no mérito da questão teórica do que é ou não é espaço urbano exigiria uma pesquisa incondizente com os objetivos desse trabalho.

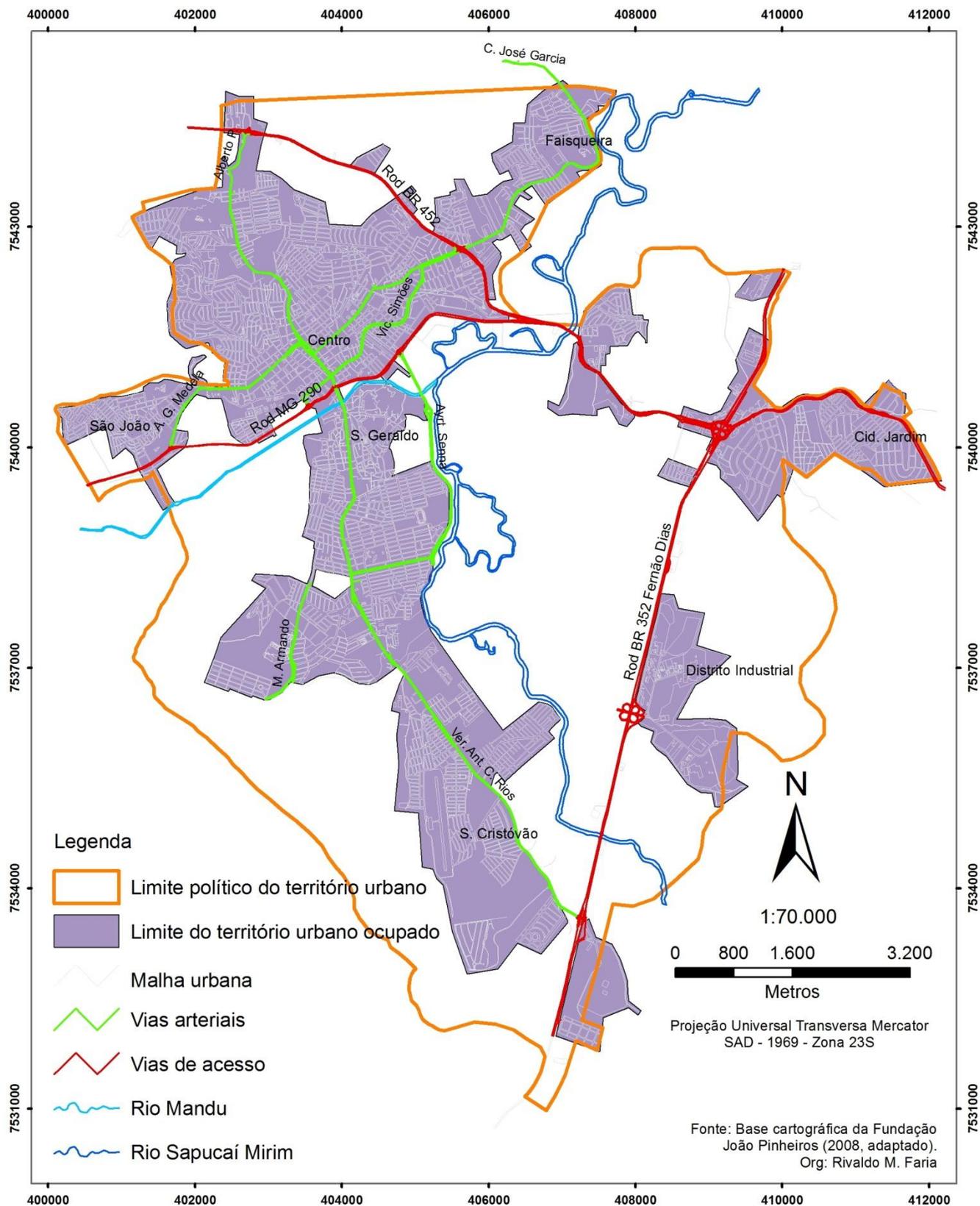
Um modo de resolver isso foi, então, retomar a ideia de território usado. Os usos materializam em si mesmos a relação dialética entre formas e conteúdos (SANTOS, 2004). Como são inseparáveis, formas espaciais devem revelar os processos sociais que lhe dão existência. Não é correto ver de um lado só, ou seja, considerar apenas as formas ou então só as ações. Contudo, como não é objetivo aqui aprofundar tal discussão, será considerado urbano o espaço efetivamente ocupado, cuja densidade e localização denotam uma urbanização³⁶.

Considere-se a figura 3.2 como referência demonstrativa dos limites políticos do território urbano e dos limites da terra urbana efetivamente ocupada. Nela estão descritas as principais vias de acesso, as vias arteriais, os principais rios e alguns pontos de identificação (o Centro e alguns bairros). Observe-se que os limites políticos desse território não são os mesmos limites do território efetivamente ocupado ou usado. Tais limites políticos estão dados no Plano Diretor do Município (PMPA, 2008) e são importantes, pois determinam as terras que podem ou não ser manejadas na perspectiva da reprodução do capital (sobretudo imobiliário) propriamente urbano. Mas, por outro lado, nem sempre esses limites políticos serão determinantes, pois junto com o dado político apresentam-se os fatores econômicos, culturais e ambientais.

Ademais, o planejamento e a gestão dos serviços de atenção à saúde são feitos em relação ao território efetivamente ocupado. Uma área inabitada não será incorporada como de responsabilidade de um serviço, por exemplo. É importante ter em mente os processos sociais que respondem pela produção do território urbano e o modo que este se projeta. Isso significa ter que considerar a expansão do uso e ocupação, as direções, entre outros. Mas, as ações serão feitas em relação às pessoas e seus territórios.

³⁶ Ressalte-se que esse é um recurso metodológico apenas. Apreender as relações sociais urbanas e tentar classificar um limite ideal demandaria um esforço teórico inapropriado para o que se pretende.

Figura 3.2: limites do território urbano de Pouso Alegre-MG e principais vias de acesso

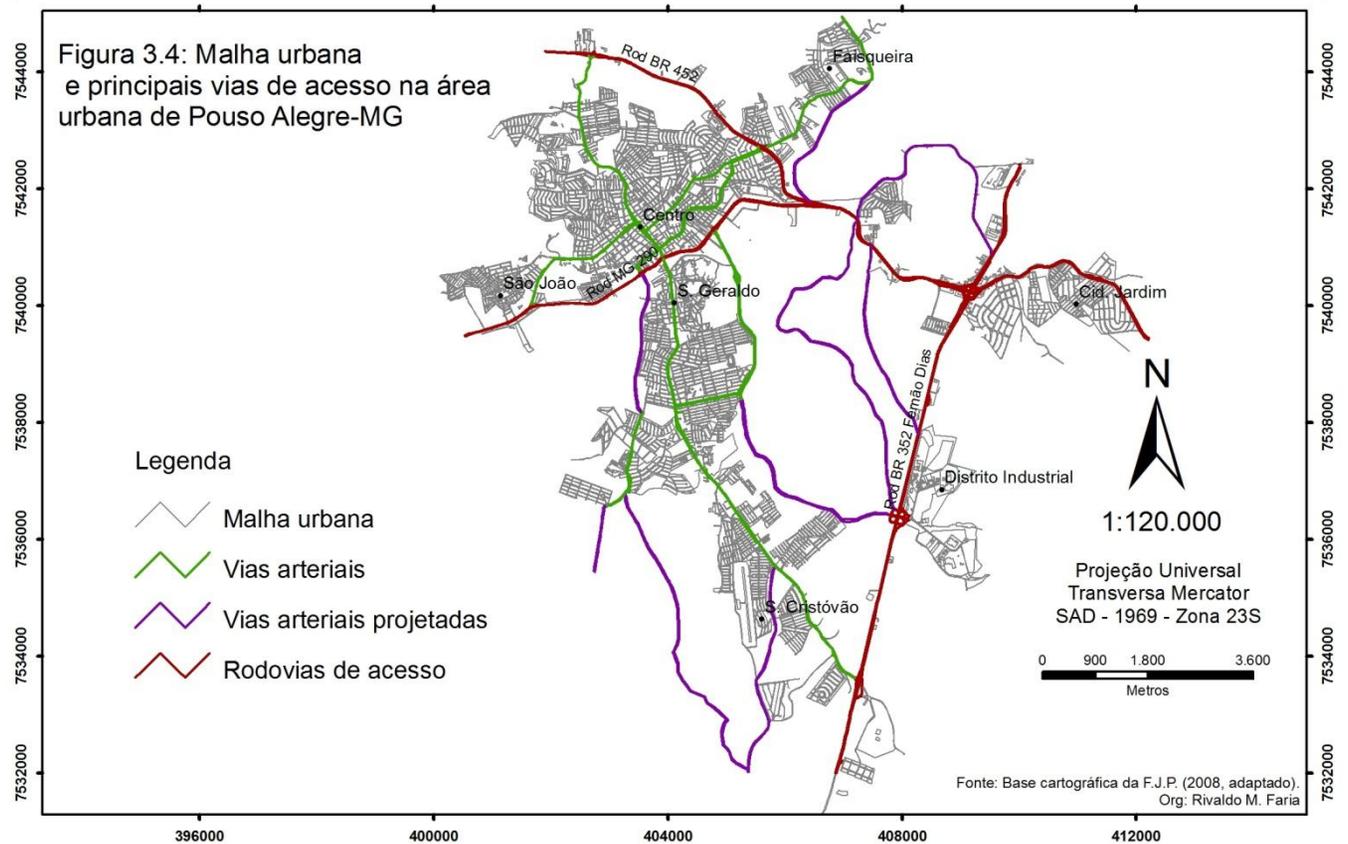
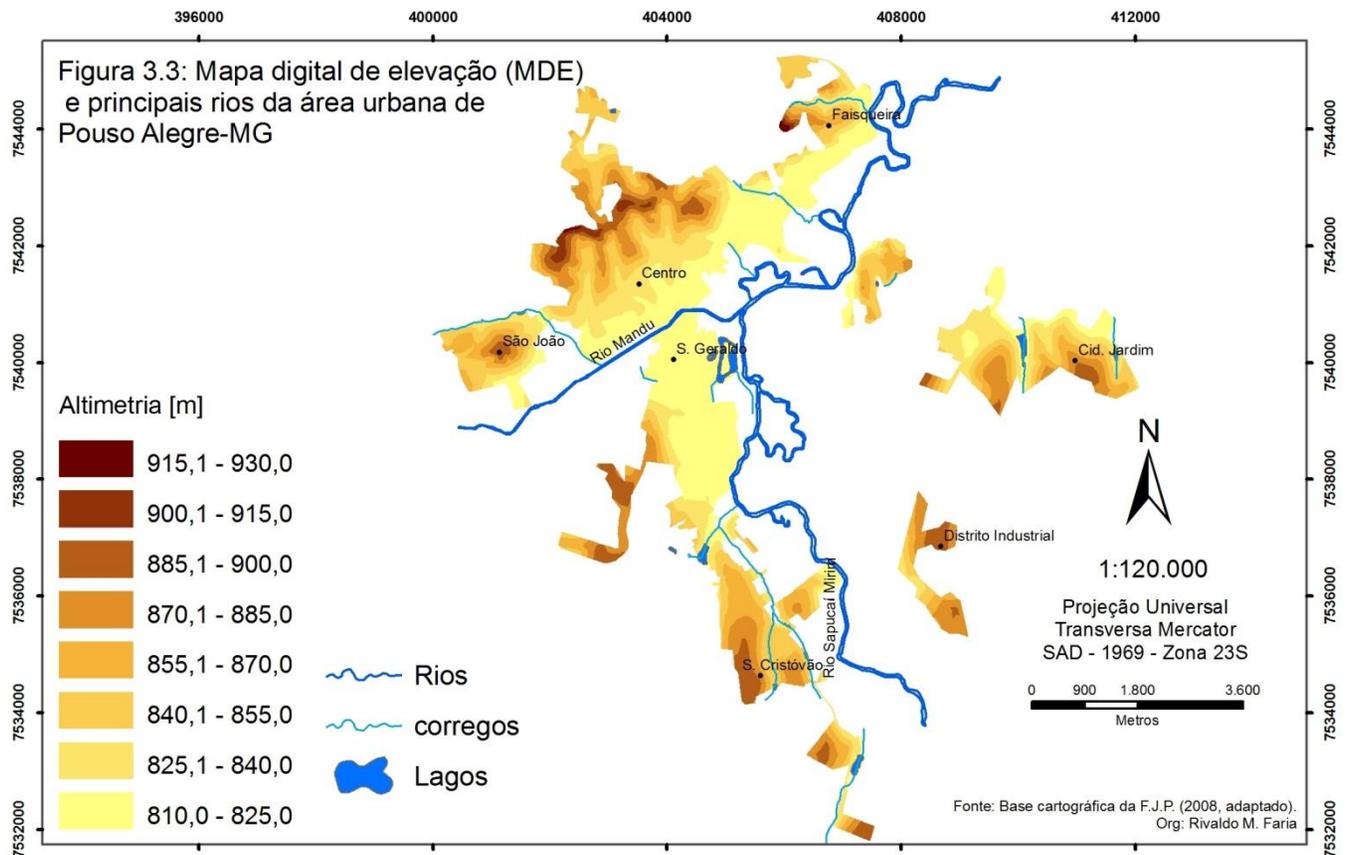


O fato de se tratar de uma cidade média pode apresentar ainda um complicador para a gestão e o planejamento, pois seu espaço é marcado, essencialmente, pela transitoriedade. Esse caráter de encruzilhada de que se falava anteriormente é um dos fatores que explica as constantes transformações desses territórios. Isso significa também que o planejamento deve se adaptar a essas transitoriedades, na medida em que o que se planeja hoje pode não se adaptar à realidade territorial amanhã.

O território urbano de Pouso Alegre vem sofrendo pressões e alterações na medida em que sua economia se integra ao mercado regional e nacional. O crescimento urbano de que se falava, fez alargar o espaço efetivamente usado, também representado pelo espraiamento do seu tecido. E esse alargamento do tecido urbano se processa em quase todas as direções, mas há alguns eixos onde a urbanização se estabelece com maior velocidade e expressividade.

As figuras 3.3 e 3.4 apontam alguns aspectos indicativos dessa expansão e ao mesmo tempo algumas explicações para o modo como se projeta espacialmente o território urbano de Pouso Alegre. Considerando-se a altitude do relevo e a presença dos principais rios e comparando-se com a malha urbana efetivamente usada, pode-se concluir que os elementos naturais são significativos na determinação dos eixos de expansão urbana de Pouso Alegre. As áreas mais elevadas ao norte e noroeste, localizadas na proximidade do centro da cidade, funcionam como um “paredão” natural para a sua expansão. Embora o mercado imobiliário exerça pressão sobre a terra urbana em todos os seus eixos, elementos naturais adversos podem dificultar a ocupação. Além disso, nessa mesma área está presente uma importante reserva natural de Mata Atlântica, o que torna ainda mais difícil a expansão nessa direção. Observe, comparando-se com a figura 3.2, que nessa área o limite político para expansão urbana já foi completamente atingido.

Se de um lado as áreas elevadas funcionam como um dificultador para a expansão urbana ao norte e noroeste, de outro, as áreas mais rebaixadas localizadas nas proximidades dos rios, sobretudo do rio Sapucaí Mirim, também exercerão papel limitador dessa expansão. Observe que a malha urbana se estende até a proximidade do rio, não o ultrapassando, exceto num trecho do rio Mandu, onde a ocupação irregular acabou forçando o uso dessa terra. Entretanto, é possível observar a pressão que se faz por essas áreas de várzea, não fosse assim, o tecido urbano não estaria tão próximo dos rios.



Nessas áreas mais baixas do relevo são frequentes eventos de alagamentos em períodos de cheia, sobretudo nas áreas próximas da confluência dos dois rios. Não é difícil supor que essas são áreas de ocupação popular de baixa renda, haja vista que a população de renda elevada se estabelece em condições naturais mais favoráveis. Além disso, uma boa parte dessas terras foi ocupada irregularmente por aqueles grupos sociais excluídos do mercado de terra urbano, tratando-se, portanto, de áreas de infraestrutura precária e de elevados riscos sociais e ambientais. É o caso do São Geraldo (figura 3.3 e 3.4), cuja área foi estudada por Faria (2008).

Quase todas as áreas de ocupação localizadas acima dos rios Mandu e Sapucaí Mirim, ou entre as vias MG-290 e BR-452 (figura 3.2), são representadas por ocupações mais antigas, onde estão localizadas a área central e os primeiros bairros que se desenvolveram imediatamente próximos do centro. São áreas urbanas cristalizadas, como aponta Corrêa (1995), onde a expansão do tecido se faz de modo mais lento, devido, inclusive, a própria pressão imobiliária que encarece essa terra.

É possível observar a tendência à expansão urbana na direção sul, sudeste, leste e nordeste, exatamente às margens da rodovia BR 352 (Fernão Dias) e da rodovia BR 452. Não por acaso, as vias arteriais projetadas se estendem exatamente nessas direções, indicando a tendência à urbanização completa na proximidade da Fernão Dias (figura 3.4). Essa urbanização tem como característica mais importante o suporte à atividade industrial. Por isso, o poder público está investindo na criação de infraestrutura, sobretudo viária, para dar suporte a essas empresas. De um lado, as empresas instaladas “forçam” o processo de ocupação e, de outro, o Estado municipal, na medida em que cria subsídios para as empresas, também cria situações favoráveis à ocupação dessas áreas. Dessa forma, se as terras ao norte, na proximidade do Centro, estão escassas e caras, ao sul é o contrário o que se processa.

A criação do Distrito Industrial (figura 3.4) nessa mesma área foi fundamental para que o tecido urbano se expandisse e incorporasse cada vez mais o rural. Por isso, não é difícil também concluir, generalizando-se, que as novas áreas de expansão às margens da Fernão Dias são caracterizadas pelos usos produtivos. E isso influencia os tipos de usos residenciais, que são formados, predominantemente, por ocupações populares de trabalhadores para essas empresas.

“A reprodução do espaço urbano recria constantemente as condições gerais a partir das quais se realiza a reprodução do capital” (CARLOS, 2008, p.83). Entretanto, é impossível separar essas duas dimensões, ou seja, o capital e o espaço (território) e suas reproduções. Os modos

como se organiza o território urbano pode favorecer a maior ou menor reprodução do capital em determinado contexto, ao mesmo tempo em que pode variar conforme determinadas condições, como aponta a autora. O problema é que também essas condições podem variar enormemente, o que torna alguns nichos ou locais mais favoráveis à reprodução do capital, ao passo que em outros essa reprodução pode ser dificultada. Esse é um dos fundamentos para o entendimento das variações dos usos do território intraurbano, haja visto que a capacidade de reprodução do capital, que está também relacionada com a divisão do trabalho, será diferenciada para cada fração desse território. É assim que se produzem não só diferenças, mas também segregações socioterritoriais.

De acordo com Carlos (2008; 2009) os modos de uso do território dependem diretamente dos condicionantes do seu processo de produção. A dificuldade que se coloca, desse modo, não é na identificação dos usos propriamente, mas sim dos condicionantes desses usos. E essa é uma tarefa complicada, uma vez que no contexto da reprodução capitalista, os condicionantes podem variar conforme determinadas condições historicamente dadas. Dessa forma, os condicionantes podem ser múltiplos, embora sua existência tenha, quase sempre, o mesmo fundamento, ou seja, a reprodução do capital. Em alguns casos, esses condicionantes podem variar conforme a projeção de uma ideia, muitas vezes postas no Plano Diretor do município.

Um fator importante para a dinamização e configuração dos usos do território urbano é dado pela fluidez, representada, sobretudo, pelo sistema de engenharia (SANTOS, 2004). Acredita-se que as facilidades postas para a produção, circulação e consumo são os principais produtores das variações nos usos. Fato é que, a dinâmica territorial acaba por reproduzir a dinâmica do capital e os anseios econômicos e políticos e ele ligados. Assim, considerando-se que a reprodução do capital é uma coisa extremamente dinâmica, conclui-se que o mesmo se processa com a reprodução do território. De um lado, o capital reproduzido altera as condições territoriais dadas, portanto, o próprio capital gera as condições territoriais favoráveis à sua reprodução. De outro, é o território reproduzido que se impõe como condição para a reprodução desse mesmo capital. Há, dessa forma, uma dialética socioespacial e o resultado mais prático dessa dialética será dada pelos modos de usos do território. Por isso, a ideia de reprodução é interessante, ou seja, sempre e em todo momento o território e o capital serão reproduzidos.

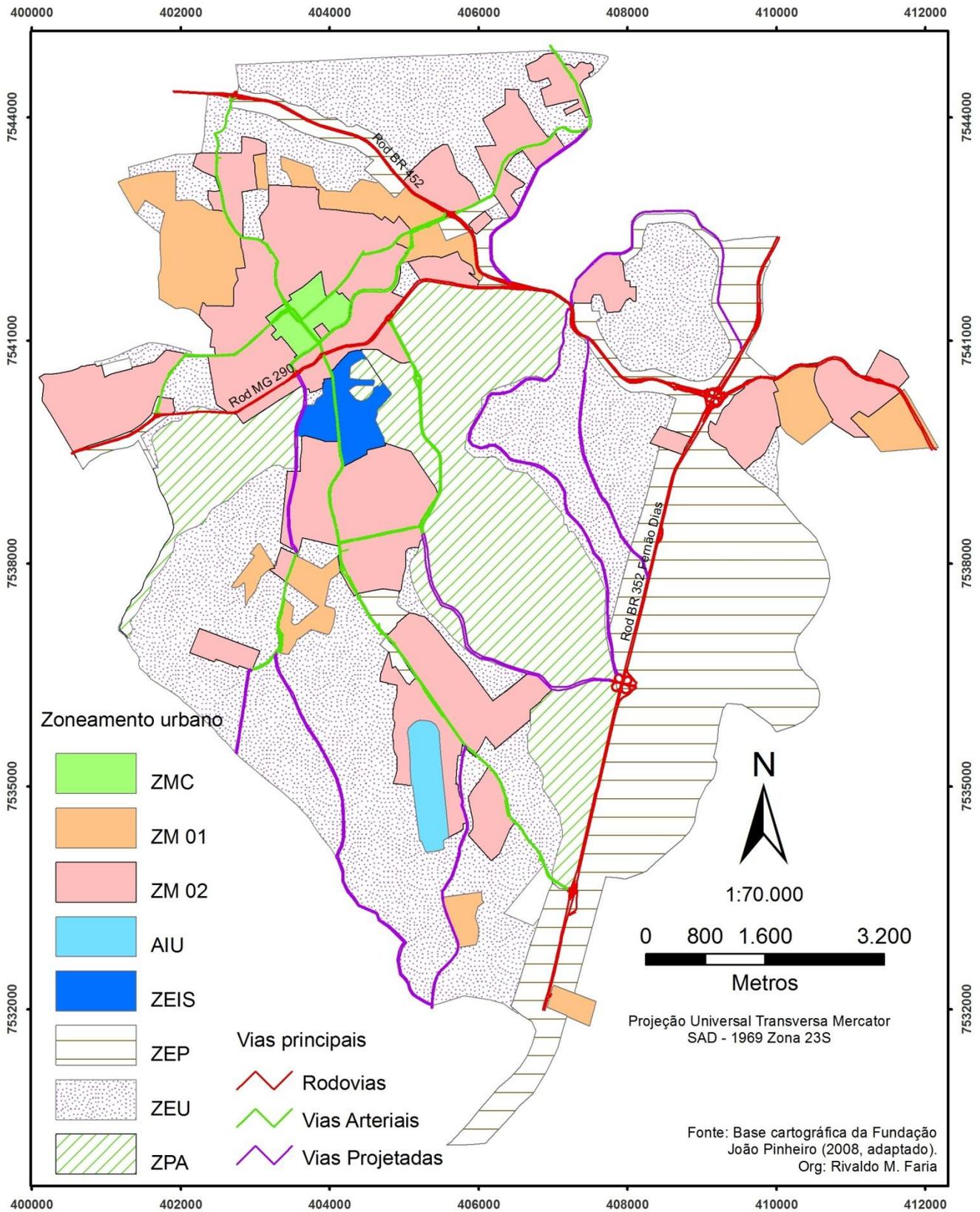
A figura 3.5, uma simplificação que se fez do mapa de zoneamento urbano do Plano Diretor do Município de Pouso Alegre (PMPA, 2008), aponta aspectos gerais dos usos desse território e as projeções que se fazem para os usos naquelas áreas de expansão urbana. O mapa

destaca ainda, além das rodovias de acesso e ligação de Pouso Alegre com a rede de cidades regionais, as vias arteriais existentes e as vias arteriais projetadas. Entende-se que essas vias de ligação interna e externa do território urbano serão determinantes para os modos de uso.

A Zona Mista Central (ZMC) é o núcleo original da cidade, onde estão assentados os equipamentos públicos mais importantes. É uma área predominantemente comercial, não poderia deixar de sê-lo, mas abriga também usos residenciais em construções relativamente verticalizadas. Há, portanto, elevada densidade, não apenas demográfica, mas, sobretudo informacional, e são esses fatores que tornam essa área o centro decisório da vida urbana como um todo. Observe-se que quase todas as vias arteriais existentes convergem para essa área. Porém, há uma saturação espacial, representada pela pressão que se faz pelo uso, seguida do seu encarecimento. Essa saturação é particularmente representativa no sistema de transporte, apresentando-se cada vez mais caótico nessa área. Há, dessa forma, a necessidade da criação de novas áreas de expansão urbana e um “novo centro” (ou novas centralidades), o que já vem sendo discutido pela sociedade em geral.

Projetos de expansão urbana estão sendo desenvolvidos para descentralizar e, ao mesmo tempo, reduzir a pressão que se faz na ZMC. É isso que explica a densidade de vias arteriais projetadas ligando o território urbano à Rodovia Fernão Dias ao sul. Essa área acabou se constituindo como o eixo mais importante dessa expansão urbana e, possivelmente, deverá representar o papel de uma nova “centralidade” urbana em Pouso Alegre. E existem dois aspectos indicativos que demonstram a expansão urbana nessa direção: o primeiro é representado pelas Zonas de Empreendimento de Porte (ZEP), a maior parte delas localizadas na proximidade da mesma rodovia. Nessas áreas, ainda não totalmente ocupadas, está localizado o Distrito Industrial do município (figura 3.4). O uso produtivo desse solo acabou exercendo um papel importante para o adensamento dos usos residenciais, normalmente representados por classes de trabalhadores dessas empresas. O segundo é representado pelas Zonas de Expansão Urbana (ZEU), a maior parte delas localizadas nessa mesma direção, com exceção de alguns eixos de expansão localizadas na proximidade da Rodovia BR 459, ao norte e nordeste. As ZEU são cortadas em sua maioria pelas vias arteriais projetadas e quase todas se limitam com as ZEP.

Figura 3.5 Mapa de zoneamento urbano de Pouso Alegre-MG



Há, dessa forma, uma relação entre investimentos e expansão urbana, com o Estado Municipal intermediando tudo isso. Há ainda uma Área de Interesse Urbanístico (AIU), também localizada ao sul, compondo, juntamente com as demais, todo um espectro de pressão que vai se estabelecendo nessa área. Essa AIU é um espaço dedicado à construção e modernização do aeroporto municipal, portanto, será também determinante para definir os modos de uso do território na sua proximidade.

A Zona Especial de Interesse Social (ZEIS), localizada na proximidade do Centro (onde está localizado o São Geraldo, figuras 3.4), é uma área de transição entre as áreas de ocupação tradicional e as áreas de expansão urbana ao Sul. Trata-se de uma área formada, em grande parte, por uma ocupação irregular, com condições sanitárias e ambientais bastante precárias. Na proximidade da via arterial que a corta, os usos são múltiplos, envolvendo ocupações residenciais, comerciais e pequenos negócios. A proximidade com o Centro acabou servindo como elemento motivador para a ocupação irregular dessa área, embora, talvez, ela jamais devesse ter sido ocupada. Trata-se de uma área propícia a alagamento, devido a sua localização numa área de várzea e às margens dos dois principais rios urbanos (figura 3.3). Exatamente por isso, essa ZEIS é limitada dos dois lados pelas Zonas de Proteção Ambiental (ZPA), que são áreas localizadas no vale dos rios e ambientalmente desfavoráveis para a ocupação (figura 3.5). As ZPA foram introduzidas no Plano Diretor com o objetivo de frear a ocupação dessas áreas de alagamento, embora entre o plano e a prática as coisas não são tão simples assim.

A Zona Mista 01 (ZM 01) encontra-se bastante espalhada e dividida em todo o território urbano de Pouso Alegre. São áreas de ocupação de baixa densidade e com um relativo conforto ambiental. Em sua maioria, são ocupações representadas por uma classe média alta, fato que justifica esse “conforto ambiental”, antes representado por um “conforto econômico”. Há generalizações, como é o caso da ZM 01 localizada a leste, onde a ocupação envolve classes sociais de renda mais baixa (onde está localizado o bairro Cidade Jardim). Além dos usos predominantemente residenciais, há também nessas a presença de usos comerciais e institucionais importantes.

A Zona Mista 02 (ZM 02) é caracterizada por uma densidade média e usos múltiplos, envolvendo ocupações residenciais, comerciais e pequenos negócios, além dos usos institucionais. A generalização é ainda maior na ZM 02, uma vez que só ela representa mais da metade do território urbano efetivamente usado. Por isso, convive com áreas de ocupação antiga,

na proximidade da ZMC, e áreas de ocupação mais recente a sul e leste, ao mesmo tempo em que podem ser encontradas áreas ocupadas por uma classe média e áreas de ocupação popular de baixa renda.

O mapa de zoneamento oferece um conteúdo interessante para a caracterização dos usos do território urbano de Pouso Alegre. Mas, deve-se ter sempre em conta que se trata de uma generalização. Destaque deve ser dado aos projetos de expansão urbana de Pouso Alegre, quase todos criados para dar conta dos novos investimentos e das novas demandas.

O efeito mais prático desses investimentos será a mudança na estrutura do trabalho e da produção e, assim também, a mudança das formas de uso. De acordo com Carlos (2008, p. 86) “[...] a diferenciação dos usos será a manifestação espacial da divisão técnica e social do trabalho, num determinado momento histórico”. Obviamente, a divisão do trabalho determina a capacidade de cada grupo ou pessoa em consumir o território, assim como também determina a capacidade de interferir na sua organização. Então, as diferenciações serão o resultado não da divisão do trabalho em si, mas das suas implicações em se tratando de reprodução do sistema capitalista. Por isso, Calabi e Indovina (citados por Carlos, 2008) vão tratar os usos do ponto de vista das trocas, ou seja, do mercado. O problema é que o mercado é local e global, o que torna a análise do território urbano e o seu planejamento muito mais complexo. Nesse caso, o gestor deve ser capaz de olhar os contextos de usos do território antes de empreender qualquer intervenção prática como a que vem sendo feita pelo setor saúde.

É importante discutir a prática derivada da territorialização, visto que ele se apresenta como uma intervenção no território urbano. Como técnica ela orienta um tipo de planejamento e gestão e como política ela determina a vida das pessoas. O objetivo agora é adentrar novamente o território urbano de Pouso Alegre, mas agora para verificar como vêm sendo implantada essa territorialização da saúde e quais os seus impactos em termos de planejamento e gestão.

CAPÍTULO IV: A TERRITORIALIZAÇÃO COMO PROPOSTA PARA A “GEOGRAFIZAÇÃO” DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTEXTO DE IMPLANTAÇÃO NA ÁREA URBANA DE POUSO ALEGRE-MG

Este capítulo tem como objetivo discutir a territorialização como prática de gestão da atenção primária à saúde na área urbana de Pouso Alegre. À luz da base teórica, discutida no segundo capítulo, e, tendo em vista a reflexão dos contextos da produção desse território no terceiro capítulo, adentrar-se-á nessa cidade para verificar como está sendo implementada a política da territorialização.

Entretanto, tal política deve ser pensada não apenas em termos de localidade, mas também em relação aos planos e projetos que vêm sendo desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Na verdade, os modos como a territorialização vêm sendo praticada depende, em última instância, dos direcionamentos técnicos e financeiros dados nesses grandes planos. Uma das questões mais importantes que se verificou nesse estudo é a distância entre o que propõe os planos oficiais e o dia a dia da gestão na localidade. Em vários sentidos, esses planos são inovadores. É o caso da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) publicada em 2006, e regedora de tudo o que se processa em termos de gestão da atenção primária à saúde no Brasil. Entretanto, a prática nem sempre reflete essas inovações. Daí a importância de refletir sobre isso.

Este capítulo foi organizado em quatro tópicos que se comunicam: o primeiro introduz a temática da política da atenção primária à saúde, desenvolvida pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. E algo é importante, pois essa política tem interferido diretamente na territorialização das unidades de saúde nos municípios desse Estado. O segundo tópico apresenta a geografia dos serviços de atenção primária à saúde na área urbana de Pouso Alegre e o contexto da expansão desses serviços nesse território. Ainda nesse tópico, discutem-se os modos ou modelos de organização desse nível de atenção nessa área. O terceiro tópico reflete a territorialização desses serviços destacando, sobretudo, os problemas de se criar territórios dessa forma. O quarto tópico recapitula os demais para entender, sob o ponto de vista dos gestores locais, como vem sendo praticada essa territorialização.

4.1 Política da territorialização da atenção primária à saúde no Estado de Minas Gerais

A prática da gestão da saúde no Estado de Minas Gerais vem ganhando especificidades em relação ao restante do Brasil. Desde que o governo Aécio Neves assumiu em 2003, implantou-se uma política de gestão estratégica denominada “choque de gestão”, que acabou por se constituir como o fundamento para as políticas públicas em todos os setores do governo. O choque de gestão pode ser essencialmente definido como a busca pela eficiência e excelência na gestão dos serviços públicos, melhorando-se os atendimentos e reduzindo-se os gastos. Trata-se, na verdade, da inserção de mecanismos administrativos usados no setor privado, agora aplicados à gestão pública. Não há uma avaliação precisa sobre os impactos positivos dessas políticas, embora o “marketing político” insista nos avanços das melhorias sociais e a otimização dos gastos públicos após sua adoção.

Tomando-se como fundamento esse modelo de gestão, a Secretaria de Estado de Saúde passou a construir um modelo de gestão estratégica aplicada ao setor, tendo como objetivo o “Estado para Resultados” (ESPMG, 2008a). Vários projetos articulados foram desenvolvidos como Saúde em Casa, Pro-Hosp, SUS Fácil, Transporte em Saúde, Farmácia de Minas e Gestão Regional do SUS, entre outros. Estes projetos se associam às chamadas redes prioritárias, que são alguns setores da sociedade e do próprio sistema de saúde que passaram a gozar de uma atenção mais especializada através de programas como o Viva Vida, Urgência e Emergência, HiperDia e Mais Vida.

Um aspecto interessante na gestão da saúde em Minas Gerais é que todos esses projetos e programas estão articulados entre si. Portanto, não foram produzidos impensadamente como pacotes para se resolver problemas emergenciais de saúde. Todos concorrem para produzir uma estratégia maior, perseguida já há algum tempo pela política de Estado, que é a construção de redes de atenção à saúde (ESPMG, 2008a). As redes devem integrar todas as ações e todos os projetos e convergir unissonamente para a melhoria das condições de saúde da população. Por isso, tudo o que se projeta em termos de gestão da saúde em Minas Gerais, sobretudo a gestão da atenção primária, é feita nesse contexto. Também o debate da territorialização como estratégia de gestão dos serviços de atenção primária à saúde não pode prescindir da reflexão da construção das redes de atenção, uma vez que sua construção será determinante na definição da política da territorialização nesse Estado.

A atenção primária vem sendo implantada em Minas Gerais através do Programa Saúde da Família (PSF), este produzido em âmbito federal. Mais de 80% da população dependente do SUS em Minas Gerais são atendidas em unidades de saúde da família, o que significa um progresso em relação ao Brasil, que apresenta uma cobertura em torno dos 60% (SIAB, 2010). Entretanto, diagnósticos da situação da atenção primária do Estado revelam problemas relacionados tanto com os indicadores epidemiológicos, quanto aos indicadores dos serviços (ESPMG, 2008a). Observa-se que o sistema ainda é desintegrado e pouco resolutivo, o que faz aparecer enormes disparidades regionais, que se apresentam também na forma de iniquidades em saúde. Ressalte-se que este não é apenas um problema de Minas Gerais e sim de país. Porém, há especificidades no caso desse Estado, uma vez que a ampliação do PSF, embora tenha representado avanços na saúde, não alcançou resultados condizentes com essa ampliação. Em outras palavras, havia uma satisfação em relação à quantidade de equipamentos, agora espalhados em todo o Estado, mas a qualidade na prestação, sobretudo a qualidade da gestão, ainda não tinha sido alcançada.

Esse quadro acabou por impor uma grande restrição à estratégia mais ampla de construção das redes de atenção à saúde em Minas Gerias. Por isso, foi criado, em 2005, o Projeto Saúde em Casa, com o objetivo de consolidar e qualificar a atenção primária em todo o Estado. Por seu papel central na consolidação das redes de atenção, o Projeto Saúde em Casa acabou se tornando também a âncora daqueles conjuntos de projetos citados no início desse capítulo (ESPMG, 2008a). Então, partir da definição de indicadores diversos e com incentivos técnicos e financeiros, o governo passou a incentivar, através do Projeto Saúde em Casa, a adoção do PSF como estratégia para a melhoria das condições de saúde no Estado. Havia e ainda há o interesse de que essas medidas possam levar à redução das internações hospitalares, redução dos índices de mortalidade materna e infantil e a ampliação da cobertura vacinal, com consequências diretas nos gastos e nos índices epidemiológicos. Esse caráter mais técnico do que humanizado, afinal se está falando em redução dos gastos primeiro, seguida da redução da mortalidade, passou a ser amplamente utilizado.

Nos seus três primeiros anos de existência, o Projeto Saúde em Casa teve um papel mais diretamente ligado à expansão da atenção primária através da implantação do PSF. A partir de 2008, passou-se a uma nova etapa, agora marcada pela necessidade de qualificar a gestão desses serviços, tornando-os mais resolutivos e integrados. É nesse contexto que se insere o Plano

Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS), este criado como uma estratégia de consolidação do projeto estruturante do governo do Estado, o Projeto Saúde em Casa (ESPMG, 2008a).

O PDAPS pode ser entendido como uma resposta orgânica para o planejamento e a gestão da atenção primária à saúde em Minas Gerais. Apresenta-se também como um pacote tecnológico que visa ordenar racionalmente os serviços de saúde e conferir qualidade às suas ações. De fato, até então não se havia produzido um modelo de gestão dos serviços de atenção primária para todo o Estado. Por isso, cada Município utilizava modos próprios de gestão, normalmente ligados aos manuais produzidos pelo Ministério da Saúde, mas sem uma padronização exata. A descentralização do sistema de atenção à saúde contribuiu nesse sentido, pois com ela os municípios ganharam relativa autonomia na forma de ordenar e gerenciar seus serviços de saúde.

Uma das características da gestão pública em Minas Gerais nos últimos oito anos tem sido a participação cada vez mais efetiva do Estado nas políticas municipais, sobretudo nas políticas de saúde. O PDAPS é um exemplo da implementação de um programa que visa, de certo modo, unificar a gestão da atenção primária em todo o Estado. A ideia, de acordo com Silva e Mendes (2004), é sair de uma municipalização autárquica para uma regionalização cooperativa. De fato, a concepção de redes de atenção não condiz com autarquias municipais, como se cada sistema local fosse independente do todo que é o sistema saúde.

O PDAPS é composto de um conjunto integrado de dez oficinas de capacitação dos profissionais das equipes de saúde e sua aplicação é feita a partir da cooperação técnico-educacional entre a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e universidades regionais e federais selecionadas para atuar em cada uma das macrorregiões deste Estado. As oficinas intercalam momentos presenciais e de dispersão e são realizadas nos municípios e nas microrregiões sanitárias de Minas Gerais. As intervenções propostas no plano envolvem a normalização da atenção primária através do Manual da Atenção Primária, realização de diagnósticos locais, organização dos processos de trabalho, organização das ações de vigilância, implantação de sistemas logísticos, implantação assistência farmacêutica, incentivo financeiro, entre outros (ESPMG, 2008a). A operacionalização se realiza por uma rede de cooperação que vai do coordenador do PDAPS na universidade selecionada; dois tutores universitários responsáveis por cada uma das microrregiões localizadas no interior das macrorregiões do Estado; um técnico de cada uma das Gerências Regionais de Saúde (GRS) que se responsabiliza, juntamente com os tutores universitários, pelas microrregiões de saúde; os facilitadores, que são responsáveis pela

aplicação das oficinas nos municípios e, por fim, os participantes, estes representados pelo pessoal envolvido com a gestão da atenção primária à saúde no município (ESPMG, 2008a).

Toda essa estrutura organizativa, partindo-se da proposta da constituição das redes de atenção, até a construção do PDAPS como estratégia de consolidação do Projeto Saúde em Casa, será determinante para direcionar a política da territorialização da saúde em Minas Gerais e em Pouso Alegre respectivamente. Não há redes sem territórios, uma vez que elas devem se constituir basicamente como estruturas projetadas no espaço, ou seja, como estruturas territorializadas. Assim como não há atenção primária sem uma estrutura e definição territorial, haja vista que suas ações devem se dirigir para uma população definida, localizada num território definido. Do ponto de vista prático, pode-se afirmar que a intervenção mais importante do PDAPS é a delimitação dos territórios de saúde, também chamados de territórios sanitários. O resultado desse processo deverá conduzir à produção de uma estrutura territorial de gestão desses serviços nos municípios e toda essa estrutura deverá estar racionalmente integrada. Deve-se, então, perguntar qual a abordagem da territorialização que vem sendo trabalhada no contexto desses projetos e qual a sua implicação na vida das pessoas.

A proposta contida no PDAPS é o esquadramento do território de atuação das Unidades de Saúde de Atenção Primária à Saúde (UAPS), ou seja, a criação de territórios de atuação desses serviços no interior dos municípios. A concepção teórica da territorialização é aquela encontrada em Mendes³⁷ (1993) e apresentada no segundo capítulo.

De acordo com a orientação dada no PDADS (ESPMG, 2008b), o processo de territorialização é operacionalizado em três fases: i) a fase preparatória, momento em que são levantados dados gerais como mapas, documentos e informações que serão utilizadas para “recortar” o município; ii) a fase da delimitação, quando o território é dividido em áreas de atuação dos serviços de atenção primária à saúde e; iii) a fase da apropriação do território, momento em que processa a territorialização propriamente dita, ou seja, as áreas divididas na fase anterior são apropriadas pelos serviços de saúde.

A fase preparatória tem pouca significância em termos de entendimento do território como totalidade. É apenas um momento de coleta de dados instrumentais que permitem dividir o território ou territorializar o território, para ser redundante. O cerne dessa proposta da

³⁷ Ressalte-se que Eugênio Vilaça Mendes foi assessor da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e um dos idealizadores da construção das redes de atenção à saúde nesse Estado. Além, disso, Mendes é um dos grandes influenciadores do debate da territorialização da saúde no Brasil como foi visto no segundo capítulo desse estudo.

territorialização está na segunda fase, quando o território municipal é definitivamente recortado, dividido ou seccionado. De fato, tudo se processa, posteriormente, em torno dessas delimitações ou recortes territoriais. Numa sequência simples, pode-se que dizer que, primeiro, criam-se os recortes espaciais no interior do território político do município e, em seguida, os serviços de saúde se apropriam desses recortes, os territorializam. Portanto, o fundamento do processo está no estabelecimento dos limites desses recortes, pois são eles que determinam o processo de territorialização das unidades de saúde.

Deve-se questionar essa ordem, qual seja: a definição dos limites e dos recortes, seguida da sua apropriação. O estudo da constituição do território tem como fundamento as relações sociais de poder, são elas que produzem os limites e não o contrário. A territorialização da saúde é precedida pela criação dos limites, o que é estranho, já que é a territorialização que deveria estabelecê-los. Poder-se-ia perguntar se a constituição desses limites já não comportaria, em si, essas relações sociais de poder. Evidentemente que sim. Porém, isso desautoriza pensar numa territorialização da saúde, haja visto que os limites foram criados antes mesmo da sua apropriação pelos serviços de saúde. Poder-se-ia ainda perguntar se é possível pensar em territórios criados desse modo, ou seja, se é provável existirem territórios antes mesmo de serem apropriados. A resposta, novamente, será sim. Porém, devem ser entendidos como territórios político-administrativos impostos sobre os territórios do cotidiano.

Normalmente os limites dos territórios político-administrativos têm um caráter, relativamente, artificial. São criados burocraticamente nos escritórios, mapeados e impostos como condicionantes para vida das pessoas. Entretanto, a proposta contida no PDADS avança em vários sentidos, pois há uma democratização nesse processo. São os gestores locais que criam esses limites e os seus territórios. O programa deve envolver todos aqueles que estão trabalhando com a atenção primária no município e não apenas os que estão nos gabinetes da secretaria. Porém, ainda assim, não deixa de se apresentar como uma abordagem política do território, com viés democrático, porém burocrático.

Ressalte-se que essa não é a intenção inicial contida no plano. Ao usar a abordagem presente em Mendes (1993), fez-se a opção pelo entendimento do território como processo social, privilegiando-se não apenas as múltiplas dimensões das relações sociais, como também o processo histórico de sua constituição. Acredita-se que essa abordagem político-burocrática do território se explica, de um lado, pela dificuldade de teorizar sobre o conceito de território e, de

outro, pela dificuldade de operacionalizar esse conceito. Apresenta-se, desse modo, uma limitação de ordem teórica (e a ausência do geógrafo pode ser uma explicação) que se associa a uma limitação de ordem prática.

Não há como negar que, inicialmente, haverá uma estranheza entre territórios realmente existentes e os territórios políticos que se impõem. Porém, também não tem como negar que esses territórios políticos da saúde interferem na composição do território como totalidade, conferindo nova existência ao próprio território. Do contrário, o dado político (ligado ao Estado) não poderia ser considerado como um elemento do processo de constituição dos territórios.

Esse modo político de organização dos territórios da saúde através do que vem sendo chamado de territorialização tem suas potencialidades, não se pode declarar essa prática como algo negativo sem analisar seus resultados. Até então não se havia criado uma política territorial da saúde nesses moldes em Minas Gerais. Para aqueles, incluindo esta pesquisa, que defendem o território como importante prática de gestão dos serviços de saúde, isso representa um avanço. Há equívocos que estão sendo destacados aqui, incluindo o equívoco no uso do termo territorialização. Porém, é significativo o esforço pela produção de um modelo territorial de gestão da saúde em Minas Gerais. Isso tem que ser valorizado.

A questão central que se coloca agora é saber como são estabelecidos os limites e os recortes espaciais no interior do município e no interior do território urbano, já que, como se afirmou, a definição dos limites precede e determina o processo de territorialização dos serviços de saúde. A terceira oficina do PDAPS (ESPMG, 2008b) determina a divisão do território e o estabelecimento dos seus limites a partir dos critérios que estão descritos no anexo 01. Para a delimitação do território municipal são considerados critérios geográficos, riscos ambientais, densidade populacional, aspectos políticos, econômicos e culturais, malha viária e transporte, equipamentos sociais e pontos de atenção à saúde. Essa divisão do município equivaleria à criação dos distritos sanitários. Os critérios utilizados são relativamente amplos e estão relacionados com as condições territoriais como um todo. Observa-se a preocupação pela análise sistemática do território, inclusive a preocupação pelo entendimento das múltiplas relações de poder (políticas, econômicas e culturais) que o produzem. Resta saber se os sistemas municipais de saúde, normalmente gerenciados pelos profissionais ligados ao próprio setor saúde, com tecnologia normalmente inadequada para análise de dados territoriais e pouco interdisciplinares, dão conta de pensar todos esses dados. Ressalte-se que esses são dados bem geográficos e exigem

a sua espacialização. Os Sistemas de Informações Geográficas (SIG) podem contribuir nesse sentido.

Os critérios utilizados para delimitação do território levam a crer que não se trata apenas de um traço no mapa do município. Há a clara intenção de que os limites sejam estabelecidos de acordo com as características do território, considerando-se, principalmente, os fatores sociais, econômicos, políticos e culturais.

Uma vez estabelecidos os limites e recortes no interior do território municipal, o passo seguinte é a delimitação dos territórios das unidades de atenção primária à saúde (UAPS). Para isso, o PDAPS (ESPMG, 2008a) propõe que se considerem os seguintes critérios: pontos de atenção à saúde, equipamentos e serviços sociais existentes, áreas de lazer existentes, áreas de risco ambiental, áreas de assentamentos e invasões e áreas de aglomeração urbana.

Também aqui, há a clara intenção de que a divisão seja estabelecida conforme as condições gerais do território. Entretanto, o plano não explica o porquê desses dados e não de outros ou qual a razão que levou à seleção dessas variáveis e não de outras. A delimitação dos territórios das unidades de saúde tem como ponto de partida as próprias unidades de saúde. Desse modo, os recortes são realizados no seu entorno ou na proximidade dessas unidades. E isso pode se apresentar como um problema em alguns casos. Por exemplo, se os serviços foram instalados desigualmente no território, os limites criados para a sua atuação refletirão essas mesmas desigualdades.

Os modos como a divisão do território municipal e a divisão dos territórios de atuação das UAPS são estabelecidos no PDADS levam a crer que se está trabalhando com territórios de dimensões variáveis. Isso contraria aquela padronização de que se falava no segundo capítulo, como se todos os territórios dos serviços de saúde pudessem ter a mesma dimensão. Entretanto, novamente aqui, a prática pode não ser condizente com a teoria.

A territorialização dos serviços de atenção primária à saúde vem sendo tomada como pressuposto para o conhecimento da realidade local e para o norteamento das ações de saúde. Ao se apropriarem dos recortes espaciais criados na segunda fase da operacionalização da territorialização, os serviços de saúde realizam o cadastro da população residente, definindo exatamente a população que lhe é adscrita, ou seja, a população sob sua responsabilidade. O cadastramento e monitoramento dessa população devem permitir a produção de uma grande quantidade de dados que, uma vez analisados, irão produzir uma grande quantidade de

informações. Essas informações são, então, tomadas como fundamento para as decisões e ações a serem empreendidas em cada território de atuação desses serviços. Nesse sentido, a territorialização se apresenta como um elemento fundamental para a realização de diagnósticos locais de saúde, tal como propõe Monken e Barcellos (2005).

Essa proposta contida no PDAPS (ESPMG, 2008b; 2010) e anteriormente trabalhada em Teixeira Paim e Vilasboas (1998) e Monken (2008), entende o território e a territorialização como condição para a produção de diagnósticos locais de saúde. Estes diagnósticos, por sua vez, deverão orientar todas as decisões e ações que serão programadas para cada território em particular. Desse modo, o território acaba se tornando uma condição para o planejamento e para a gestão da atenção primária à saúde como um todo. Observe no esquema abaixo que o território é o ponto de partida para a realização do diagnóstico e, conseqüentemente, para a tomada de decisões em saúde:



Fonte: ESPMG, 2010 (adaptado por FARIA, 2011).

A territorialização da saúde é aqui tomada como um modo de se conhecer o território e intervir sobre ele. De acordo com o PDADS (ESPMG, 2008b; 2010), a territorialização deve permitir entender os perfis territorial-ambiental, demográfico, socioeconômico e institucional de cada fração do território em particular (Anexo 02). A partir da descrição desses perfis, que é o próprio diagnóstico, são tomadas as ações sobre as condições de saúde da população. Deve-se esclarecer que o uso do termo perfil tem conotação diferente da que vem sendo usada nesse estudo.

Não há como negar que é inovadora a estrutura do plano. O fato de tomar o território como ponto de partida já representa um avanço no sentido do que vem sendo discutido nesse estudo. Entretanto, toda essa estrutura depende, em última instância, dos modos como é feita a territorialização da saúde ou dos modos como são territorializados esses serviços. O diagnóstico é o segundo movimento, vem depois e depende do que se processa no primeiro, ou seja, da

territorialização. A tomada de decisões, por sua vez, irá apenas refletir esses dois movimentos anteriores.

Pode-se perguntar se a territorialização deve anteceder o diagnóstico ou se o contrário não seria o correto. Não seria o diagnóstico uma prática também importante para a territorialização dos serviços? Se o conhecimento (diagnóstico) do território é um processo que vem depois da territorialização, então como esta última está sendo processada?

Apresenta-se aqui novamente a ideia da criação de territórios (arearização) de atuação dos serviços de saúde. Primeiramente são criados os limites ou recortes, depois esses recortes são apropriados ou territorializados e, por fim, esses territórios são diagnosticados. Acredita-se (e isso será discutido no último capítulo) que o diagnóstico, através do qual se reconhecem os territórios e seus perfis, deve anteceder qualquer intervenção. Retornemos ao espaço empírico de análise, ou seja, ao território urbano de Pouso Alegre-MG para entender como se processa essa política de territorialização dos serviços de saúde.

4.2 Geografia dos serviços de atenção primária à saúde no território urbano de Pouso Alegre-MG: contextos da organização e gestão

A atenção primária vem sendo organizada no Brasil, como se viu no segundo capítulo, através do Programa Saúde da Família (PSF). Nele estão contidos os princípios básicos da atenção primária à saúde presente em Starfield (2002): integralidade, coordenação, continuidade das ações e primeiro contato com o sistema de saúde. O Projeto Saúde em Casa e o PDAPS como sua estratégia de gestão têm incentivado a ampliação e qualificação desse serviço em todo o Estado de Minas Gerais. Atualmente o programa atende mais de 12 milhões de habitantes, o que representa mais de 62% da população desse Estado. E isso representa um progresso em relação aos índices encontrados no Brasil, que apresenta uma cobertura em torno dos 53% da população. O município de Pouso Alegre tem se integrado a essa política de ampliação do PSF. Atualmente o programa cobre 44,63% de sua população e a política aponta para o crescimento desse percentual. Na área urbana o programa atende mais de 47 mil habitantes, com um percentual em torno dos 40% (SIAB, 2011).

Observa-se que o índice de cobertura do PSF é menor em Pouso Alegre do que aqueles encontrados em Minas Gerais e Brasil. Isso talvez esteja relacionado com a política de atenção primária adotada em nível municipal. Embora esta política acompanhe as diretrizes dadas pela

Secretaria de Estado da Saúde e pelo Ministério da Saúde, podem-se encontrar especificidades no local. Veja-se, por exemplo, o caso de Varginha-MG que tem apenas 29,46% de sua população atendida em unidades de PSF ou ainda Poços de Caldas-MG, que apresenta uma cobertura em torno dos 56% (SIAB, 2011). Portanto, há variações entre centros regionais relativamente próximos, mostrando que a expansão do programa depende diretamente das políticas que são adotadas e efetivadas em nível local.

Antes da implantação do PSF a atenção primária era dada essencialmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em alguns locais chamados de Centros de Saúde. A principal diferença entre as UBS e o PSF é a adscrição da clientela. Enquanto esse último trabalha com uma demanda controlada³⁸ (adscrição da clientela), o primeiro trabalha com uma demanda espontânea. Portanto, as UBS não têm um território exatamente definido, embora a ideia da criação de distritos sanitários propunha a delimitação territorial também para esses serviços. Essa forma de regular a demanda acaba determinando também o modelo assistencial ou o modo como as UBS e o PSF pensam os problemas de saúde. Ao trabalhar com a demanda espontânea, as UBS condicionam suas ações a essas demandas. E as demandas são, normalmente, feitas para a solução de problemas de saúde. Não é preciso acentuar que isso acaba conferindo às ações das UBS um papel muito mais corretivo do que preventivo.

As UBS podem contar com equipes de médicos de diversas especialidades, haja vista que a demanda pode exigir ações extremamente diferenciadas. De fato, se não se tem controle da demanda, não se tem também controle das ações a serem tomadas em relação a ela. Por isso, não há um padrão exato para essas unidades, podendo-se encontrar especificidades entre unidades relativamente próximas. O contrário se dá com o PSF, pois, na medida em que controla a demanda, pode controlar também suas ações. As novas propostas para a organização do PSF sugerem maior flexibilidade em sua organização, podendo-se encontrar também variações e

³⁸ O uso da expressão “demanda controlada” não é a mesma que a chamada demanda programada. Por demanda controlada entende-se que há um público-alvo, uma população definida geograficamente e que recebe atendimento numa determinada unidade básica de saúde. A demanda programada, por sua vez, refere-se àquela população que deve ser acompanhada sistematicamente em função de algum problema específico de saúde, como é o caso dos diabéticos. Supõe-se que a demanda programada é também controlada, ou seja, localiza-se num território definido. Entretanto, unidades de PSF devem também acolher uma demanda não-programada, pois, obviamente, devem atender a população que lhe acorrer. Porém, essa demanda não-programada não deixa de ser controlada, pois se refere sempre a uma população adscrita. Ao contrário, a demanda espontânea sugere não apenas que o indivíduo pode buscar espontaneamente o serviço, mas que o mesmo pode fazer uso de qualquer unidade de saúde num dado território. Nesse caso, não há vínculo entre o usuário e o serviço de saúde. Esse é o modelo usado nas UBS tradicionais.

especialidades entre unidades. Porém, ainda assim, suas ações são mais direcionadas e, por isso, talvez, mais efetivas, pois são organizadas para atender a uma população definida, num território também definido.

A atenção primária à saúde em Pouso Alegre convive com esses dois modos de atenção: a demanda controlada no PSF e a demanda espontânea nas UBS. Acredita-se que o maior acento a esse último modelo, o tradicional, tenha determinado certo atraso na adoção do primeiro, este representado pelas novas propostas organizacionais da atenção primária no país. Talvez isso explique o fato dos índices de cobertura do PSF em Pouso Alegre serem um pouco menores do que aqueles encontrados no Estado de Minas Gerais e no Brasil.

Entretanto, esse modo de organização da atenção primária à saúde já se encontra defasado e em dissonância com as diretrizes dadas pelo Ministério da Saúde. De fato, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)³⁹, documento recente mais importante a definir as normas e diretrizes para a atenção primária ou básica no Brasil, já resolveu definitivamente essa dicotomia. Não há dois modelos de atenção primária e nem deveria.

Com a PNAB, a atenção primária ou básica passou a ser definitivamente desenvolvida “[...] sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária [...]” (BRASIL, 2007b, p. 12). Portanto, a definição de territórios de atuação das unidades, sejam elas voltadas à família ou não, é um critério definido e definitivo da atenção primária à saúde no Brasil. A definição de territórios de atuação das unidades de atenção primária define, por sua vez, a clientela ou a demanda a ser atendida. Pode-se dizer, então, que a demanda será sempre controlada, pois se refere a uma população adscrita. Isso não significa que as pessoas não podem espontaneamente se dirigir aos serviços de saúde. Seria um erro pensar assim. Os serviços de atenção primária funcionam a portas abertas e devem atender as pessoas que lhe acorrer. Entretanto, seu funcionamento está condicionado territorialmente, o que significa que suas ações se restringem às pessoas circunscritas em seus territórios. Por isso, as pessoas acabam sendo condicionadas territorialmente. Então, quando alguém se dirige a um serviço, deve fazê-lo na unidade localizada em seu território. É assim que se cria vínculo entre população e serviços de saúde, e com o vínculo a possibilidade de tornar as ações de saúde contínuas e integradas. Do contrário, as ações

³⁹ A PNAB foi definida pela Portaria nº 648 de 26 de março de 2006 (BRASIL, 2007b).

de saúde se voltariam para os problemas que as pessoas buscam resolver e não para as pessoas com seus problemas de saúde.

O modelo UBS tradicional trata o paciente como o usuário que se dirige ao equipamento para resolver um determinado problema de saúde. Não há vínculo. O usuário pode buscar qualquer equipamento de saúde que lhe convier. É como ir à farmácia. O paciente é apenas um número posto numa ficha quando é atendido. Se hoje faz uso de um equipamento, tem-se um prontuário de atendimento e se amanhã ocorre a outro equipamento, novamente, outro prontuário. Como não há comunicação entre unidades de saúde, nem sistemas de informação que permitam integrar esses dados postos nos prontuários, não há também continuidade das ações, pois se referem a procedimentos circunscritos temporalmente, imediatos e imediatizados, realizados exclusivamente para solucionar problemas que são levados pelas pessoas quando já estão adoentadas. Um determinado procedimento, por exemplo, é arquivado numa ficha e a pessoa só voltará a ser atendida quando adoentarem-se novamente. Não é preciso enumerar os muitos problemas derivados disso.

Uma das conclusões mais importantes que se chegou com a PNAB, diga-se tardiamente, é que não é possível tornar as ações contínuas e integradas sem se definir a clientela, ou seja, o território de atuação das unidades de atenção primária à saúde. Há também o movimento mais forte em direção à família como unidade social e também espacial de atuação desses serviços. Veja-se que isso é algo imperativo, ou seja, a política municipal de saúde deve se adequar a esse modelo.

Isso encerra, inclusive, certa confusão terminológica em torno das chamadas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Programa Saúde da Família (PSF). A partir da PNAB já não se pode falar mais em PSF. A Saúde da Família não é mais um programa (o que sugere certa temporalidade, como um pacote direcionado) e sim uma estratégia. Por isso, quando a PNAB define as responsabilidades da esfera municipal na organização da atenção primária ou básica ressalta que esta deve “[...] inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde” (BRASIL, 2007b, p. 14, grifo nosso). E esse caráter sistêmico de que fala o documento, refere-se à necessidade da constituição de redes de atenção devidamente integradas e coordenadas pela atenção primária à saúde.

Como estratégia, a Saúde da Família tem caráter substitutivo em relação à rede de atenção tradicional nos territórios onde atuam. Este é o primeiro princípio elencado pela PNAB quando trata das especificidades da Saúde da Família (BRASIL, 2007b). Por isso, talvez seja o mais importante. A ideia é reorganizar a atenção primária, substituindo o modelo demanda espontânea, tradicionalmente trabalhado nas UBS. Estas deverão incorporar as Equipes Saúde da Família (ESF⁴⁰) e organizar o trabalho para atuar em territórios previamente definidos. Está claro, que as UBS não deixaram de existir. O contrário, ou seja, foram requalificadas mediante as novas propostas territoriais de organização e gestão da atenção primária no país com ênfase na família. Ressalte-se que as Equipes Saúde da Família (ESF) devem se instalar, como orienta a PNAB, nas UBS, pois estas possuem a infraestrutura adequada para sua operação.

Conclui-se, desse modo, que a prática da territorialização deve se aplicar à atenção primária à saúde como um todo e não apenas a um programa ou pacote de serviços.

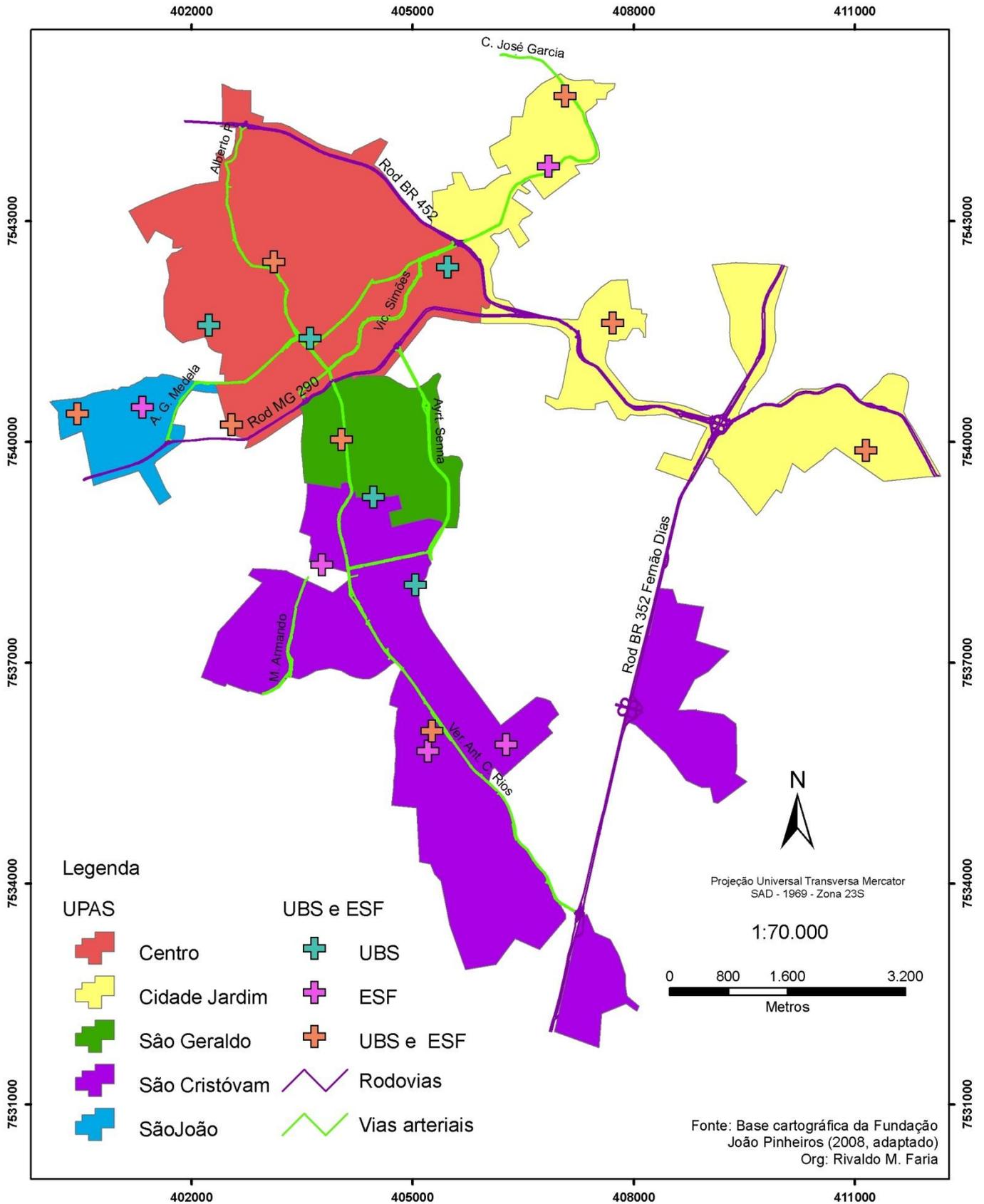
Desde 2006 quando a PNAB foi concluída, os municípios estão vivendo esse processo de transição e integração da atenção primária em torno da estratégia Saúde da Família. O processo é basicamente feito pela adoção e expansão das ESF e reestruturação dos modos de atenção dada nas UBS tradicionais. Acredita-se que Pouso Alegre esteja relativamente atrasado nesse sentido. Ao que parece há ainda duas estruturas separadas e incomunicáveis na atenção primária neste município. De um lado, apresentam-se as tradicionais UBS e, de outro, as unidades de ESF (estas ainda em caráter de programa).

A figura 4.1 abaixo apresenta a distribuição geográfica dessas UBS e ESF e revela essa dupla forma de organização. Os serviços estão distribuídos no interior das Unidades de Planejamento Administrativo (UPAS⁴¹) da área urbana Pouso Alegre-MG. Algumas dessas UPAS foram agregadas, pois se referem a estruturas espaciais muito pequenas para descrever e analisar a geografia desses serviços.

⁴⁰ A expressão Equipe Saúde da Família (ESF) expressa melhor o caráter de estratégia do que o Programa Saúde da Família (PSF). A partir de agora se faz uso dessa terminologia.

⁴¹ As Unidades de Planejamento Administrativo (UPAS) são formadas por agregados de setores censitários e tem como objetivo precípua a administração municipal. No mapa, algumas dessas unidades foram agregadas. É o caso do Centro, representado pela agregação de três UPAS (Centro, Fátima e Santo Antônio); Cidade Jardim, representado pela agregação de duas UPAS (Faisqueira e Cidade Jardim) e do São Cristóvão, representado pela agregação de duas UPAS (Arvore Grande e São Cristovam).

Figura 4.1: Distribuição espacial das UBS e ESF no interior das Unidades de Planejamento Administrativo (UPAS) na área urbana de Pouso Alegre-MG



São treze UBS espalhadas na área urbana, das quais cinco funcionam no modelo tradicional, ou seja, podem acolher demanda de todo tipo, sem controle, e oito estão em processo de transição, estas já contam com a presença de ESF. Curiosamente quatro ESF funcionam como entidades separadas e em localizações distintas. Sua estrutura física comporta apenas um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro e seis agentes comunitários de saúde. Por isso, foram instaladas em prédios menores e com menor infraestrutura, em alguns casos, até mesmo em residências que são alugadas para esse fim. Isso contraria as orientações dadas na PNAB que aponta as UBS como condição infraestrutural necessária para a instalação das ESF.

Não há homogeneidade espacial na distribuição geográfica desses serviços e nem deveria. Sendo o território urbano um complexo de usos diferenciados, é compreensivo que as unidades de saúde apresentem uma distribuição heterogênea. A questão, entretanto, que se coloca, vem antes da distribuição efetivamente e está relacionada com os fatores norteadores de suas instalações. Deve-se, portanto, perguntar o que levou o poder público à instalação dessas unidades nesses locais e não em outros. E não se trata apenas da relação população e serviços de saúde, mas também da relação entre necessidades de saúde e os serviços de saúde. Daí que seria interessante verificar a densidade dos serviços e a densidade da demanda. Entretanto, como esta não é totalmente controlada, torna-se difícil não apenas medir essa demanda, como também medir o acesso. Ressalte-se que o uso do serviço nem sempre sugere e supõe a universalidade do acesso. A demanda atendida pode representar o acesso de uma determinada clientela, mas não de toda ela. Em casos como esse, normalmente a demanda é medida a partir dos procedimentos realizados. Calcula-se num determinado período de tempo, o fluxo de pacientes e tipos de procedimentos adotados nas unidades. O resultado desse procedimento novamente é falho, pois se mede a partir da demanda atendida e não da demanda realmente existente. Na verdade, medidas como essa são feitas a partir da demanda que acessou o sistema e não da demanda que não o acessou. É possível inclusive mapear essa demanda atendida, mas tal estudo pode escamotear uma realidade social da saúde muito mais complexa.

Para os mais de 47 mil habitantes cobertos pelas ESF o problema da análise da demanda e do acesso está relativamente resolvido, afinal ela é controlada. Porém, para cerca de 60% da população urbana isso é ainda um problema. De fato, a demanda pelas UBS tradicionais, ou qualquer outra modalidade de serviço que trabalha com demanda espontânea, pode variar conforme determinadas condições espaciais e temporais. Um estudo realizado por Unglert

(1986), por exemplo, apontou a influência geográfica no acesso aos serviços de saúde na região de Santo Amaro, em São Paulo. As barreiras geográficas, sobretudo àquelas relacionadas com os transportes, são fundamentais para determinar o acesso aos serviços, destaca a autora. Algo parecido foi também realizado por Santana (2005) em Portugal. Esta autora estudou a correlação entre a localização dos equipamentos e o acesso aos serviços e observou que este é tanto mais efetivo quanto mais próximo, geograficamente, estiver a unidade de saúde do usuário. O acesso varia também conforme o tempo. Dependendo da localização do serviço essa variação pode ser até mesmo sazonal. Porém, é no contexto histórico da produção do espaço que o acesso aos serviços pode se alterar. Inclusive porque as necessidades de saúde podem variar conforme determinadas condições históricas, inclusive demográficas, o que, por sua vez, incide no tipo de demanda e nos modos de acesso.

A definição de territórios de atuação das unidades de atenção primária à saúde deverá resolver a maior parte da problemática da demanda, da oferta e do acesso. Obviamente, ao se recortar um território de atuação das UBS e ao se monitorar sistematicamente as condições de saúde das famílias no seu interior, têm-se condições reais de se entender a demanda e as suas necessidades de saúde. O serviço de atenção primária deve ter responsabilidade sanitária pelo território que lhe é determinado (ESPMG, 2008b). Isso significa que toda a população localizada no interior do território de uma UBS deve ter acesso incondicional a seus serviços e ser encaminhados para os demais níveis de atenção do SUS quando for necessário. As UBS são a referência, é aí que o paciente é conhecido e monitorado sistematicamente mediante ações contínuas e integradas. Se o acesso for dificultado nesse nível de atenção, o sistema se fragmenta, pois não há controle dos fluxos e contrafluxos de pacientes entre os seus diversos níveis.

O caminho proposto é a constituição de redes de atenção, com comando estabelecido na atenção primária, onde se controla e se determina esses fluxos. A criação dos territórios sanitários das UBS é o ponto de partida inicial, uma condição para a implantação dessas redes articuladas de atenção. Há que se enaltecer essa política. Afinal, ela aponta para a integração, universalização e a equidade no sistema de atenção.

Entretanto, sabe-se que entre a teoria (o método) e a prática (a política) a distância pode ser relativamente longa. O fato de Pouso Alegre ainda não ter se integrado às propostas contidas na PNAB, por exemplo, não representa uma exceção. Essa é, possivelmente, a situação da maior parte dos municípios brasileiros.

Uma das grandes questões que se colocam para o sistema de saúde no Brasil é a sua gestão na localidade. De fato, políticas são propostas pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Estado da Saúde, mas a prática se estabelece em âmbito municipal. Ao município compete “[...] organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União” (BRASIL, 2007b, p. 14). Portanto, os modos como essas propostas são adotadas e a rapidez com que são processadas depende das decisões que são tomadas no local. Ainda mais, depende, inclusive, da capacidade técnica, administrativa e financeira das Secretarias Municipais de Saúde.

As dificuldades em se adotar políticas territoriais para a atenção primária à saúde podem ser superadas com boas práticas de gestão, ou, pelo menos, com um pouco de “bom senso” nessa gestão. Não há, de fato, razões tão fortes que justifiquem, considerando os impactos positivos dos serviços de atenção primária nas condições de vida e saúde da população (STARFIELD, 2002), a não adoção e ampliação desse serviço. Ressalte-se que dele depende a própria constituição das redes de atenção e a integração do SUS na localidade. É sempre importante situar as coisas, há decisões relacionadas ao planejamento e a gestão da saúde que dependem das esferas estadual e federal, mas há também aquelas decisões que devem ser tomadas em nível local. A expansão da atenção primária e a definição de territórios de atuação das suas unidades de saúde são decisões a serem tomadas na esfera municipal.

Essas e outras decisões têm componentes territoriais muito fortes. Antes de se instalar um serviço de saúde, por exemplo, deve-se definir o local onde isso será feito, ou seja, qual fração do território deverá acolhê-lo. Também a alocação de recursos e de pessoal comporta certa racionalidade territorial. O gerenciamento das localizações territoriais dos serviços deve proporcionar a melhoria das condições de saúde, mediante o acesso universal a esses serviços. É esse o papel da gestão da saúde na localidade, processo que está diretamente relacionado com a distribuição equitativa dos serviços no território.

As UBS e ESF indicadas no mapa da figura 4.1 foram instaladas em locais de fácil acesso pela população, quase todas na proximidade das vias arteriais. Entretanto, a localização físico-geográfica, embora importante, quando analisada sob o ponto de vista social, pode não significar nada. Mesmo porque, cidades médias como Pouso Alegre ainda não apresentam graves problemas de trânsito e mesmo a distância física é muito menor quando comparada com os grandes centros urbanos. A problemática do acesso não é uma questão física simplesmente e sim

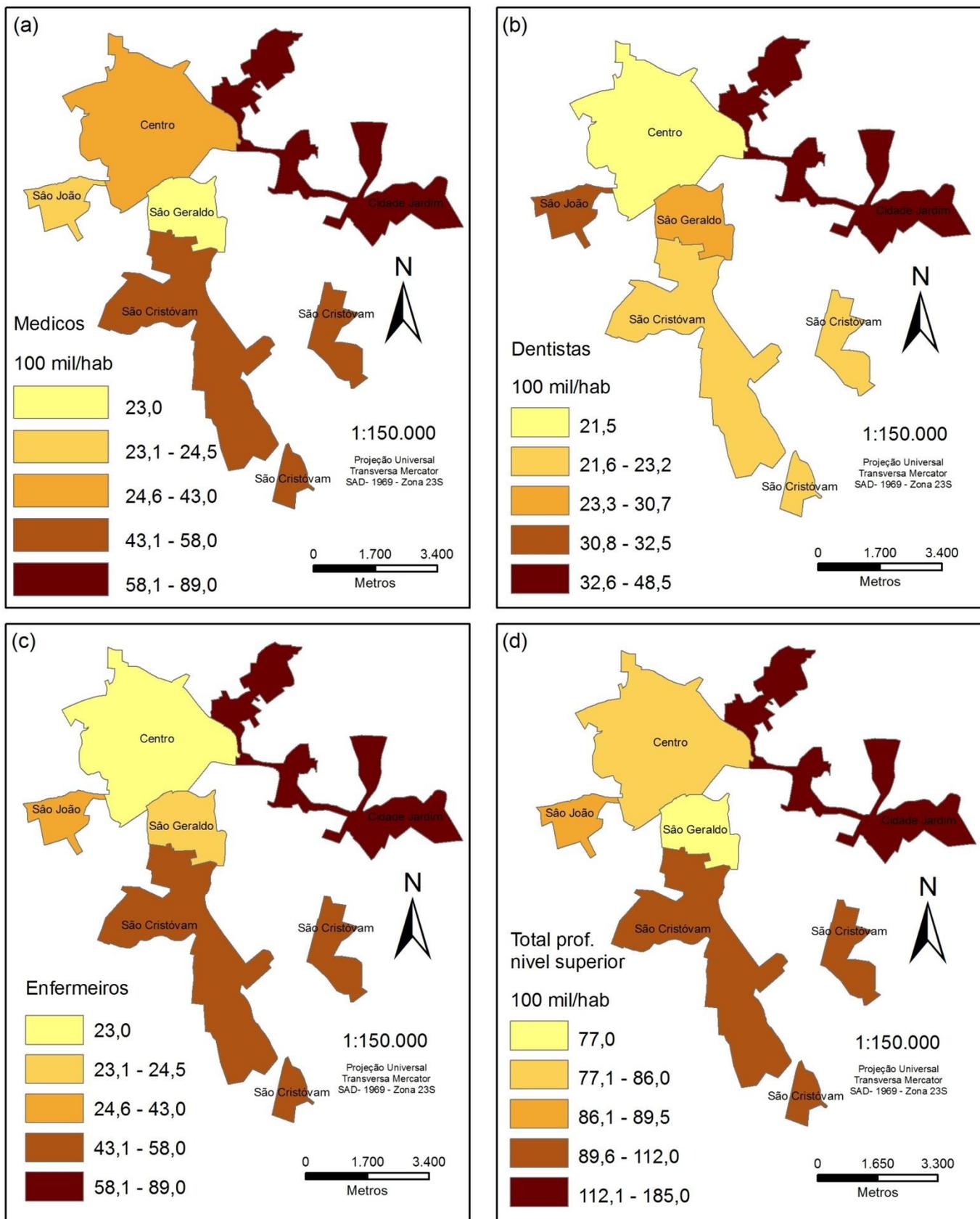
social. A localização dessas unidades pode ser equitativa ou não, favorecer o acesso ou não. Tudo depende dos modos como os serviços foram projetados no território e os modos como se adaptam às suas mudanças. Poder-se-ia perguntar por que o Centro compõe cinco unidades de atenção primária à saúde ao passo que o São João e o São Geraldo compõem apenas duas unidades cada um. Quais os critérios utilizados para essa definição?

A problemática aqui apresentada é aquela dos critérios territoriais utilizados para se determinar as localizações dos equipamentos. Algumas vezes pode haver o privilegiamento de determinadas parcelas desse território, o que em si não constitui um problema. Se há a presença mais densa de equipamentos numa determinada área, deve ser porque a demanda é maior nesse local ou ainda porque suas necessidades de saúde são mais prementes. Não pode haver homogeneidade na distribuição espacial dos serviços em territórios dinâmicos. A questão vai além da igualdade e tem haver com a equidade. Pode-se perguntar se a distribuição territorial desses serviços é equitativa. De fato, a expressão “equidade territorial” da saúde pode se aplicar muito bem aqui, pois está relacionada com a capacidade que o sistema de atenção tem de prover todas as necessidades de saúde num determinado local. Equidade supõe acesso universal ao sistema de atenção, supõe que o direito inalienável à saúde está sendo, de fato, praticada (SENNÁ, 2002).

Parece estar claro que o acesso depende dos modos como os serviços são projetados no território. E essa não é uma questão de geometria, ou seja, não está relacionada apenas com a dimensão de áreas e com as suas densidades. Essa é uma questão de geografia, pois envolve as necessidades sociais e suas variações espaciais e temporais. A geografia da atenção primária à saúde da área urbana de Pouso Alegre apresenta variações na distribuição espacial dos equipamentos e na distribuição dos recursos utilizados nesses equipamentos. Veja-se na figura 4.2 que há diferentes densidades de especialidades (médicos, enfermeiros e dentistas) e de profissionais de nível superior⁴² envolvidos com a atenção primária à saúde no interior das UPAS da área urbana. Os profissionais selecionados são aqueles diretamente empregados nos serviços da atenção primária à saúde.

⁴² Os profissionais de nível superior envolvem médicos, dentistas, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros.

Figura 4.2: Relação de médicos (a), dentistas (b), enfermeiros (c) e total de profissionais de nível superior (d) ligados à atenção primária por 100 mil/hab na área urbana de Pouso Alegre-MG



Fonte: Base cartográfica da FJP (2008, adaptado). Org: Rivaldo M. Faria

Esclareça-se que os dados demográficos usados para o cálculo de cobertura são da contagem populacional do IBGE de 2007 (os dados do censo demográfico de 2010 ainda não estavam disponíveis quando da sua construção) e o número de profissionais envolvidos foi coletado na Secretaria Municipal de Saúde e se referem ao ano de 2010. Como a intenção aqui não é o estudo comparativo de áreas e sim o questionamento dos modos como a gestão territorial dos serviços vem sendo realizada, os dados satisfazem o que se pretende nessa reflexão.

Observa-se que a UPAS da Cidade Jardim é a mais densamente coberta por profissionais de nível superior e também pelas especialidades apresentadas (médicos, dentistas e enfermeiros). Esta é acompanhada pela UPAS do São Cristóvão, que também apresenta elevado índice de profissionais de nível superior por 100 mil/habitantes, com destaque para as especialidades de médicos e enfermeiros. Os dados do São Cristóvão se aproximam daqueles encontrados na Cidade Jardim, com exceção do número de dentistas por 100 mil/hab. Observe-se que essas duas áreas são as mais periféricas da área urbana, portanto, ainda estão em processo de constituição e expansão e a densidade demográfica é relativamente baixa. Esses dados comprovam algo comum no Brasil que é a instalação de serviços de atenção primária na periferia das cidades e a dificuldade de sua implantação nas áreas adensadas do centro.

Não por acaso, a UPAS do Centro apresenta baixa cobertura em todos os itens avaliados. Há vários fatores que poderiam explicar esse comportamento. Em primeiro lugar, deve-se atentar para o fato de que o Centro é a área mais populosa da cidade, mais de 42% da população urbana reside nessa área. Por isso, embora incorpore mais de 35% do total de profissionais de nível superior envolvidos com a atenção primária à saúde na área urbana, seu índice de cobertura por 100 mil/hab. é um dos mais baixos. Um segundo ponto tem haver com o processo de constituição da rede de saúde nesse local. Por ser a área de ocupação mais antiga acabou acolhendo os hospitais, clínicas e centros de saúde mais importantes, quase todos relacionados com nível secundário de atenção do SUS. Isso fez com que a periferia fosse privilegiada na instalação de serviços de atenção primária à saúde, haja vista que o Centro já possuía um sistema tradicional de atenção realizado nos hospitais. Por último, apresenta-se a dificuldade em se implantar serviços de atenção primária em áreas adensadas e verticalizadas e o caráter de precedência que as áreas periféricas, mais carentes, devem ter na política de expansão da atenção primária à saúde nos municípios.

As UPAS do São João e São Geraldo têm comportamento diferenciado em relação às demais unidades espaciais. São áreas de ocupação antiga e das mais carentes⁴³ da área urbana de Pouso Alegre. No entanto, o número de profissionais por 100 mil/hab. é relativamente baixo, com exceção do número de dentistas por 100 mil/hab. no São João. A proximidade com o Centro pode ser um fator que explica esse comportamento. Porém, outros elementos relacionados com a gestão territorial dos recursos humanos ou de profissionais podem ser também importantes nesse sentido. A alocação desses recursos depende dos modos de gestão e do privilegiamento que se dá a algumas áreas em determinadas situações. Acredita-se que nessas duas áreas tenha havido certo privilegiamento dos serviços de Pronto Atendimento em detrimento dos serviços ligados à atenção primária. Então, quando se calcula, tomando-se apenas os profissionais envolvidos com a atenção primária, os índices são muito baixos.

Poder-se-ia perguntar se o ideal não seria envolver nesse cálculo todos os profissionais, de todas as especialidades e de todos os níveis de atenção localizadas em cada uma dessas áreas separadamente. Nesse caso, o Centro, por exemplo, possivelmente, comportaria um índice bem mais elevado de profissionais por habitantes e nas áreas periféricas se daria o contrário. Deve-se esclarecer, entretanto, que as funções atribuídas à atenção primária não são as mesmas da atenção secundária e terciária, o que não justifica, nesse caso, um estudo conjunto.

Juntamente com as variações na densidade de profissionais envolvidos com a atenção primária à saúde por UPAS, podem-se encontrar também variações no número e especialidades de profissionais entre UBS (ver o quadro em anexo 03). Não há um padrão exato para a organização dos serviços nessas unidades. Estas devem se adaptar as variações dos territórios e as diferentes demandas por saúde de cada fração desse território. Deve-se questionar o fato de algumas unidades comporem maior densidade de médicos, outras de dentistas e outras ainda de enfermeiros? Em princípio sim, embora esteja claro que não pode haver homogeneidade na distribuição desses serviços. Deve haver alguma “razão territorial” que as explique. Do contrário, a definição da localização dos profissionais e o privilegiamento de algumas UBS em relação a outras estaria completamente falho. O problema que se coloca aqui é aquele da “adequação territorial” dos serviços de saúde. Espera-se que estes possam atender as especificidades de cada fração do território, ou seja, a localização dos serviços, a densidade e o tipo de profissionais envolvidos deve ser condizente com as condições do território onde se instalam. Assim, por

⁴³ Recomenda-se a leitura do estudo feito por Faria (2008) na área de alagamento do São Geraldo.

exemplo, deve haver uma razão para o fato de uma única UBS localizada no Centro, ter sete médicos em seu quadro de pessoal (é a unidade com o maior número de médicos, representando 13,5% do total), ao passo que algumas unidades possuem apenas um médico (é o caso de uma unidade localizada na Cidade Jardim, uma no São Geraldo, uma no São João e duas unidades no São Cristóvão). Algumas unidades, por exemplo, não possuem dentistas em seu quadro de pessoal (é o caso de duas unidades localizadas no Centro, três unidades localizadas no São Cristóvão e uma unidade no São João, São Geraldo e Cidade Jardim, respectivamente). Entretanto, há uma UBS localizada no Centro que possui seis dentistas em seu quadro de pessoal. Só essa unidade incorpora 20% dos dentistas empregados em atenção primária à saúde na área urbana de Pouso Alegre. A distribuição geográfica de enfermeiros é mais homogênea entre as unidades, variando entre um e dois profissionais em cada unidade.

Esses dados poderiam ser justificados pelos gestores locais, alegando o fato de que se trata de UBS e ESF. Portanto, possuem diferentes modos de organização e diferentes densidades de profissionais envolvidos. As ESF, por exemplo, não possuem dentistas em seu quadro de pessoal, embora isso novamente contrarie as orientações dadas na PNAB (BRASIL, 2007b), que orienta a incorporação da saúde bucal às ESF. Em primeiro lugar deve-se atentar para o fato de que não há dois modos de organização da atenção primária à saúde, isso já foi dito. Em segundo, mesmo a comparação entre UBS tradicionais, mostra enormes variações no número de profissionais envolvidos entre essas unidades.

Isso não significa, em princípio, um problema, desde que existam razões territoriais que explicam essas variações, muito embora, em alguns casos, a concentração geográfica de profissionais parece realmente estranha. Retomar-se-á essa temática da adequação territorial dos serviços de atenção primária à saúde no tópico 4.4. Antes disso, serão feitas algumas considerações sobre o processo de territorialização das unidades de atenção primária à saúde na área de estudo. Haja visto que essa prática, mais do que qualquer outra, deve ser condizente as condições territoriais que se apresentam. Novamente aqui, os modos como é feito depende do entendimento do território e das decisões que são tomadas em relação a ele pelos gestores locais.

4.3 A territorialização da atenção primária à saúde na área urbana de Pouso Alegre-MG: metodologias e processos de implantação

A definição de territórios de atuação das unidades de atenção primária à saúde é pressuposto fundamental contido nas determinações da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e nas diretrizes dadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais através do Projeto Saúde em Casa e da sua estratégia estruturante, o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS). Não é uma política apenas local e localizada, mas sim algo que se coloca no âmbito da própria constituição do SUS e da necessidade de integrar o sistema para torná-lo universal e equitativo (e assim cumprir o direito constitucional). A criação desses territórios, em Minas Gerais chamados de territórios sanitários, é passo fundamental para a constituição das redes de atenção e para a melhor resolutividade do sistema.

Observou-se que em Pouso Alegre ainda há dois modos de organização da atenção primária: a demanda controlada pelas ESF e a demanda espontânea das UBS. Por isso, a territorialização até então processada nessa cidade se refere especificamente à delimitação de áreas de atuação das ESF, uma vez que as UBS não possuem população adscrita e territórios definidos. Isso revela certa dificuldade em colocar em prática as propostas que vêm sendo feitas em nível de país e de Minas Gerais, e isso não é exceção, possivelmente seja a regra.

As primeiras Equipes Saúde da Família (ESF) foram implantadas em Pouso Alegre no ano de 2004. Houve, portanto, certo atraso em adotá-las, uma vez que, como programa, a Saúde da Família vem sendo implantada no Brasil desde 1994. Em 2004 foram instaladas três equipes na área urbana, que atendiam 16.546 habitantes. Esse número saltou para 32.977 em 2007 e 47.157 em 2010 (SIAB, 2011). Considerando-se os índices de cobertura na área urbana, tem-se, em 2004, mais de 15% da população atendida, em 2007, mais de 29% e em 2010, mais de 39%. A tabela 4.1 mostra essas variações no número dos índices de cobertura das ESF no território urbano nesse período⁴⁴.

Observa-se que as ESF quase triplicaram a população atendida em seis anos. O índice de cobertura, dado que reflete mais adequadamente a expansão dos serviços, apresenta um crescimento de mais de 150% entre 2004 e 2010. Essa expansão se deve aos diversos incentivos, sobretudo financeiros, que vêm sendo dados, tanto pelo Ministério da Saúde, quanto pela

⁴⁴ Para o cálculo da cobertura em 2004 fez-se a projeção da população urbana baseando-se nos dados do censo de 2000. Essa comparação entre os anos de 2004, 2007 e 2010 é apenas um modo didático de se comparar os dados de cobertura das ESF com os demográficos disponíveis pelo IBGE (contagem da população de 2007 e censo de 2010).

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Esses números refletem, de certo modo, esse caráter de prioridade das ESF na organização da atenção primária e dos sistemas assistenciais no

Tabela 4.1: População absoluta, população atendida pelas ESF e índice de cobertura das ESF na área urbana de Pouso Alegre-MG entre 2004 e 2010

Ano	População absoluta	População atendida	Índice de cobertura (%)
2004*	106.492	16.546	15,5
2007	110.023	32.877	29,8
2010	119.602	47.157	39,4

Fonte: IBGE, 2010 e SIAB, 2010 (adaptado)

* População absoluta calculada a partir de projeções dos dados do censo de 2000.

Brasil.

A implantação dessas equipes exige a definição dos seus territórios de atuação. De fato, a adscrição da clientela (demanda controlada) e a definição de áreas de atuação são pressupostos fundamentais para se implantar uma ESF. Então, pode-se dizer que 39,4% da população urbana de Pouso Alegre foi “territorializada” pelas ESF. Isso significa que apenas essa porção da população que foi adscrita e que está compreendida no espaço de atuação dessas equipes pode receber os seus serviços. O restante, ou seja, os 60,6%, não podem usufruí-los.

Para esses últimos e também para aqueles que foram contemplados com as ESF, resta os serviços das UBS. A diferença fundamental é que aqui não há identificação entre usuário e o serviço de saúde. Por isso, a população pode acorrer a qualquer UBS localizada na área urbana, uma vez que estas não têm controle das pessoas e dos procedimentos realizados.

Pode-se perguntar por que tanto a população coberta, quanto a população não coberta pelas ESF, podem fazer uso dos serviços das UBS. Afinal, por que não oferecer os serviços das UBS preferencialmente àqueles que não são atendidos pelas ESF? Uma primeira questão nesse sentido tem a ver com o controle da demanda. Como as UBS não controlam essa demanda, não podem também identificá-la. Daí a dificuldade de se definir quem deve ou não usar seus serviços. Uma segunda questão que se deve considerar é o fato de que os serviços oferecidos pelas UBS (nesse modelo tradicional) são bem diferentes dos serviços oferecidos pelas ESF. Por isso, não faz sentido separar a demanda atendida nessas duas unidades.

Essa dubiedade no modo de organização em torno das UBS e ESF vai caracterizar uma atenção primária fragmentada que, por sua vez, incide na desintegração das ações entre os

diversos níveis de atenção. De fato, o modelo demanda espontânea trabalhada nessas UBS não reflete exatamente os fundamentos da atenção primária. Nesse modelo, são as pessoas que acorrem as unidades, quando deveria ser o contrário. Desse modo, suas ações ficam condicionadas aos procedimentos de correção e reabilitação, quando deveriam focar suas ações nas práticas de prevenção e promoção. Mas não só isso. Na medida em que não controlam a demanda, não podem também coordenar essa demanda. Relembre-se que a coordenação dos fluxos de pacientes entre os diversos níveis de atenção é um dos princípios mais importantes da atenção primária.

Pode-se dizer que 60,6% da população urbana de Pouso Alegre não possuem uma porta de entrada definida para o SUS. As pessoas podem acorrer aos serviços das UBS ou não. Na maioria das vezes as pessoas não irão procurar as UBS e sim os hospitais, pronto atendimentos e clínicas diversas (atenção secundária e terciária). Normalmente as pessoas procuram os serviços de saúde quando já estão adoentadas. Por isso, acorrem mais frequentemente aos hospitais e pronto atendimentos, haja vista que aí podem encontrar maior número de especialidades e de equipamentos avançados para se resolver seus problemas de saúde. Desse modo, a atenção secundária passa a exercer o papel de porta de entrada do SUS.

Esse modelo irá provocar uma sobrecarga de fluxo de pacientes no nível secundário. E tal sobrecarga, por sua vez, vai acarretar pelo menos quatro grandes consequências para sistema de atenção. A primeira será marcada pelo acento nas práticas de correção em detrimento das práticas de prevenção e promoção. Nesse caso, tem-se um custo social extremamente elevado, pois a atenção é voltada para as doenças e não para as pessoas. A segunda consequência é o elevado custo financeiro, haja vista que as ações do nível secundário exigem uso de equipamentos modernos e de mão-de-obra especializada. Modelos como esse não são interessantes para a sociedade e muito menos para o Estado, talvez o sejam para as grandes empresas farmacêuticas. A terceira consequência é a fragmentação das ações. No nível secundário não há continuidade das ações, pois os pacientes são tratados em relação às suas enfermidades e não em relação aos seus contextos de vida. Não há identificação entre usuários e profissionais da saúde, o que impossibilita o reconhecimento do paciente e o histórico de suas condições de saúde. Por último, a sobrecarga no nível secundário irá levá-lo a realizar procedimentos que são próprios da atenção primária e, ao mesmo tempo, impossibilitá-lo de realizar práticas que lhe são peculiares. Desse modo, procedimentos simples como, por exemplo, medir a pressão arterial, que deveriam ser

feitos na atenção primária, acabam sendo realizados no nível secundário. Isso irá impactar esse nível de atenção com uma demanda extremamente elevada, tornando-o, ao mesmo tempo, menos resoluto e mais oneroso.

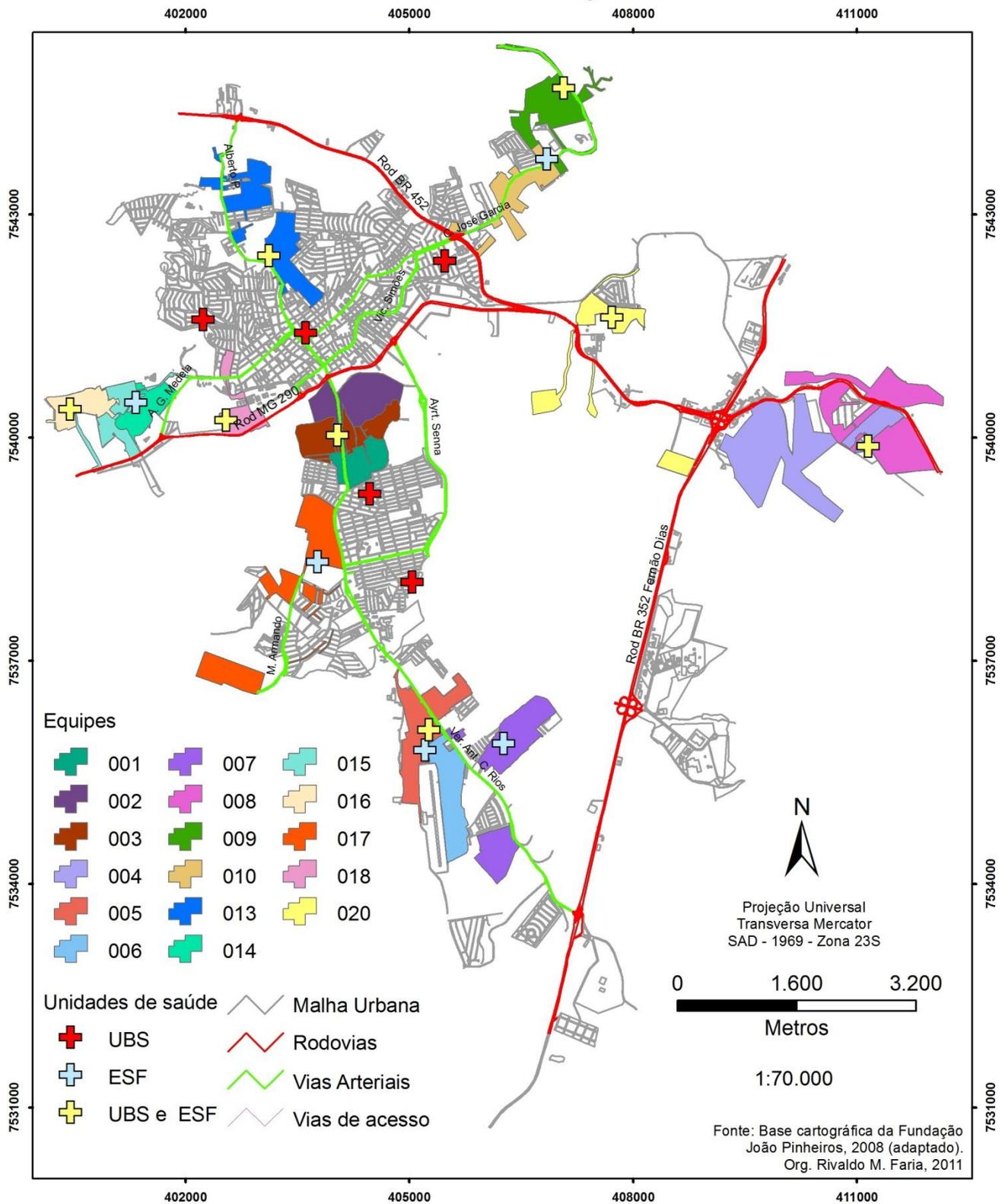
Esse cenário confuso e ainda indefinido talvez seja a principal questão a ser resolvida em termos de planejamento e gestão da atenção primária à saúde em Pouso Alegre e na maioria dos municípios brasileiros. Entretanto, não se deve negativizar tudo. A atenção primária vem sendo dinamizada com a estratégia das ESF e a territorialização vem sendo gradativamente processada. A implantação dessas equipes acaba, de algum modo, resolvendo esse cenário dúbio da atenção primária à saúde em Pouso Alegre, pois converge todo o sistema em torno da Saúde da Família. Além disso, resolve-se a questão da definição do território e, portanto, do controle da demanda, fundamental para a articulação de ações no nível primário.

A área urbana de Pouso Alegre possui dezessete ESF distribuídas desigualmente como se observa na figura 4.3. Cada uma dessas unidades possui um território de atuação pelo qual exerce responsabilidade sanitária. O que define a dimensão desses territórios é basicamente o número de habitantes. As ESF trabalham com no máximo quatro mil pessoas, como orienta a PNAB (2007b). Todas as unidades localizadas na área urbana de Pouso Alegre possuem mais de dois mil habitantes e menos de quatro mil, com exceção da unidade de número 020, pois ainda está em processo de instalação (tabela 4.2). Deve-se esclarecer que as unidades de número 011, 012 e 019 estão localizadas na área rural, por isso não aparecem nesse mapa.

Novamente, não há homogeneidade na distribuição espacial dessas unidades e nem deveria. Entretanto, deve haver alguma razão que explique o fato de estarem localizadas nesses locais e não em outros. Ou ainda, deve haver alguma razão propriamente social, relacionada com uma demanda mais densa pelos serviços de saúde e que justifica a instalação das primeiras unidades nesses locais. Em outras palavras, deve haver algum planejamento que explique e justifique suas localizações.

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2007b), cabe ao município elaborar a proposta de implantação e expansão das ESF no seu território. Essa proposta se materializa num documento produzido pelos gestores locais e nele deve constar, entre outros elementos, o “[...] território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas e microáreas” (BRASIL, 2007b, p. 30).

Figura 4.3: Territórios de atuação das Equipes Saúde da Família (ESF) na área urbana de Pouso Alegre-MG em 2010



Trata-se, portanto, de um planejamento previamente realizado e que determina não só as localizações desses serviços, como também os modos como serão implantados. É importante, desse modo, identificar essa proposta, uma vez que nela estão contidos os critérios que são utilizados para definir a criação e instalação desses territórios. Como se trata de um tema fundamental na gestão da saúde, pois ela não se realiza sem o planejamento, reservar-se-á o tópico 4.4 para essa discussão específica.

Tabela 4.2: População atendida nas Equipes Saúde da Família (ESF) da área urbana de Pouso Alegre-MG em 2010

Equipes	População atendida	Equipes	População atendida
001	3.471	010	2741
002	3146	013	3645
003	3677	014	2726
004	2597	015	2803
005	2555	016	2713
006	3225	017	2643
007	3312	018	2709
008	2210	020	1335
009	2527		

Fonte: SIAB, 2010 (adaptado por FARIA, 2011)

Observação: as ESF de números 011, 012 e 019 estão localizadas na área rural

A territorialização das ESF deve ser entendida como a delimitação de áreas. Como processo de constituição do território nem deveria ser considerado uma territorialização, uma vez que se trata da imposição artificial de uma fronteira política da saúde. É no seu caráter político (entendido aqui na sua dimensão de Estado, na sua dimensão burocrática) e geométrico que essa territorialização deve ser entendida. É um território político porque representa a imposição das decisões tomadas pelo Estado municipal e sua materialização no espaço. Suas fronteiras são definidas pelo poder público, embora isso não signifique a total ausência de outras relações de poder. É um território geométrico, por outro lado, porque sua dimensão é condicionada por certo padrão previamente definido.

A análise do desenho espacial dos territórios das ESF da figura 4.3 acima evidencia claramente esse caráter político e geométrico de que se fala. Há territórios extremamente

fragmentados, com manchas de atuação distantes umas das outras e sem nenhuma ligação. É o caso das equipes 007, 013, 017 e 020. E isso está relacionado com os modos como são “territorializadas” essas unidades de saúde. Sabe-se que o primeiro passo para se implantar uma ESF é a definição do local onde a mesma será instalada. Entretanto, essa definição nem sempre é acompanhada de um estudo prévio da área. Por isso, não se tem o entendimento real das condições sociais da saúde do local. Em alguns casos, não se sabe sequer o número de habitantes desse local. Só depois, quando as equipes estão fazendo o cadastro da população e, portanto, estão determinando quem será atendido pela unidade, é que se tem início o levantamento de dados sociais e o diagnóstico da área.

A definição desse local de instalação das ESF se expressa na eleição de um bairro onde isso será feito. Entretanto, como unidade espacial, o bairro não é uma expressão definida. Há grande confusão no tratamento dos seus limites que em muitos casos, por exemplo, são definidos por uma rua, uma árvore ou um equipamento público importante. Depois de eleito o bairro, inicia-se o processo de adscrição da clientela, ou seja, o cadastro da população efetivamente. Então, por uma questão numérica, equipes instaladas em bairros pequenos precisam completar o número de habitantes inscritos em outros bairros. É isso o que se processa com as ESF mencionadas. Ocorre, entretanto, que estes bairros nem sempre são limítrofes e muito menos possuem as mesmas características sociais. Por isso, é natural que estas ESF acabem trabalhando com situações de vida e saúde extremamente diversas, em alguns casos, quase opostas.

Entre as diversas implicações derivadas desse modo fragmentado de organização espacial das equipes 007, 013, 017 e 020 citam-se as dificuldades em gerenciar problemas diversos de saúde, além da distância que dificulta o deslocamento dos profissionais da saúde em direção à população e desta em direção às Unidades Básicas de Saúde. Um modo simples de resolver isso seria tornando essas equipes mais flexíveis, adaptando-as aos territórios e não o contrário como vem sendo feito. Isso exigiria a criação de áreas (territórios) de tamanhos diversos e com ações também adaptadas às diferentes realidades sociais. Isso significaria uma inversão da gestão em torno dos territórios (políticos) da saúde, para a gestão da saúde dos territórios (CARVALHO, 2003).

Esse modo político-geométrico da territorialização das ESF pode ainda revelar outro problema, este talvez mais grave porque está relacionado com a ética da gestão pública. Ao se delimitar uma área de atuação de uma ESF naturalmente se exclui outra. Obviamente, a

existência do limite supõe também a existência de uma barreira. Só tem acesso aos serviços das ESF àquelas famílias que foram cadastradas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Como existe um padrão definido para o número de pessoas a serem atendidas em cada unidade, não é incomum encontrar casos em que uma família é atendida pelo serviço e o seu vizinho não. E como explicar para o cidadão a razão pela qual ele não pode receber o serviço? Qual o critério que levou à inclusão de determinada rua ao território da ESF e a exclusão de outra?

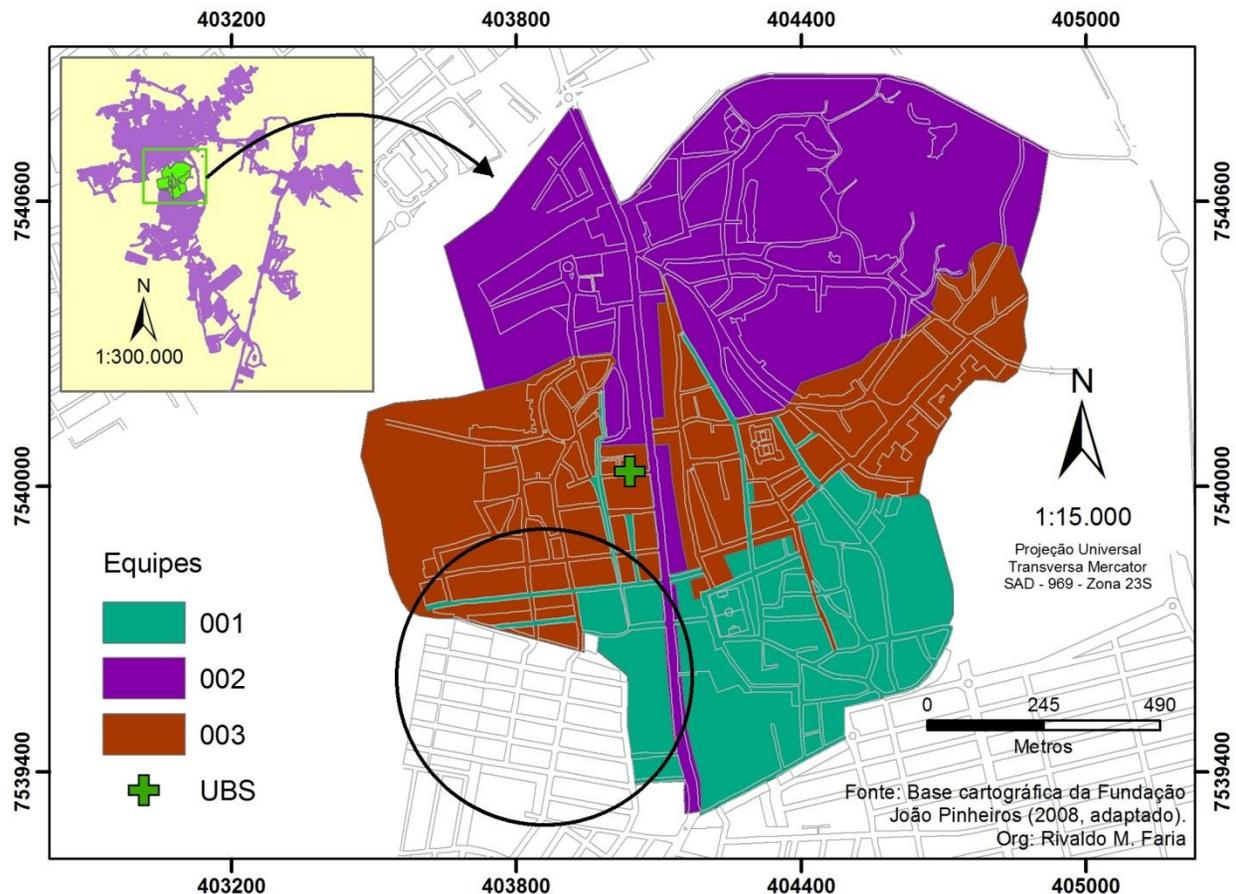
Essa questão é ainda mais grave na proximidade das fronteiras desses territórios. Veja-se o caso das fronteiras das equipes 001, 002 e 003 no mapa da figura 4.4. A área circulada apresenta um exemplo de local crítico. Há casos de ruas parcialmente atendidas, pois as fronteiras desses territórios são definidas pelo número de habitantes cadastrados. A área circulada no mapa está no limite entre duas ESF, entretanto, como o número de cadastrados por ambas foi atingido, não há possibilidade de expansão de suas fronteiras. Desse modo, as áreas ainda não atendidas pelas ESF só irão receber o serviço com a instalação de novas unidades.

Pode-se justificar dizendo que esse é um processo em desenvolvimento, ou seja, a tendência é a instalação das ESF em todo o território urbano de Pouso Alegre. De fato, é esse o projeto que vêm sendo proposto em nível de país e Estado. Entretanto, não há como negar que isso leva tempo e a decisão das localizações das primeiras unidades gera certo desconforto. Afinal, alguém está sendo primeiramente privilegiado. Além disso, há àqueles mais céticos que não acreditam nessa universalização da Saúde da Família (AZEVEDO e COSTA, 2010). Para estes, esse é um serviço próprio das áreas periféricas mais carentes, uma vez que as áreas mais desenvolvidas optariam por sistema privados de atenção. Embora esse modo cético de conceber a Saúde da Família não seja o mais adequado, pois não se trata de um “pacote pobre para os pobres” como foi refletido no segundo capítulo, deve-se considerar que, como estratégia, as ESF ainda atingem parcialmente e incompletamente o território.

Na verdade, a PNAB através da Portaria 648/GM (BRASIL 2007b), já resolveu esse problema do estabelecimento de limites de atuação das unidades de atenção primária à saúde. De acordo com essa portaria, toda a atenção básica ou primária deve possuir território adscrito. Isso significa que toda a população da área urbana deveria possuir uma UBS como sua referência de atenção. Portanto, não deveria haver áreas não territorializadas, como se observa nos mapas apresentados. Infelizmente isso ainda não se efetivou em Pouso Alegre como já foi destacado.

Uma das questões mais importantes que vem sendo discutida nesse trabalho é o modo como esses serviços são projetados no território. A territorialização é uma prática política que se traduz num modelo de gestão territorial da saúde. Não se conforma ao território, mas cria um novo território, impondo-se como nova realidade, uma realidade político-burocrática como quer Ungert (1993). Por isso, seus limites se apresentam estranhos ao próprio território, uma vez que se trata de algo que se impõe de fora.

Figura 4.4: Limites dos territórios de atuação das ESF 001, 002 e 003.
Área urbana de Pouso Alegre-MG em 2010



Isso fica muito claro na figura 4.4. Observe-se que os limites da equipe 002 atravessam os territórios das equipes 001 e 003. É uma rua que se estende no interior dos demais territórios. Também os limites da equipe 001 parecem invadir o território da equipe 003 e vice versa, num desenho claramente geométrico. O grande problema é que esses limites se impõem como barreiras no interior do território realmente existente. A família que está sendo atendida no extremo sul da área de atuação da equipe 002, por exemplo, está localizada geograficamente

dentro da área de atuação da equipe 001. Porém, o limite impõe uma barreira para essa família. Ela só pode acessar os serviços oferecidos pela sua equipe.

De algum modo o uso do termo “territorialização” acaba justificando uma prática de imposição dos territórios políticos da saúde. Deve-se questioná-la, ainda que ela represente avanços em termos de gestão da atenção primária à saúde no Brasil.

Em casos como o das equipes apresentadas na figura 4.4, o ideal seria a sua integração. São três equipes, mas uma única área, possivelmente se trata de uma mesma realidade socioespacial. As equipes estão instaladas num único prédio, portanto deve haver comunicação entre ambas. Se assim for feito, os limites poderão ser flexibilizados, de modo que os mesmos não funcionem como barreiras, mas como portas de entrada. Essa seria uma das possibilidades para se adaptar os serviços aos territórios e não o contrário. Se, por um lado, existe um padrão em relação à dimensão das equipes, por outro, não existe um padrão exato no modo de gerenciá-la. Dessa forma, os gestores locais poderiam criar áreas de atuação das equipes de dimensões variadas a partir da instalação de equipes limítrofes e comunicantes.

Esclareça-se que, embora existam determinações dadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde goza de certa autonomia administrativa. Portanto, é possível encontrar formas criativas de gestão que sejam adaptadas à realidade local.

De certa forma, a territorialização se apresenta como uma prática simplificada de manejo territorial dos problemas e dos serviços de saúde. Não é tão difícil estabelecer limites e criar territórios quando se padroniza o processo. Isso contribui, inclusive, para justificar o fato de alguns estarem dentro e outros fora desses territórios. Afinal, trata-se de uma questão puramente numérica. Complicado seria reconhecer as diversidades dos territórios e estabelecer limites que as considere. Nesse caso, seriam produzidos territórios de dimensões variadas, e isso não é tarefa simples. O que se observa é certa “comodidade” no processo de instalação dessas equipes. De fato, a padronização simplifica, ao passo que a diversidade complexifica, embora, ao que parece, esta última seja a mais adequada. Entretanto, nos moldes em que vem sendo feita, a territorialização reproduz na localidade a ingerência que historicamente marcou o setor público no Brasil. E ainda mais, vista dessa forma, ao contrário de integrar e incluir, a territorialização pode dividir e excluir.

A proposta da territorialização é a divisão do território em níveis escalares. Partindo-se do município, tem-se a constituição dos territórios-sanitários, no interior destes, os territórios de atuação das ESF e, por fim, os territórios de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em Pouso Alegre o processo tem sido feito pela delimitação das áreas de atuação das ESF e, a partir destas, a delimitação das microáreas de atuação dos ACS. Não se pode ainda falar em territórios sanitários, expressão que se aproxima da ideia de distritos sanitários. Desse modo, a territorialização da saúde fica condicionada ao processo de instalação das ESF. E não deveria ser assim, uma vez que todo o território deveria ser necessariamente “esquadrinhado”.

A criação dos territórios das ESF depende inteiramente das decisões tomadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Já as microáreas de atuação dos ACS são criadas no interior das próprias equipes, através da coordenação feita, normalmente, pelo profissional de enfermagem. Cada ESF possui entre quatro e seis agentes, podendo chegar ao máximo de doze agentes como orienta a PNAB (BRASIL, 2007b). Cada um dos ACS é responsável pelo monitoramento das condições de vida e saúde da população da microárea pela qual se responsabiliza, não podendo ultrapassar um total de 750 pessoas.

O sucesso da estratégia Saúde da Família depende diretamente desses agentes. Sem eles não é possível o acompanhamento sistemático da população de cada microárea e sem esse acompanhamento não se produzem dados e informações através das quais as ações são tomadas. São eles que têm o contato direto com a população, por isso, são os primeiros responsáveis pela coordenação dos fluxos e pela continuidade das ações da atenção primária. Deve-se, portanto, atentar para os modos como são definidas essas microáreas, pois delas depende a própria existência das ESF.

Para alguns, como Mendes (1993), também as microáreas funcionam como uma expressão territorial. O Plano Diretor da Atenção Primária (PDAPS) à Saúde de Minas Gerais, por exemplo, utiliza a expressão território-microárea, significando que também aí existe uma expressão territorial, uma espécie de territorialização em microescala. Entretanto, se questionamentos foram feitos em relação ao uso do termo territorialização aplicado às áreas de atuação das ESF, ainda mais se pode fazer em relação às microáreas de atuação dos agentes. É inclusive estranha a terminologia território-microárea, como se as duas expressões fossem a mesma coisa.

De acordo com o PDAPS (ESPMG, 2008), as microáreas devem ser definidas tendo em vista certa homogeneidade socioespacial. Embora no contexto urbano seja quase impossível delimitar áreas homogêneas, mesmo em escalas pequenas, o que se exige é que os agentes atuem em áreas onde as condições de vida e saúde não sejam muito contrastantes. Entretanto, essa homogeneidade que se procura depende, em primeira instância, dos modos como são definidas as localizações e as áreas de abrangência das ESF. Se estas são instaladas em bairros diferenciados, como os casos citados, evidentemente, as ações dos ACS estarão condicionadas às diversidades sociais que se apresentam. Ressalte-se que o espaço urbano é fragmentado (CORRÊA, 1995) onde se superpõe usos diferenciados, com funções também diferenciadas. Nesse caso, é, no mínimo, estranha essa procura por homogeneidades.

A divisão dessas microáreas obedece alguns critérios previamente definidos. O número de habitantes, por exemplo, é um importante critério limitador. Mas não só isso. As microáreas devem ter certa expressão espacial condizente com a capacidade de atuação do ACS, incluindo a capacidade de se locomover. Áreas mais adensadas terão microáreas de menor extensão e maior população e o contrário de dá com as áreas menos adensadas. O ACS não dispõe de transporte para a realização do seu trabalho. Por isso, o fator distância é um critério importante. Ademais, o agente deve estar na rua, visitando as famílias de sua microárea e não ir a ela vez ou outra, sem um acompanhamento sistemático. O transporte, o carro, pode dificultar esse contato que muitas vezes se estabelece na rua, no dia a dia das conversas com essas famílias.

Os ACS são os elos entre a comunidade e os serviços de atenção primária à saúde. Se a intenção é tornar esse nível de atenção a porta de entrada do SUS, isso deve se processar a partir do agente de saúde. Por isso, sugere-se que o ACS seja residente de sua microárea ou pelo menos da área de atuação da ESF. Isso facilita o processo de conhecimento da realidade e diminui as distâncias para a realização do seu trabalho. Além disso, pelo fato de residir na própria comunidade, possui certa credibilidade e confiança da população em relação aos serviços que presta. Afinal, o ACS deve entrar nas residências, se comunicar com as famílias e monitorar suas condições de saúde. Ademais, deve haver certo relacionamento e corresponsabilização entre os ACS e famílias atendidas.

Entretanto, também as microáreas são definidas considerando basicamente o número de habitantes e não as características dos territórios. Daí o caráter político e geométrico característico, tanto das áreas, quanto das microáreas das ESF. O fator quantidade (máximo 750

habitantes por agente) prevalece sobre o fator qualidade (características, usos, funções), e a projeção dessas microáreas no espaço acaba refletindo exatamente esse movimento.

A figura 4.5 é reveladora de vários desses aspectos que se está discutindo. Ela apresenta as microáreas de atuação dos agentes comunitários de saúde da ESF N° 013. O desenho espacial da equipe e das suas microáreas mostra claramente a fragmentação. São recortes espaciais sem ligação. Veja-se o caso da microárea N° 07, a mais emblemática. Leva mesmo a crer que foi produzida pela somatória de trechos de ruas não totalmente cobertas pelos demais agentes. Há casos em que as ruas foram literalmente divididas, parte pertence a uma microárea e parte a outra. Há outros ainda mais graves em que parte da rua é atendida pela ESF e parte não.

O estudo das microáreas permite recusar qualquer ideia de territorialização aplicada nesses moldes. Não devem ser considerados territórios, pois se referem apenas a uma subdivisão espacial. Como se refere a um processo e procedimento de delimitação de áreas, fundamentado no número de habitantes, é natural que os seus limites imponham rupturas e barreiras para os territórios realmente existentes, os territórios do cotidiano, como defende Monken (2003).

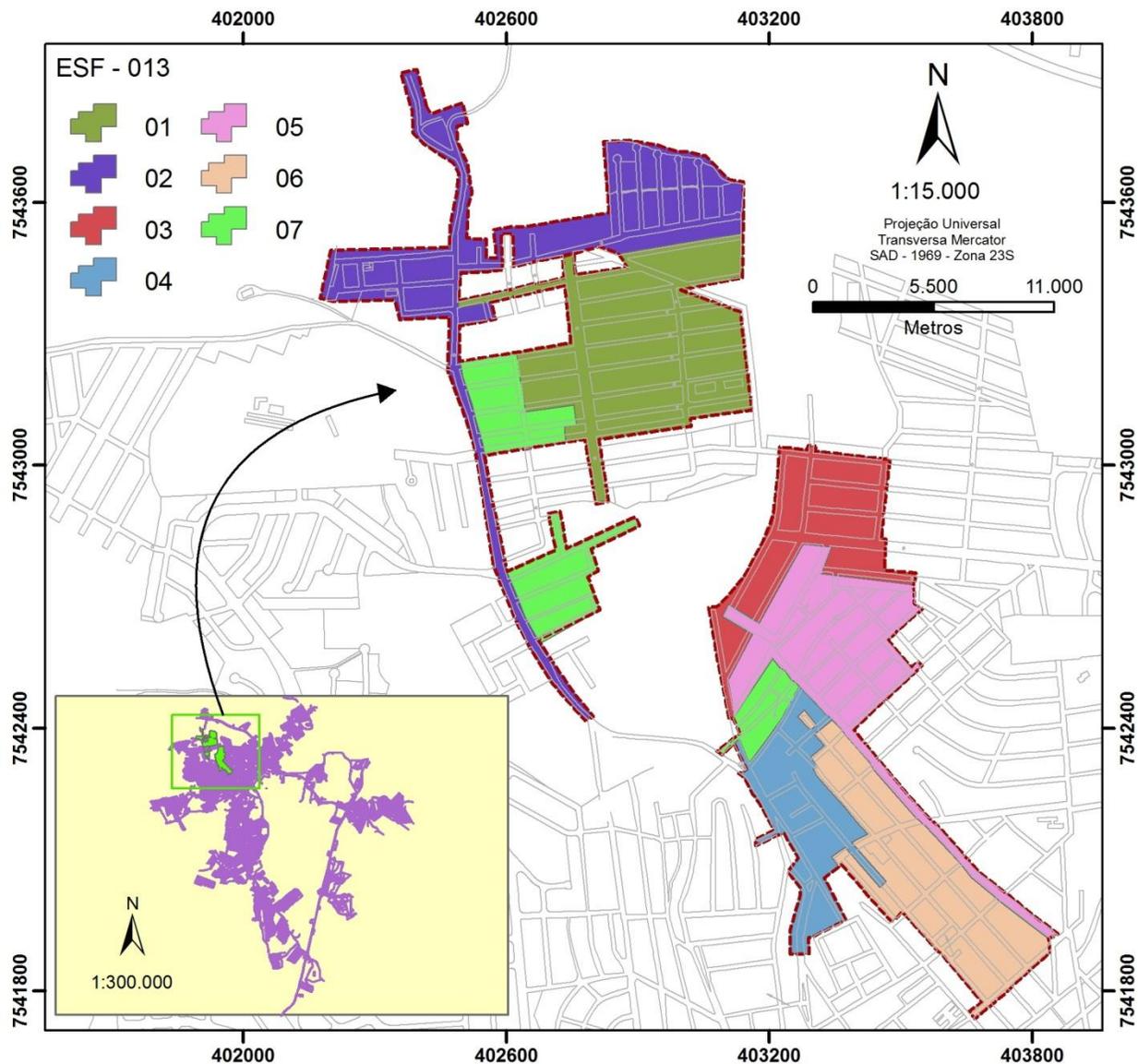
Um primeiro aspecto que se apreende é que os agentes atuam a partir de ruas e não de “espaços homogêneos” como se propõe. Em alguns casos, as ruas de atuação se estendem por quilômetros, a exemplo da microáreas N° 02. Em outros casos, ocorre o contrário. As dimensões variam conforme as diferentes densidades demográficas e, ao mesmo tempo, conforme os modos como essas ruas foram projetadas.

Um segundo aspecto é a imposição de limites espaciais de atuação da ESF e de seus ACS. É uma imposição porque não se considera as características do território, mas as características do serviço. Observa-se certa inflexibilidade nos modos como isso vem sendo feito, o que dificulta a adaptação das áreas e microáreas às enormes variações sociais, econômicas e culturais do território. Isso se resume em certa burocratização que emperra qualquer possibilidade da variação nos modos de organização e gerenciamento dessas unidades.

No nível das microáreas pode ser ainda mais difícil considerar especificidades territoriais ou peculiaridades de condições de vida e saúde. Os seus limites são estabelecidos a partir de conjuntos de ruas ou trechos de quarteirões. É um projeto ambicioso querer encontrar homogeneidades espaciais nessa dimensão. Evidentemente, nessa escala há maior variedade de elementos a serem tratados e a cartografia ensina bem isso (sem querer confundir escalas cartográficas e geográficas). Os modos como as microáreas são pensadas não pode ser o mesmo

daquele que concebeu as grandes áreas. As variáveis a serem analisadas e os fenômenos a serem representados, embora inseparáveis, são diferentes.

Figura 4.5: Área de atuação da ESF nº 013 e Microáreas de atuação dos ACS
Área urbana de Pouso Alegre-MG em 2010



Fonte: Base cartográfica da Fundação João Pinheiros (2008, adaptado).
Org: Rivaldo M. Faria

Nas microáreas predominam as relações sociais cotidianas, produzidas pelas relações de proximidade. Por isso, são carregadas de símbolos, representações e valores. Um modo de resolver o problema dos limites entre microáreas é através do reconhecimento dessas diferentes cotidianidades. Entretanto, na prática, os limites são definidos a partir de elementos inscritos no espaço como, por exemplo, um rio, uma rua, uma praça, uma escola, um lago, etc. Não há o

estudo prévio das relações sociais de proximidade, muito menos dos significados e aspirações dessas pessoas. Só posteriormente, quando as famílias já estão cadastradas pelos agentes é que são levantados os dados sobre suas condições e seus modos de vida. Entre os problemas derivados desse modo de implantação das microáreas citam-se, por exemplo, a separação de condições sociais parecidas e a agregação, num mesmo espaço, de condições sociais diferenciadas.

Um dos maiores esforços feitos no Brasil no sentido de se produzir uma metodologia de reconhecimento dos “territórios do cotidiano” foi feito por Monken (2003; 2008). Deve-se perguntar se nessa dimensão a categoria lugar não seria mais adequada do que a categoria território. No setor saúde, a categoria território é tomada por se referir a apropriação do espaço pelos serviços de saúde. Entretanto, e aqui uma provocação que será mais detidamente debatida no último capítulo, é mais viável a apropriação ou a conformação ao território? Ou ainda, é mais viável criar territórios para a saúde ou reconhecer os territórios e se adaptar a eles?

É muito comum na gestão pública o uso de terminologias sem nenhum significado, porque não foram adequadamente refletidos. É o caso, por exemplo, da expressão território-microárea, quando na verdade não é outra coisa senão, simplesmente, área. Não foi encontrada nenhuma discussão teórica que justificasse o uso desse termo. Veja-se que essa é uma prática importante, determina a vida das pessoas, porque as segrega espacialmente. É no mínimo estranha a ausência de bibliografia sobre o tema.

O fato de ser área não representa, evidentemente, um problema. Há modos adequados de se pensar dessa forma. O problema é quando essas terminologias acabam por justificar uma prática política de gestão que não só não resolve problemas sociais de saúde, como também os produz. Sobre o uso incorreto de terminologias e a sua aplicação política pelo poder público, recomenda-se o trabalho de Souza (2011). De um lado, destaca o autor, apresenta-se a falta de análise crítica dos termos e, de outro, apresentam-se as intervenções feitas do alto, à distância, ao que chama de “visão de sobrevô”, típicas do aparelho de Estado. A territorialização, territórios-sanitários, território-área e território-microárea podem ser tomados como exemplos.

Entretanto, não é no âmbito das microáreas que este estudo se debruça. Tudo o que se processa nesse nível, depende das decisões e dos limites estabelecidos em escalas superiores. Não há microáreas sem antes terem se estabelecidas as áreas de atuação das UBS e ESF. Retorne-se, desse modo, essa dimensão de análise.

4.4 Da teoria à prática da gestão territorial da atenção primária à saúde na área urbana de Pouso Alegre-MG: contexto da implantação dos planos e projetos de territorialização da saúde na localidade

É necessário reconhecer que em termos de políticas e planos, o campo da saúde vem inovando, sobretudo em relação à atenção primária. Entretanto, entre a proposta política e a prática, a distância pode ser relativamente grande. A territorialização é uma técnica de gestão, mas o modo como é usada depende das decisões que são tomadas na localidade. Há problemas teóricos no uso desse conceito, mas os problemas maiores devem ser avaliados no campo da prática. Alguns desses problemas foram identificados quando foram mapeados os territórios de atuação das unidades de atenção primária à saúde da área urbana de Pouso Alegre. O objetivo agora é adentrar o dia a dia da gestão territorial da atenção primária à saúde para poder avaliar com mais cuidado essa prática. Além disso, apresenta-se a importante tarefa de verificar a efetivação desses planos, alguns dos quais, como o caso da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), constituídos na forma da lei. Deve-se considerar ainda a proposta da constituição das redes de atenção à saúde a partir dos territórios sanitários propostos em Minas Gerais. É necessário avaliar até que ponto isso está interferindo nos modos de gestão territorial da saúde na localidade.

Uma das formas encontradas para entender o cotidiano dessa gestão territorial e, conseqüentemente, da territorialização da saúde em Pouso Alegre, foi estabelecer o diálogo com os gestores da atenção primária, notadamente aqueles envolvidos com os trabalhos na Secretaria Municipal de Saúde, os gestores de Unidades Básicas de Saúde e Equipes Saúde da Família, os profissionais da Gerência Regional de Saúde e os responsáveis pela aplicação e manutenção do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde nesse município. Esse diálogo foi feito no modo de uma entrevista semiestruturada e os procedimentos metodológicos utilizados (objetivos, estratégias, público-alvo, perfil dos entrevistados e principais questões elaboradas) podem ser lidos no anexo 04 desse trabalho. Foram dez entrevistados estrategicamente selecionados a partir de dois critérios simples: i) ser gestor ou estar envolvido com a prática da gestão da atenção primária à saúde na área urbana de Pouso Alegre-MG e ii) contemplar nessa seleção os diferentes níveis e modalidades da gestão (desde a Secretaria Municipal de Saúde até as Unidades Básicas de Saúde). Pode-se perguntar por que estabelecer um diálogo apenas os gestores e não a

população em geral. Ocorre que o objetivo deste trabalho não está em medir a satisfação ou percepção dessa população em relação à gestão, embora se reconheça a importância de se estabelecer esse diálogo, mas entender a prática da gestão, observando-se os modos de fazer e as consequências espaciais desse modo de fazer.

O processo de reflexão e elaboração das entrevistas levou à seleção de quatro eixos estruturadores a partir dos quais se desdobraram as questões fundamentais para o que se propunha. Dessa forma, organizar-se-á este texto tendo em vista esses eixos.

4.4.1 Estruturas e modelos de atenção

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2007B) a Saúde da Família é uma estratégia prioritária para a reorganização de toda a atenção primária à saúde no Brasil. Portanto, tudo deve convergir nesse sentido, o que pressupõe a extinção gradativa da atenção dada nos moldes das UBS tradicionais e a unificação de toda a atenção primária sob a perspectiva da Saúde da Família. Isso não quer dizer que as UBS deixarão de existir, mas, sim, que serão ressignificadas, pois se ordenarão sob a perspectiva da atenção à família em territórios definidos. Não por acaso a PNAB vai definir as UBS como a condição infraestrutural básica para a instalação dessas ESF, entendendo assim não haver separação entre ambas.

Os depoimentos coletados não apenas confirmam a dualidade e a fragmentação da atenção primária à saúde em Pouso Alegre, mas também revelam outros problemas derivados dessa estrutura e desse modelo. Ao serem indagados sobre a relação e/ou integração entre UBS e ESF alguns entrevistados apontam questões problemáticas como se pode observar nos recortes textuais abaixo:

[...] não se integram, muitas, por exemplo, têm salas separadas, o PSF (referindo-se à ESF) não entra na sala da Unidade Básica de Saúde. Parece uma coisa ridícula, mas é que as pessoas tem resistência à mudança [...] (Entrevistado EA001. Depoimento coletado em fevereiro de 2011).

Na Esplanada, por exemplo, eles (referindo-se às UBS e ESF) estão no mesmo prédio, mas funcionam separados, e o ideal é que não trabalhem separados, mas juntos (Entrevistado EC001. Depoimento coletado em maio de 2011).

“[...] no momento nós temos dois modelos. Um que foi implantado em 2006, que foi o 0800, a chamada virtual. Ele não trabalha com o perfil do paciente, com sua necessidade. O paciente que ligar mais rápido vai obter a vaga mais rápido,

mesmo em relação ao que está necessitando da vaga. Esse sistema não trabalha com territorialização. A pessoa é atendida onde existe vaga, podendo ser em qualquer lugar da cidade. O problema é que nessa unidade não tem o histórico da pessoa, não tem prontuário, que possa ser acompanhada, é como ir ao pronto socorro” (Entrevistado EB002. Depoimento coletado em março de 2011).

Um primeiro aspecto que se nota é que essa desintegração não é apenas física, mas funcional. Por isso, ainda que estejam localizadas no mesmo prédio e estejam realizando o mesmo serviço, apresentam-se como estruturas diferentes, quase incomunicáveis. A tendência à ressignificação das UBS em torno da saúde da família leva a preocupação de que estas sejam incorporadas ou subsumidas pelas ESF. Daí a resistência das pessoas, aqui se referindo aos gestores dessas UBS, em permitir essa integração. Há o reconhecimento de que devem trabalhar de modo integrado, como se observa no depoimento dos entrevistados EA001 e EC001, mas a prática esbarra no processo histórico de como isso foi feito. Naturalmente, será difícil para o profissional que trabalha com demanda espontânea na UBS, mudar para uma demanda controlada e definida geograficamente em torno da família.

Um segundo aspecto está relacionado com a estrutura montada para atendimento nas UBS. O modelo 0800 de que fala o entrevistado EB002 reflete bem o acento e a permanência de uma demanda espontânea nas UBS em detrimento de uma demanda controlada nas ESF. Trata-se de uma Central de Atendimento criada para se resolver o problema das longas filas nessas unidades. Pode-se pensar que esse modelo é uma evolução tecnológica para facilitar a vida das pessoas. Porém, visto de outro lado, pode também se apresentar como um modo politicamente eficaz de escamotear uma realidade muito mais complexa. O uso dos serviços fica atrelado e condicionado a uma ligação telefônica. Portanto, não se trata de ver as necessidades de saúde e oferecer os serviços conforme essas necessidades (haja vista que tais necessidades conferem diferentes urgências em relação ao atendimento), mas de atender conforme uma lista de ligações.

Tal modelo fere os princípios básicos da atenção primária. Em primeiro lugar, porque ele não permite o vínculo entre o paciente e o serviço de saúde. E se não há vínculo, não há o histórico das condições de vida e saúde desse paciente, o que torna as ações fragmentadas e descontínuas. Esclareça-se que esse histórico está contido no prontuário do paciente. Assim, por exemplo, se hoje um determinado paciente faz uso da UBS do São João, têm-se um prontuário; se amanhã faz uso da UBS do São Cristóvão, outro prontuário, e assim sucessivamente. Cada prontuário preenchido supõe a existência de uma pessoa e revela o histórico de saúde dessa

pessoa. Portanto, deve permitir a continuidade da assistência. Como não há um sistema que integre as informações desses prontuários entre todas as unidades, o que demandaria, aqui sim, grande esforço tecnológico, o paciente terá muitos prontuários que nada revelam sobre sua real condição de vida e saúde. A fragmentação do sistema de atenção revelar-se-á na fragmentação da pessoa e da assistência à sua saúde, o que pode gerar diversos problemas como, por exemplo, ineficiência na atenção, demora na elaboração de diagnósticos, repetição de procedimentos, elevação dos custos, entre outros.

Esse modelo também não trabalha com uma população e território definidos. Não trabalha com a territorialização, ressalta o mesmo entrevistado, pois o paciente será atendido onde houver vaga. É como ir ao Pronto Socorro, conclui. Ora, as pessoas buscam o Pronto Socorro ou Pronto Atendimento em situações de urgência e emergência, portanto, quando estão adoentadas. Se a atenção primária faz o serviço nos moldes do Pronto Socorro, privilegiando, assim, os procedimentos de correção e reabilitação, fatalmente deixará de realizar suas funções de prevenção e promoção. Há, dessa forma, uma subversão e/ou descaracterização de seus papéis. E por que remediar ao invés de prevenir?

O entrevistado EC002 apresenta o princípio da resposta a essas questões:

[...] é muito difícil as pessoas aceitarem um outro modelo porque o atual modelo está centrado no médico, muito hospitalocêntrico. Eles não têm essa dimensão da prevenção e promoção da saúde, então isso dificulta o trabalho [...] (Entrevistado EC002. Depoimento coletado em junho de 2011).

De fato, a visão hospitalocêntrica ainda predomina na visão de grande parte dos gestores. Não há a dimensão real dos benefícios da atenção primária, pois também não há a dimensão real da saúde como um fenômeno muito mais social do que biológico. Observa-se a clara associação da saúde à presença ou ausência da doença. A figura do médico ainda predomina como algo nuclear na saúde. Por isso, a Central de Atendimento foi implantada para adequar a agenda médica em todas as UBS. Se a gestão tem como cerne de sua concepção o médico e a doença a ser resolvida, a pessoa é uma figura de segundo plano. Não é preciso insistir que isso descaracteriza os princípios básicos da atenção primária apontados por Starfield (2002).

A dificuldade das pessoas em aceitar outro modelo, organizado em torno da família e estruturadas em territórios definidos, pode estar relacionada muito mais com uma viabilidade administrativa (a demanda espontânea exime os profissionais da responsabilidade sobre as condições de saúde das pessoas, pois são elas que devem se dirigir às UBS) e uma comodidade

política do que qualquer outra coisa. Quem são as pessoas de que fala o entrevistado senão os próprios responsáveis pelas políticas públicas, os dirigentes e produtores dos planos e projetos municipais de saúde? A permanência de UBS, travestidas de Pronto Atendimento, não é uma exigência da população em geral. Não são comuns movimentos sociais reivindicando mais UBS nesses moldes. O fato é que remediar pode ser sim mais interessante politicamente do que prevenir, pois se trata de ações de curto prazo, capazes de sensibilizar até mesmo os mais esclarecidos. Políticas de prevenção e promoção são políticas de longo prazo, normalmente não circunscritas a uma gestão, menos apelativas em termos de mídia e, por isso, talvez, com menor capacidade de convencimento eleitoral.

Esse modelo, por fim, pode ainda se apresentar como um produtor de desigualdades e iniquidades no acesso aos serviços, o que é ainda mais grave. O acesso, nesse caso, depende de uma ligação. Essa política da racionalidade que tenta resolver os problemas de modo mais prático possível, evitando-se longas filas, encontra sentido quando aplicado aos bancos, prefeituras, cabeleireiros, etc. talvez não devesse ser aplicada à atenção primária à saúde (embora na atenção especializada, onde o vínculo entre paciente e serviço de saúde não é algo tão necessário, o uso de tecnologias de marcação de horário pode ser algo importante). Não se está aqui advogando a favor das filas nas UBS, a saúde é uma das poucas instâncias do setor público que jamais deveria ter filas. O que se está defendendo é uma atenção primária mais humana e humanizada, pois não é possível que as necessidades sejam medidas pelas ligações telefônicas. Aliás, esse é o grande perigo da demanda espontânea, ainda mais nesse caso de marcação de horários via 0800. Trata-se de um sistema de saúde sem pessoas, são números, o atendimento depende da ligação. A esse respeito o depoente EA001 vai ironizar:

Você tem que adivinhar que dia vai adoecer para você ligar, para você agendar com o clínico, porque não pode chegar em uma unidade falando que tá doente (Entrevistado EA001. Depoimento coletado em fevereiro de 2011).

A racionalidade pode, portanto, desembocar em irracionalidades. Que adianta o uso de modernas tecnologias que pouco interfere nas condições estruturais de vida e saúde das pessoas? Ainda mais grave quando acaba servindo ao seu contrário, apresentando-se, nesse caso, como um instrumento de manutenção do *status quo*. A atenção primária deve funcionar a portas abertas, não pode limitar o atendimento a partir do número de vagas do profissional médico. Poder-se-ia justificar afirmando que o atendimento é realizado, apenas que isso pode acontecer em qualquer

UBS localizada no município. Deve-se, nesse caso, perguntar ao paciente adoentado se ele tem condições físicas e financeiras para se deslocar dessa forma.

Conclui-se, assim, que a estrutura de atenção primária dada nas UBS em Pouso Alegre funciona como sistema passivo, pois espera que o paciente recorra aos seus serviços via sistema telefônico. E isso não apenas descaracteriza a atenção primária, como também pode gerar iniquidades no acesso aos esses serviços. Entretanto, a atenção primária, aqui se referindo às UBS, deve se articular como sistema ativo e, nesse caso, deve se dirigir às pessoas para prevenir a doença e promover a saúde. E isso impõe a necessidade da atenção continuada e integrada para um público-alvo, localizado num território definido.

Para finalizar, deve-se ressaltar a dificuldade para alguns gestores entenderem as novas propostas de organização e estruturação da atenção primária à saúde no Brasil, sobretudo no que se refere à relação entre UBS e ESF. A esse respeito, o entrevistado EB004 faz uma declaração completamente incoerente ao que propõe a PNAB:

Elas não deveriam estar juntas, elas não deveriam estar. Isso é uma situação contingente, de situações até mesmo econômicas. O PSF é para estar longe, porque se ele não conseguiu atender, se ele não viu ou se ele não conseguiu resolver, as pessoas vão para as UBS. O PSF demanda para as UBS (Entrevistado EB004. Depoimento coletado em março de 2011).

Para ele UBS e ESF (ou PSF) são dois serviços completamente diferentes. Por isso, não deveriam estar localizadas no mesmo prédio, não deveriam estar juntas, afirma. Observa-se o total desconhecimento da Portaria 648 de março de 2006 (BRASIL, 2007b), sobretudo quando diz que a Saúde da Família deve ter um caráter substitutivo em relação à atenção primária (ou atenção básica) tradicional. Há a clara ideia de hierarquia de serviços: o que a ESF não conseguir resolver, deve encaminhar para a UBS, afirma.

Seria interessante para alguns gestores a leitura desses manuais, das legislações pertinentes e das novas reflexões que vem sendo feitas sobre a atenção primária, notadamente em obras como, por exemplo, as de Bárbara Starfield (2002). A elaboração de projetos e planos e a própria gestão depende da clareza sobre o modo como isso deve ser feito, em especial das novas especificações dadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. A burocratização impede, às vezes, a reflexão, talvez isso tenha contribuído para a ausência da leitura e discussão. O conhecimento é o princípio básico do planejamento e da

gestão, por isso, se o objetivo é produzir uma atenção primária à saúde mais humana, mais resolutiva e mais equitativa, torna-se ele mesmo o primeiro critério a ser pensado.

4.4.2 Processos de implantação e gestão territorial da saúde

Uma preocupação que se tem em termos de planejamento e gestão da atenção primária à saúde está relacionada com o processo de implantação dessas unidades, sobretudo das ESF. A qualidade da atenção está em relação direta com os critérios utilizados para se definir a localização e os limites territoriais desses serviços. Isso porque, tais limites apresentam-se com condicionantes gerais dos usos, pois eles não apenas agregam uma determinada população sob responsabilidade de um serviço, mas também limitam e, nesse sentido, impedem o uso desse serviço para os que não foram agregados. Em territórios ainda não totalmente cobertos pelas ESF, como é o caso de Pouso Alegre, a definição dessas localizações espaciais deve ser cuidadosamente pensada, sob o risco de se criar desigualdades sociais em saúde.

Supõe-se, assim, a existência de um projeto ou programa legalmente constituído no governo municipal que define não apenas as localizações dessas unidades, mas também as formas de gestão e manutenção das mesmas. Uma das principais preocupações institucionais em relação ao SUS em todos os seus níveis de atenção e em todas as esferas da federação está relacionada com o planejamento e com os instrumentos regulatórios não apenas financeiros, mas das ações de modo geral. Por isso, ainda no seu processo de criação através da Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990a), notadamente nos seus artigos 36 e 37, tomou-se o cuidado de se definir as formas de financiamento, planejamento e gestão de todo sistema. Nessa lei, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, define-se o Plano de Saúde como a base das atividades e programações a serem desenvolvidas em cada nível de direção do SUS.

O Plano de Saúde é “[...] o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas” (BRASIL, 2009b, p.18). É um dispositivo que, associado à Programação Anual de Saúde e ao Relatório Anual de Gestão, forma o conjunto de instrumentos base da gestão do SUS pelas Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias de Estado da Saúde e Ministério da Saúde. Em síntese, o Plano de Saúde deve ser a expressão das políticas e dos compromissos da saúde numa determinada gestão, a Programação Anual de Saúde deve operacionalizar as intenções contidas no Plano de Saúde e o Relatório Anual de Gestão deve apresentar os

resultados alcançados na Programação Anual de Saúde (BRASIL, 2009b). Portanto, esses dois últimos devem expressar e materializar o primeiro que, por sua vez se apresenta, como o documento mais importante da gestão do SUS nos três níveis da federação.

A necessidade de sistematizar esses instrumentos, sobretudo a necessidade de orientar os processos de articulação e composição do Plano de Saúde, levou à criação do Sistema de Planejamento do SUS, o PlanejaSUS, cuja regulamentação foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite em 2006⁴⁵. Com PlanejaSUS foram dadas todas as condições para a implantação do referido plano e para o planejamento e a gestão do SUS efetivamente. E isso aponta, de um lado, a preocupação que se tem em relação ao planejamento, base para qualquer exercício de gestão, e, de outro, os dispositivos e tecnologias que se apresentam para efetivá-lo.

Dessa forma, qualquer discussão sobre os processos de implantação e gestão territorial dos serviços de atenção primária à saúde em Pouso Alegre deve ser feita a partir do Plano Municipal de Saúde, uma vez que ele, ao mesmo tempo, projeta e regula todas as ações de saúde nesse território. Não por acaso, uma das exigências que se faz na PNAB (BRASIL, 2007b) é que estejam expressos no Plano de Saúde os objetivos, as metas e os mecanismos de acompanhamento da estratégia Saúde da Família. E isso é enfatizado (novamente não por acaso) imediatamente após se afirmar a responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde pela reorganização da atenção primária à saúde mediante a adoção da estratégia Saúde da Família em sua rede de serviços⁴⁶. É como se a PNAB dissesse: reforme a atenção primária, mas o faça com planejamento.

É de se supor, portanto, que estejam presentes no Plano Municipal de Saúde de Pouso Alegre as intenções em relação à atenção primária para um período de quatro anos. Por isso, dada a sua importância, essa foi a primeira questão levantada nesse segundo eixo estruturador da entrevista realizada.

Indagados sobre a existência do Plano de Saúde alguns entrevistados afirmam desconhecer a sua existência. E isso é algo grave, pois a entrevista foi feita com gestores,

⁴⁵ O PlanejaSUS representa a política de maior envergadura no sentido de sistematizar e integrar a produção do planejamento do SUS nas três esferas do governo. Materializa os anseios pactuados pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Ministério da Saúde (MS). O PlanejaSUS foi regulamentado pela Portaria Nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006 (BRASIL, 2006).

⁴⁶ Vide o Capítulo II “Das Especificidades da estratégia Saúde da Família” no tópico “Das Responsabilidades de cada Nível da Federação” (BRASIL, 2007b).

portanto, com os articuladores do plano. Pode-se perguntar, dessa forma, que gestão é essa que independe do plano ou ainda se seria possível falar em gestão sem plano ou planejamento.

Pouso Alegre sempre trabalhou com política [...]. Nós não temos o plano [...]. Normalmente fica nas mãos do gestor, que é quem vai articular, delegar. Nós temos o pacto, mas não temos o plano (Entrevistado EB003. Depoimento coletado em março de 2011, grifo nosso).

Uma das possíveis respostas para essa “gestão sem plano” está indiretamente presente na primeira frase da fala do entrevistado EB003. Pouso Alegre sempre trabalhou com política, diz. Assim, o plano que deveria ser algo construído coletivamente, descentralizado, acessível e possível para todos “fica nas mãos do gestor”. Em outras palavras, fica no Gabinete da Secretaria. Ora, se alguns gestores da atenção primária (senão uma grande parte deles) desconhecem a existência do Plano Municipal de Saúde, imagine-se então a população ou o cidadão que consome e depende do SUS.

Em alguns depoimentos foi possível observar também certo desconhecimento dos significados e do papel do Plano. E isso pode ser notado tanto em relação ao processo de sua construção, como em relação ao seu papel efetivamente.

Nós não temos detalhes ainda porque estamos produzindo. Eu coloquei um diretor meu aqui que está sistematizando isso para mim. Eu sei que existe um plano que foi elaborado pela antecessora, mas não tive tempo de estudar e aprofundar (Entrevistado EB004. Depoimento coletado em abril de 2011).

Ressalte-se que o Plano de Saúde é uma construção coletiva e materializa em si mesmo um dos princípios do SUS, qual seja: a participação popular. Tal participação se dá efetivamente na Conferência Municipal de Saúde, evento realizado a cada quatro anos e que tem como objetivos mais importantes o diagnóstico da situação de saúde municipal e a proposição de ações a serem desenvolvidas em relação a esse diagnóstico. Outra forma de participação se dá na composição do Conselho Municipal de Saúde, órgão permanente e deliberativo que responde pelas políticas de saúde no Município. O Plano de Saúde deve materializar os anseios discutidos na Conferência Municipal de Saúde e, ao mesmo tempo, deve ser monitorado, avaliado e discutido pelo Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 1990b).

Um primeiro aspecto que se depreende é que o plano não é e não pode ser fruto da sistematização por alguém em particular. Evidentemente, alguém se responsabilizará por reunir e digitar as informações debatidas tanto na Conferência, quanto no Conselho de Saúde, mas não

sistematizar o plano. Além disso, o plano não é algo a ser produzido ou que se está produzindo. Embora reflita as decisões a serem tomadas para cada quatro anos, não deve haver descontinuidades nas ações e nem cristalizar e/ou engessar essas mesmas ações. O Plano de Saúde deve ser entendido como uma construção social e um processo em constituição, não produto acabado. Dessa forma, é estranho o fato de que está sendo produzido tal plano, pois ele é algo já existente, possível de ser reavaliado e alterado conforme as novas demandas que se apresentam. Por isso, deve-se, minimamente, supor que todos os gestores da saúde no município de Pouso Alegre conhecem detalhadamente o plano e tem a possibilidade de acrescentar e/ou propor ações em relação ao mesmo.

Há, portanto, de um lado, o desconhecimento e, de outro, o desentendimento. De fato, o plano existe, mas não é acessível ou ainda não se efetiva como uma construção democrática e democratizada. Daí o fato de se apresentar como algo burocrático, acessível apenas no Gabinete da Secretaria, quando deveria fazer parte do dia a dia da gestão em todos os setores e níveis do SUS no município.

No que se refere especificamente à atenção primária, o Plano de Saúde tem, entre outros papéis, a função de regular as ações que serão tomadas em curto e longo prazo. E tal regulamentação é fundamental para se evitar o uso indevido do poder político, o auto privilegiamento, a ineficácia na alocação dos recursos, entre outras coisas. Por isso, dada a sua importância, buscou-se verificar, no Plano Municipal de Saúde de Pouso Alegre, quais as perspectivas e mecanismos de acompanhamento da atenção primária à saúde, uma vez que essa é uma competência da administração da saúde no município (PNAB, 2007b).

O acesso ao plano só foi possível com o devido protocolo e, como ressaltado em entrevista, apenas o Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde possui uma cópia (pelo menos esse foi o único local que informou sua existência). Houve uma reformulação recente do mesmo, provavelmente devido à realização, também recente, da Conferência Municipal de Saúde. Entretanto, a cópia obtida não possui ficha catalográfica que aponte a data de finalização e impressão. Por isso, não foi possível precisar a data exata de sua conclusão (SMS, 2011)⁴⁷. Além disso, o Plano não esclarece seu período de vigência, o que é um erro, pois deveria estar

⁴⁷ Infelizmente não seria possível anexar o referido plano nesse trabalho, pois é um texto extenso. Assim, sua leitura só é possível *in loco*, na Secretaria Municipal de Saúde de Pouso Alegre (SMS, 2011).

temporalmente condicionado à revisão e reavaliação a cada quatro anos e orientar as ações para esse período.

Um dos aspectos que mais chamou atenção na leitura do Plano Municipal de Saúde de Pouso Alegre é que não há nenhum tópico que trata especificamente da atenção primária à saúde. Não há também diretrizes e metas construídas especificamente para os serviços de atenção primária. E mesmo quando se aproxima da tentativa de revelar intenções, quase sempre confusas e confusamente apresentadas, não esclarece como realizá-las. Na verdade, não há a definição clara das metas e dos resultados a serem alcançados em relação ao SUS de modo geral.

De acordo com o PlanejaSUS (BRASIL, 2009b), a elaboração do Plano de Saúde em qualquer nível de gestão do SUS, deve se processar tendo em vista quatro dimensões fundamentais, quais sejam: análise situacional, análise dos determinantes e condicionantes da saúde, análise da gestão da saúde e formulação dos objetivos, diretrizes e metas. O Plano Municipal de Saúde de Pouso Alegre trabalha muito bem as duas primeiras dimensões e pessimamente as duas últimas. Assim, há o reconhecimento das condições de saúde e das condições dos serviços, mas não há reconhecimento das ações a serem empreendidas sobre essas mesmas condições. Daí a possível explicação para o fato de não se definir seu período de vigência. Afinal, diretrizes, objetivos e metas apontam para algo a ser realizado, portanto, para o futuro. Não é preciso aprofundar o fato de que isso contradiz totalmente a concepção do Plano de Saúde, pelo menos nos moldes propostos pelo PlanejaSUS.

São três os campos estratégicos contidos no Plano Municipal de Saúde de Pouso Alegre (SMS, 2011): a gestão plena do sistema municipal, a adesão ao Pacto pela Saúde (pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto pela gestão) e a política administrativa. O primeiro e o segundo aprofundam a responsabilização municipal pela gestão do SUS e o inserem no contexto das políticas recentes propostas pelo Ministério da Saúde. Contudo, não se esclarecem, sobretudo em relação à adesão ao Pacto pela Saúde, quais os impactos práticos dessas estratégias em relação ao SUS municipal. O texto do plano apenas referencia, tendo em vista os instrumentos jurídicos, as novas responsabilidades e os requisitos a serem empreendidos para se aderir as novas proposições do Ministério da Saúde. O terceiro campo estratégico trata do controle social e da política da humanização do SUS no município. Entretanto, novamente, não se aprofunda e se detalha metas, metodologias e formas de empreendimento das ações. Nesse ponto, o plano faz referência aos objetivos em relação vigilância à saúde, vigilância sanitária, política de especialidades, política de

urgência, assistência farmacêutica e políticas de exames complementares, mas não faz qualquer menção à atenção primária.

Portanto, não é possível identificar no Plano Municipal de Saúde de Pouso Alegre as intenções em relação à atenção primária e as ações concretas a serem empreendidas para um período definido. E na medida que não se tem isso dimensionado e devidamente criterizado, os processos de implantação e gestão dos serviços ficam condicionados às intempéries que se apresentam.

Ressalte-se que o plano funciona como condicionante das ações, regulando-as e/ou ordenando-as. Por isso, e tendo em vista a importância de algum instrumento ordenador dessas ações, é que a PNAB vai afirmar a necessidade e obrigatoriedade de se construir a proposta de implantação e expansão das ESF no território. Tal proposta deve estar articulada ao Plano Municipal de Saúde e nela deve-se definir, entre outras coisas, o território de atuação das ESF a serem implantadas (BRASIL, 2007b). E isso é de tal forma importante que a PNAB propõe, no caso de ausência de regulamentação específica, um modelo, em anexo, para a elaboração dessa proposta.

Acredita-se que as deficiências (marcadas pelas inconsistências e pelas ausências) do Plano Municipal de Saúde e a inexistência de uma proposta de implantação e gestão das unidades de atenção primária à saúde seja explicação para grande parte das incoerências (socioespaciais) envolvendo as localizações e limites das ESF refletidos no tópico 4.3 desse trabalho. O problema é que juntamente com comodidade política (em muitos casos a ausência do projeto pode ser favorável à manipulação das ações) apresenta-se também a ineficácia das ações. De fato, se por um lado o plano controla as práticas políticas, regulando-as, por outro, potencializa a boa gestão, qualificando-a. As ações serão tanto mais eficientes quanto mais planejadas, pois o que qualifica a gestão é o bom planejamento.

4.4.3 Território e territorialização

O terceiro eixo estruturador da entrevista teve como objetivo entender como vem sendo feita a territorialização da atenção primária à saúde em Pouso Alegre, notadamente a territorialização das ESF. A maior parte dos entrevistados associa a territorialização ao processo de cadastramento e definição das áreas de atuação das ESF como se pode observar na fala do entrevistado EC001:

Então, o que fizemos: conseguimos um mapa do bairro e em cima do mapa fomos cadastrando as ruas, pois não tínhamos noção, por exemplo, naquela rua quantas pessoas que tem. Então, depois que se cadastrou todo o bairro é que a gente foi fazer a divisão das áreas (Entrevistado EC001. Depoimento coletado em maio de 2011).

Este relato deixa absolutamente claro que o ponto de partida para o processo de territorialização é o cadastramento. Evidentemente, se não se tem conhecimento básico como, por exemplo, o número de habitantes residentes, se torna inviável qualquer definição de limites territoriais. Na verdade, o cadastramento, neste caso, é a própria territorialização, pois na medida em que se cadastra é que se definem os limites do território. Relembre-se que o cadastro tem seus limites estabelecidos para um máximo de quatro mil habitantes. Então, quando se atinge esse número de cadastrados se tem concluído o processo de territorialização de uma dada ESF.

Eu entendo a territorialização como delimitação do território, como aonde eu vou trabalhar e com quem vou trabalhar. Nós sabemos que tem questões geográficas que tem que ser levadas em conta, porém, por uma questão de organização, de números, isso é levado em conta. Você fica preso num certo número de habitantes (Entrevistado EB003. Depoimento coletado em março de 2011, grifo nosso).

Interessante que os gestores reconhecem esse condicionante numérico e embora vislumbrem a importância de se considerar questões geográficas, se veem presos numericamente. Infelizmente, em muitos casos, essa definição numérica dada pela PNAB é tomada como dogma pela gestão, o que faz sepultar qualquer possibilidade de se construir equipes múltiplas, não apenas na sua dimensão, mas também na sua natureza. Esclareça-se que as secretarias municipais de saúde tem certa autonomia nesse sentido e mesmo que se queira seguir rigorosamente esse número, nada impede de se construir equipes limítrofes que se comunicam e se integram.

O que é a construção da territorialização? É você ir às casas, fazer o cadastro, saber como vive aquela comunidade, é caracterizar literalmente aquele espaço (Entrevistado ED001. Depoimento coletado em Abril de 2011).

Nesse caso, a territorialização vem sendo tomada como ponto de partida para caracterizar ou reconhecer o espaço. Como está associada ao processo de cadastramento, dela depende o levantamento de dados para se conhecer determinada área. Há um grande equívoco no uso da acepção territorialização (alguns entrevistados tiveram grande dificuldade em dizer o seu

significado) que passa a ser associada a uma técnica de reconhecimento do espaço e não como o espaço sendo territorializado. Isso denota ainda a imposição de um território político da saúde, pois se apresenta como algo externo que se projeta e se impõe espacialmente.

De todos os depoentes questionados sobre a territorialização, um, de modo muito especial, pôde resumir grande parte dos problemas de se projetar espacialmente os serviços de atenção primária à saúde dessa forma. Sobretudo, é possível observar em sua fala a dureza dos limites e a exclusão social que isso gera.

[...] uma área determinada, uma área fixa, fechada. Por exemplo, o Mata Burro lá, que passou do Mata Burro é do Algodão e do Mata Burro pra cá é meu. Um outro exemplo é aqui: Costa Rios a gente não entrou, apesar da população estar necessitando muito. Só que eu não tenho como assistir, é limite. Porque, assim: o São Geraldo vai até ali na igreja, não pega Costa Rios, eu vou até a escola e não pego Costa Rios. Aí, fica assim: duas casas ali, do lado, a daqui é atendida e a de lá não. Aí eles perguntam: mas por que atende a minha vizinha e não me atende? (Entrevistado EC003. Depoimento coletado em junho de 2011).

O Mata Burro, a igreja, a escola, entre outros pontos, se tornam referências espaciais para o estabelecimento desses limites, mas não em função das pessoas, mas do número. Veja-se que há o reconhecimento das necessidades das pessoas que vivem no bairro Costa Rios, mas o limite às impedem de serem assistidas, ressalta o entrevistado.

Certamente o orçamento inviabiliza o atendimento de toda a população. Isso é compreensivo quando se avalia a gestão municipal da saúde, pois esta depende, em grande parte, da transferência de recursos do Ministério da Saúde. Considerando-se esse forte fator impeditivo e justificável dessa forma, parte-se para outro questionamento, este sim factível de ser resolvido na instância municipal: quais os critérios usados para se definir esses limites? Evidentemente, se não se pode atender toda a população, saber esclarecer o porquê é dessa forma e não de outra é algo fundamental, até mesmo por uma questão de direito e de justiça. O único modo de esclarecer a razão da geografia dos limites desses territórios das ESF é o projeto de implantação, ou seja, o plano. Retorna-se, desse modo, a problemática do plano de implantação.

A definição dos limites territoriais das ESF marca um ponto de inflexão na gestão pública. Sobretudo, coloca em questão a necessidade de se planejar e gerir com cuidado, pois envolve diretamente o campo da ética. Em primeiro lugar, não é possível que esses limites sejam rígidos dessa forma. Ocorre que o território não é rígido, ou seja, não é estático. Ao contrário, o território

urbano é marcado muito mais pela efemeridade, transitoriedade e processualidade do que pela rigidez. Assim, limites impostos como condicionantes da vida de relações irão, naturalmente, se chocar com o território realmente existente, tal como é. Em segundo lugar, encontra-se o debate da humanização da saúde e do SUS. Não se trata de números, mas de pessoas. É natural que essas pessoas não compreendam o fato de não poderem usufruir do serviço. Dessa forma, cabe à gestão pública oferecer todas as condições de acesso, senão dessa forma, ou seja, nas ESF, de outra. Tal humanização passa pela eficiência na elaboração do planejamento, pela participação popular (um dos princípios constitucionais do SUS) e pela ética na gestão. Daí a importância de se discutir a territorialização como prática política, pois, antes de tudo, deve-se perguntar se essa prática favorece a humanidade ou a praticidade (a técnica).

4.4.4 Redes de atenção e o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS)

As redes de atenção à saúde constituem o campo teórico fundamentador das atuais políticas de atenção primária à saúde em Minas Gerais. Na verdade, o Brasil de modo geral e o Ministério da Saúde vêm refletindo sobre as redes, mas em Minas Gerais isso parece mais evidente, posto que vários projetos e instrumentos foram criados objetivando colocá-las em prática. O PDAPS é um desses instrumentos, talvez o de maior envergadura no sentido da implementação prática desse processo e tem como função precípua articular e consolidar o Projeto Saúde em Casa. É natural que qualquer tentativa de construção de redes de atenção tenha início na porta de entrada do sistema, ou seja, na atenção primária, pois, como porta, ela controla os fluxos e a própria rede. Daí a importância desse plano, pois operacionaliza a construção das redes de atenção a partir da intercambiação feita na atenção primária à saúde.

O processo de implantação do PDAPS teve início em 2008 através de amplo acordo firmado entre Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e as Secretarias Municipais de Saúde. Portanto, já se passou certo tempo desde a realização das primeiras oficinas para sua implantação, todas coordenadas pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, com apoio regional de diversas universidades. É importante, dessa forma, identificar quais os impactos práticos desse processo e como isso tem contribuído para a constituição das redes de atenção à saúde em Pouso Alegre. Não é incomum no âmbito do SUS e da administração pública brasileira de modo geral a produção de programas, planos e projetos que mal saem do papel. Basta ver se isso também se aplica nesse caso.

De acordo com o depoente EA001, o PDAPS

“É um instrumento de gestão para reorganizar a atenção primária. Então, cada município tem seu tempo. Não tem um estágio definido. Ele é ida e vinda” (EA001. Depoimento coletado em fevereiro de 2011).

Há, dessa forma, o reconhecimento das especificidades de cada município e sua capacidade de se adequar ao que propõe a Secretaria de Estado da Saúde. Há ainda o reconhecimento de que se trata de algo processual (ida e vinda), por isso, não poderia ter um estágio definido e um cronograma rígido. Daí a ênfase dada pelo entrevistado quando diz que “cada município tem seu tempo”. Ou seja, dependendo das condições dadas na localidade, aqui incluindo as condições financeiras, políticas e histórico-culturais, a implantação do plano pode se dar de modo mais rápido ou mais lento.

O reconhecimento das especificidades de cada local é importante e leva a necessidade da flexibilização desse processo. Seria um erro querer impor um programa padronizado, sobretudo para um Estado tão diverso como Minas Gerais. Contudo, a flexibilização ao excesso leva o risco do afrouxamento e da inércia. A ausência de um cronograma de ações, por exemplo, desobriga a apresentação de resultados e a própria ação. E a principal consequência derivada disso é a acomodação, dada pela ausência de perspectivas. De fato, o cronograma aponta para o futuro, portanto para o devir e, assim, para o que será alcançado. A sua ausência leva a perda da ideia de perspectiva ou de futuro e sem isso não há como ordenar as ações no presente. Assim a frase: “cada município tem seu tempo”, comporta um grande risco que é a própria inoperância do plano.

Nesse caso, é importante que se tenha um cronograma de aplicação do PDAPS em Pouso Alegre. E, novamente, tal cronograma deve ser encontrado no Plano Municipal de Saúde, pois ele deve prever, entre outras coisas, todas as ações a serem tomadas em relação à atenção primária para esse período. Entretanto, e aqui um paradoxo, não há nenhuma menção sobre PDAPS no texto do Plano Municipal de Saúde de Pouso Alegre (SMS, 2011), o que leva a concluir, que não existe cronograma de implantação.

Essa ausência de qualquer referência ao PDAPS no texto do Plano Municipal de Saúde é algo emblemático. De fato, não se pode dizer que o município de Pouso Alegre esteve completamente alheio a esse processo. Ao contrário, um grupo de profissionais, todos ligados à gestão pública da saúde no município, esteve diretamente envolvido com o processo de “implantação” do plano e, inclusive, foram certificados em cursos oferecidos para esse fim. E a prova disso está na realização das oficinas de implantação do PDAPS, num total de dez oficinas.

Todos os municípios de Minas Gerais tiveram profissionais qualificados para a implantação do plano através dessas oficinas.

Conclui-se, nesse caso, que não se trata de tempo (embora seja reconhecido o fato de que cada município tem seu próprio tempo), mas de política. Conquanto o dado técnico seja importante, pois, em muitos casos, condiciona o tempo de implantação do plano, o dado político ganha precedência. O que parece ocorrer em Pouso Alegre e, possivelmente, em uma boa parte dos municípios mineiros, é a ausência de ações concretas no sentido da concretização do plano. Houve envolvimento no campo das discussões (isso restrito a um pequeno grupo de profissionais), mas a falta de posicionamentos políticos claros emperra todo o processo. Isso explica também a dificuldade para a maior parte dos entrevistados em indicar o atual estágio do plano. Veja-se como a fala do entrevistado EC002, abaixo, é reveladora nesse sentido:

Então, eu vejo o PDAPS mais ou menos como o SUS: no papel, perfeito, mas, infelizmente, ainda não está funcionando do jeito que deveria [...]. Ele deu uma parada. A gente não conseguiu entregar todas as oficinas porque é tudo muito complicado, porque você tem que se adequar dentro das oficinas [...]. Na prática, por enquanto, não está funcionando (EC002. Depoimento coletado em junho de 2011).

Ou seja, trata-se de uma proposta teórica interessante, porém, distante da prática. Poder-se-ia inserir também o PDAPS no contexto das inúmeras políticas criadas no interior do SUS, algumas das quais inovadoras, porém, pouco ou quase nada efetivadas? Apesar do que diz o entrevistado e considerando o fato de que tal política sequer é mencionada no principal documento ordenador das ações em saúde em Pouso Alegre, parece que sim.

Outra questão que se depreende da fala do depoente EC002 é a dificuldade para o município se adequar ao que propõem as oficinas de implantação do PDAPS. Tais oficinas funcionam como um conjunto articulado de metodologias de aplicação do plano. Portanto, orientam, a partir de objetivos previamente traçados, o modo de fazer e os materiais necessários para que isso seja posto em prática. Deve-se, então, verificar as condições de cada local, aqui incluindo as condições financeiras, e sua capacidade de trabalhar todas as orientações dadas nessas oficinas.

Em muitos casos, é verdade, as proposições teóricas impostas nos planos são incondizentes com as condições dadas na localidade. Cita-se, por exemplo, a capacidade, em termos de recursos humanos para se colocar as oficinas de implantação do PDAPS em prática. A

questão de se definir territórios de atuação das unidades de atenção primária à saúde não é algo simples e não deveria estar circunscrito apenas aos profissionais da saúde. Sabe-se que a maior parte dos profissionais de nível superior atuantes na atenção primária à saúde é formada por enfermeiros e médicos generalistas. Questiona-se se apenas a realização das dez oficinas de implantação do PDAPS seriam suficientes para qualificar os profissionais da saúde para se por isso em prática, ou, ainda, se não seria viável envolver outros profissionais nesse processo.

Se o PDAPS não está funcionando, como afirma o depoente EC002, também não estão funcionando as redes de atenção à saúde em Pouso Alegre. De fato, o plano deveria resolver a questão territorial das redes pela definição das áreas de atuação dos serviços de atenção primária. Não por acaso, quando indagado sobre a existência ou não de redes de atenção primária à saúde em Pouso Alegre, notadamente na área urbana, o depoente EA001 é direto:

Não tem, não tem. Coordenada pela atenção primária, não existe. Existem pontos isolados de atenção. Ainda tudo a se fazer. Não existe nada, absolutamente nada pensando em redes (EA001. Depoimento coletado em fevereiro de 2011).

A ausência de redes de atenção à saúde em Pouso Alegre se expressa tanto pela inexistência de uma estrutura territorial definida para a atuação das unidades de atenção primária à saúde, quanto pela falta de coordenação e intercambiação dos fluxos, também feitos na atenção primária à saúde. O resultado disso, em primeira instância, é a dificuldade para o usuário identificar a porta de entrada para o SUS em Pouso Alegre. E disso resulta, de um lado, a descaracterização da atenção primária, que passa a exercer papéis parecidos com os do Pronto Atendimento (com foco nas praticas corretivas e nas condições agudas), e, de outro, a sobrecarga de fluxos na atenção especializada, que passa a realizar procedimentos que poderiam ser feitos na atenção primária. Daí a necessidade apontada pelo entrevistado EA001 de resolver a questão da porta de entrada, ou seja, de se resolver a questão da fragmentação do sistema de atenção à saúde em Pouso Alegre:

É preciso desenhar a porta de entrada para o sistema de atenção. Onde é a porta de entrada de cada usuário da saúde de Pouso Alegre? O usuário tem que saber qual é a sua unidade básica de saúde. Senão se eu tiver uma diarreia eu vou para o Samuel Libâneo? O problema: tudo é porta de entrada aqui [...], nenhuma atenção primária coordena isso. Tem que ter um enfrentamento de gestão (EA001. Depoimento coletado em fevereiro de 2011).

O modo privilegiado de o usuário saber qual é a sua porta de entrada para o sistema de atenção é através da definição do território de atuação das unidades de atenção primária à saúde. Isso porque o território condicionaria a buscar atenção na unidade de referência onde se localiza a sua residência. Como isso ainda não foi totalmente definido, todo o sistema de atenção acaba se apresentando como porta de entrada em Pouso Alegre, ressalta o entrevistado. Ou seja, não existe coordenação dos fluxos, pois, novamente, os fluxos só podem ser controlados na medida da identificação território-usuário-serviço. Por consequência, se não há coordenação, não há também continuidade da atenção.

Ao ser indagado sobre isso, sobretudo se é possível falar em redes de atenção à saúde em Pouso Alegre no contexto da implantação do PDAPS, o depoente EC001 pondera:

A ideia é fantástica, mas tem coisas que estão proposta lá que, eu penso, ou isso nunca vai acontecer ou vai acontecer daqui a muito tempo. É excelente as ideias, as propostas. Aí a gente fica pensando assim: mas será que é porque estou desacreditada, porque estou vendo a realidade das coisas. Vamos fazer um comparativo bem simples: nos estávamos sem receituário, estava xerocando o receituário. E aí vai ter um computador ligado em rede em cada consultório? É difícil acreditar (EC001. Depoimento coletado em maio de 2011).

Evidentemente, não se deve ter uma dimensão simplista das redes. Há a necessidade clara de estrutura. O encaminhamento, referenciamento e contrarreferenciamento exigem certa estrutura que permita interligar serviços e informações. Não pode haver redes sem informações. A construção do histórico das condições de vida e saúde de cada paciente, por exemplo, não pode ser feita sem essa estrutura. A própria definição do território de atuação das unidades de atenção primária à saúde se insere nesse contexto. É estranho que vivenciamos a maior revolução tecnológica nas informações e a saúde parece estar alheia a esse processo. Ou talvez seja melhor afirmar que a atenção primária está relativamente alheia a isso. De fato, não falta a criação de tecnologias avançadas na atenção especializada, sobretudo quando esta atenção é uma atenção particular, privada. Criam-se grandes estruturas para se resolver a doença na atenção especializada, mas não se investe na implantação de tecnologias relativamente simples na atenção primária. Ao que parece, o debate sobre os impactos positivos da implantação de uma atenção primária resolutiva e equitativa ainda não alcançou a política. Ademais, ao não investir em estruturas básicas e necessárias para a realização desses serviços se está justificando àquele discurso segundo o qual a atenção primária é uma política pobre para os pobres.

CAPÍTULO V: PERSPECTIVA DE ADEQUAÇÃO AOS PERFIS DO TERRITÓRIO URBANO: DA CRIAÇÃO AO RECONHECIMENTO DOS USOS DO TERRITÓRIO E SUA IMPORTÂNCIA PARA A GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS

O objetivo desse capítulo é apresentar uma perspectiva de recortamento do território urbano de Pouso Alegre para, assim, serem estabelecidos os limites de atuação das unidades de atenção primária à saúde no seu interior. O termo perspectiva é usado aqui intencionalmente, pois não se objetiva criar nenhum modelo ou impor uma posição teórica a priori. Considerando-se a complexidade do território urbano e seu caráter dinâmico e processual, criar um modelo para definição destes limites territoriais dos serviços seria incorrer no erro. Acredita-se que a tarefa de estabelecê-los não deve ser objeto de estudo e intervenção de alguém em particular, pois exige, dada a mencionada complexidade, uma equipe multidisciplinar.

Esclarece-se isso para evitar qualquer pretensão e, ao mesmo tempo, qualquer obrigação que se imponha nesse sentido. Contudo, algum encaminhamento precisa ser dado, ou melhor, proposto, sobretudo para se evitar certo criticismo expresso na mera apresentação de problemas, mas sem apontar caminhos ou perspectivas. Por isso, será dada ênfase à discussão teórica propriamente, mas sem deixar de fazer uso de considerações empíricas no interior do território urbano de Pouso Alegre.

Este capítulo foi organizado em cinco tópicos, comunicando reflexão teórica e apresentação prática. Os três primeiros introduzem uma discussão teórica em torno da perspectiva dos recortes e perfis territoriais como uma forma de definir a porta de entrada o SUS, pela identificação território-pessoa-serviço. Os dois últimos apresentam uma perspectiva de aplicação no território urbano de Pouso Alegre, novamente sem nenhuma pretensão.

5.1 Da criação e pragmatismo à flexibilização dos limites territoriais: uma dificuldade metodológica ligada ao planejamento e gestão urbana em saúde

A tarefa de estabelecer limites de atuação dos serviços de atenção primária à saúde no território urbano não é simples. Dada a complexidade desse território, qualquer intervenção, ainda que relacionada a um determinado serviço, deve ser cuidadosamente pensada. A reflexão deve anteceder qualquer ação, nesse caso. A proposta de se definir áreas de atuação dos serviços de atenção primária impõe uma intervenção prática e como tal deve estar sujeita a avaliação e

reformulação, sempre que necessário. Um dos grandes riscos em qualquer proposta de planejamento e gestão do território urbano é pensá-lo apenas como forma, como matéria, esquecendo-se o conteúdo social que lhe dá vida. O planejamento físico-territorial clássico, ainda hoje tão comum nas secretarias municipais é típico desse modelo que privilegia a forma em detrimento da ação (SOUZA, 2010). Contudo, não há precedência de uma em relação à outra, formas e conteúdo, objetos e ações, funcionam dialética e sistemicamente, afirma M. Santos (2004). Conquanto o território urbano seja pensado como quadro da vida, muitos problemas podem ser evitados, sobretudo no caso da saúde.

Uma primeira questão que precisa ficar clara em qualquer proposta de planejamento e gestão urbana é que toda intervenção na realidade está sujeita a certa imperfeição. Evidentemente, tal intervenção estará à dependência do método (ainda que não objetivamente) e, dada a complexidade da realidade, dificilmente se produzirá um método suficientemente abrangente para resolver todos os problemas e todas as questões (MORIN, 2002). Contudo, nesse caso, ou seja, no estabelecimento de limites de atuação das unidades de atenção primária à saúde isso é ainda mais delicado, dado o fato de se estar lidando diretamente com a vida das pessoas. Evidentemente, todo limite integra, mas também divide, condiciona e, em alguns casos, exclui. O território pode gerar tanto o acesso, quanto o seu contrário.

Veja-se que a realidade não comporta esse limite. O urbano tem diferenças e similaridades, mas não comporta limites em si mesmo. Embora algumas vias principais ou mesmo rios denotem a presença de recortes e possíveis limites, a vida em si não os respeita. Não há impedimento para o trânsito, pelo menos a priori. Não é o mesmo quando se trata da criação de um limite de atuação de um serviço. Este sim limita o trânsito, pois o condiciona. Assim, toda criação de um limite territorial, nesses moldes, pode ser entendida como uma imposição artificial, pois se apresenta estranha à realidade realmente existente. E como uma imposição, tais limites funcionam como uma transgressão⁴⁸, pois interferem, de algum modo, na vida das pessoas. Veja-se, por exemplo, que ao definir o limite territorial de uma unidade de atenção primária à saúde se está definindo não apenas a geometria, mas quem deve ser atendido e em qual local. Ainda que tal definição seja feita para todo o território urbano de Pouso Alegre, resolvendo-se, dessa forma,

⁴⁸ O termo transgressão está sendo utilizado aqui no sentido de infração. Ao se estabelecer o limite territorial para os serviços de atenção primária à saúde se está cometendo uma infração, pois subverte algo que em si não comporta este limite.

o problema da territorialização parcial da atenção primária à saúde, o estabelecimento do limite irá afetar, de algum modo, às pessoas.

Ressalte-se, em primeiro lugar, que a consciência de tal fato já representa algo importante em si mesmo, pois denota a gravidade de querer impor limites sem a devida reflexão (algo recorrente, conforme SOUZA, 2010, na prática do planejamento urbano no Brasil). Em segundo lugar, apresenta-se a necessidade de pensar um projeto de intervenção urbana, nesse caso, um projeto de recortamento do território urbano, que impacte o mais positivamente possível. Embora tais limites se imponham como condicionantes, de certo modo artificial, é possível que favoreçam uma atenção à saúde equitativa e humanizada.

Entretanto, não se pode negar algo de emblemático e de certo modo contraditório na reflexão sobre os limites territoriais. Isso porque se, de um lado, tais limites se impõem como condicionantes da vida de relações, atravessando-as e não raro transgredindo-as, de outro lado, se impõem como algo absolutamente necessário para a realização dos serviços de atenção primária à saúde.

Portanto, empreender limites territoriais desses serviços na área urbana de Pouso Alegre é uma tarefa extremamente delicada, necessária, mas deve ser feita com flexibilidade e cuidados expressos numa prática coerente e responsável. Esclarece-se isso para se evitar o risco do planejamento de gabinete (normalmente amparados em modelos produzidos pelos técnicos), tão comum nas secretarias municipais, acentuando-se ainda mais o ideal de perspectiva a ser perseguido nesse estudo. E isso não denota uma situação de impotência em relação a algo que se apresenta, mas de prudência em relação a algo (o planejamento e a gestão do território urbano) que exige mais que o olhar atento de um único pesquisador (HISSA, 2002).

Além disso, acreditar na possibilidade da produção de um modelo a ser dado a priori seria incorrer no mesmo erro da proposta em torno da territorialização. De fato, como técnica e como método a territorialização “resolve” (ou talvez o contrário) grande parte dessas contradições, pois se apresenta como algo de fora que se impõe como condicionante. Ainda que as propostas de territorialização dos serviços de saúde não tenham objetivamente essa pretensão, acabam por permitir sua aplicação dessa forma. O modelo resolve o problema, pois basta aplicá-lo como norma. Daí o caráter burocrático resultado disso, pois se apresenta como um território político-administrativo cujos limites se impõem indistintamente, em alguns casos dependendo dos interesses políticos envolvidos. Na verdade, e agora sim explicando a abertura de parêntese no

início desse parágrafo, não se revolvem essas contradições, pois suas existências são simplesmente ignoradas. Ao não dar conta da complexidade do território urbano e, em particular, da complexidade envolvida no estabelecimento de limites territoriais, tudo se torna mais “fácil”, resolvem-se as contradições, pois estas não existem como ideia ou como reflexão. Basta, portanto, territorializar, ou seja, criar (o que denota algo vindo de fora) um território de atuação do serviço de saúde. Assim, não há problemas no estabelecimento dos limites no programa da territorialização, pois basta que sejam traçados tendo em vista um pacote de exigências, entre as quais a mais importante é o número de pessoas. Os problemas surgem depois de estabelecidos esses limites, quando, então, passam a cercear ao invés de integrar.

Diante de tal dificuldade ou talvez seja melhor dizer complexidade, querer estabelecer limites de atuação das unidades de atenção primária à saúde nesse estudo seria uma pretensão, senão arrogante, ingênua. Evidentemente, essa não é uma tarefa disciplinar e, além disso, importa saber das pessoas o que pensam sobre tais limites. De fato, de um lado está à questão do método, do projeto de intervenção urbana e da capacidade de tornar isso viável. E, nesse caso, uma equipe multidisciplinar pode favorecer no sentido da construção de um instrumento adequado, flexível e suficientemente abrangente para se definir tais limites. De outro lado, apresenta-se a necessidade da participação social, sem a qual qualquer proposta de intervenção perderia a sua legitimidade. É o caso da territorialização. Embora alguns estudos proponham a participação social através das chamadas oficinas de territorialização - veja-se a respeito o trabalho de Unglert (1993; 1995) e de Monken (2003) -, a prática raramente favorece a participação social na sua construção. Contudo, como se trata de interferir na vida das pessoas, o melhor a se fazer é saber dessas pessoas o que pensam sobre tais limites e como deveriam ser dispostos. Uma coisa é chegar a um determinado bairro e dizer que esta população será atendida num determinado serviço, outra é ouvir dessa população o que pensam a respeito e o que consideram importante para suas vidas. Ressalte-se que a participação popular é um dos princípios constitucionais do SUS e uma das primeiras e mais importante dimensões do planejamento urbano, conforme destacado por Souza (2010). Além disso, especificamente em relação à atenção primária, a participação é elemento fundamental para gerar sentido de identidade e identificação entre a população e os serviços. As ações da atenção primária são baseadas nesse relacionamento. Contudo, o relacionamento supõe a escolha livre, supõe a adesão. Os profissionais da atenção primária devem entrar nas casas das pessoas, mas como fazer isso sem ter sido convidado? Muito provavelmente as incongruências

nos limites de atuação dos serviços de atenção primária à saúde em Pouso Alegre discutidas no capítulo anterior se explicam pela falta de participação popular na sua construção. E tal participação, nesse caso, deve ir além daqueles dispositivos oficiais de democratização das ações de planejamento e gestão do SUS no município, como é o caso do Conselho Municipal de Saúde, cuja representatividade é muito pequena. Deve haver uma mobilização social mais ampla, um trabalho que permita escutar as pessoas e que, ao mesmo tempo, as leve a entender a importância e as implicações na definição de territórios de atuação das unidades de saúde dessa forma. Enfim, o processo de implantação e definição de limites territoriais das unidades de atenção primária deve ser uma construção coletiva, nunca obra de uma repartição, de um setor ou de alguém em particular.

Reconhecer a inviabilidade de propor limites nesse estudo não impede a reflexão, inclusive, à possibilidade de apontar caminhos ou perspectivas nesse sentido. Quando Souza (2010, p. 179, grifo nosso), por exemplo, defende a existência de um planejamento autonomista (o que vai ainda além dos mecanismos tradicionais de participação popular) vai dizer que pesquisadores e técnicos “[...] não podem reivindicar, sentir e pensar em nome da população [...]. Mas podem, isso sim, colaborar na orientação dos debates e no esclarecimento de diversas questões”. É nesse sentido que se quer tratar aqui os limites territoriais de atuação dos serviços de atenção primária à saúde em Pouso Alegre.

Retome-se, portanto, a questão dos limites de atuação desses serviços nessa dimensão multidisciplinar e coletiva. Se a prática da territorialização traz alguns indicativos incertos em termos de planejamento e gestão, por outro lado, traz ensinamentos importantes sobre o que não se deve fazer ao definir limites de atuação dos serviços de atenção primária. Em primeiro lugar, limites territoriais não podem ser criados dessa forma, pois se apresentam como algo externo que se impõe como condicionante. E exatamente por isso, vimos, ganha um caráter essencialmente político e burocrático, além de pouco ou nada democrático. Em segundo, tais limites não podem e não precisam ser rígidos, fixos e imutáveis. Deve ser possível revê-los, realocá-los e redirecioná-los quando for o caso. Considerando o caráter dinâmico do território, pensar em limites rígidos é um erro grave. Seria como pensar o território urbano sem as relações sociais que lhe dão vida. Em terceiro, limites territoriais não precisam apenas cercar, mas podem e devem também integrar. Evidentemente os limites são criados para limitar geograficamente o acesso ao serviço de saúde, permitindo, dessa forma, a identificação usuário-serviço. Entretanto, deve haver

comunicação entre unidades de saúde, sobretudo quando localizadas em territórios vizinhos. As relações de solidariedade entre serviços limítrofes pode favorecer a flexibilidade na alocação desses mesmos limites.

Além desses três ensinamentos importantes, há ainda uma última questão, aliás, muito pouco discutida, senão numa publicação de Guimarães (2005), e se refere às escalas de planejamento e gestão dos serviços de atenção primária à saúde do SUS. As escalas são muito debatidas em nível regional, a exemplo da implantação do Plano Diretor de Regionalização (PDR), mas quase não se fala em escalas de atuação dos serviços no espaço intraurbano, sobretudo em relação aos serviços de atenção primária. Contudo, também no interior do território urbano devem ser reconhecidas as escalas de planejamento e gestão dos serviços conforme suas especialidades e mesmo a atenção primária pode ser organizada em níveis escalares.

Alguns poderiam discordar afirmando que os serviços de atenção primária devem estar em contato direto com as pessoas e, portanto, não podem se organizar em níveis hierárquicos, pois, como nível de atenção, comportam uma escala apenas. E isso é verdade. De fato, diferente dos demais níveis do SUS, a atenção primária não comporta especialidades e variações técnicas e tecnológicas entre serviços, ou seja, não pode haver hierarquia e escala nesse caso. Não há, normalmente, encaminhamentos entre serviços de atenção primária, senão para outros centros de referência dotados de especialidades médicas.

O fato de não existir escalas em termos de procedimentos entre serviços de atenção primária à saúde, não impede, para efeitos de planejamento e gestão, a sua organização em níveis escalares. Veja-se, por exemplo, que o planejamento da ESF já comporta em si dois níveis escalares, quais sejam: a microárea de atuação do agente comunitário de saúde e a área de atuação da equipe de saúde.

Levanta-se aqui a problemática da escala porque é fundamental que se faça nesse estudo a seguinte questão: a área de atuação das ESF e UBS como expressão espacial e como nível escalar atende aos anseios do planejamento e da gestão da atenção primária à saúde no território urbano? Desde que as ESF se tornaram estratégia prioritária para organização desses serviços no SUS (BRASIL 2007b), a definição de territórios passou a ser feita tendo em vista a atuação dessas equipes. E a escala de planejamento ficou condicionada, portanto, a dimensão dessas equipes, normalmente definidas conforme certo número de habitantes. O território urbano de Pouso Alegre, por exemplo, possui hoje 17 (dezessete) ESF, que atendem cerca de 40% da sua

população. Imaginando-se que haverá ampliação desse serviço para todo este território, ao final serão cerca de 42 (quarenta e duas) equipes. Isso desconsiderando as equipes da área rural. Contudo, se para alguns as ESF são uma porta muito estreita para o SUS (AZEVEDO e COSTA, 2010), para outros elas tem grande dificuldade de integrar toda a atenção primária e, além disso, acredita-se, dificilmente haverá a universalização da cobertura desse serviço (SOUSA, 2008). De fato, o estudo da distribuição espacial dessas equipes em Pouso Alegre apontou concentração nas áreas periféricas e sua completa ausência na área central da cidade. Não houve integração do sistema de atenção, pelo contrário, observou-se a dubiedade na organização da atenção primária e, além disso, embora os índices de cobertura tenham aumentado nos últimos cinco anos, há um caminho longo a percorrer para universalizar a oferta desse serviço. Ao que parece, as ESF ainda são tratadas como programa, senão pobre, destinada aos pobres.

Há uma lacuna a preencher no sentido do tornar as ESF, de fato, uma estratégia de reordenamento do sistema de atenção. E isso coloca em questão o fato destas serem tomadas como unidade espacial de planejamento e gestão. Obviamente, se as ESF não atendem a totalidade do território urbano, mas uma parte dele, menos da metade, não podem também ser consideradas como critério espacial e escalar para tomada de decisão em todo esse território. Só isso põe por terra qualquer objeção contrária. Contudo, a problemática deve ser pensada não apenas em termos de números, mesmo porque, se as ESF vão ou não atender toda a população é uma especulação. O cerne da questão está mesmo na capacidade de planejar e gerenciar toda a atenção primária à saúde de Pouso Alegre tendo em vista a escala espacial de atuação dessas equipes. E, nesse caso, um posicionamento precisa ser tomado e justificado.

Esclareça-se que não se está aqui advogando pelo não estabelecimento das áreas de atuação das ESF e UBS. Seria contrariar a posição já tomada nesse trabalho em favor do território como condicionante geral para a realização desses serviços. O que se está tentando afirmar é se não haveria uma escala territorial de planejamento e gestão mais adequada, que permita resolver a questão da fragmentação do sistema, torne possível o olhar de contexto pelo gestor municipal e ainda resolva a questão emblemática dos limites entre ESF/UBS, tornando-os flexíveis e integrados. Na década de 1990, por exemplo, era muito discutida a organização do sistema municipal de saúde em distritos sanitários. Ainda hoje muitos municípios se organizam dessa forma. Mas, embora tenha encontrado respostas positivas em alguns locais (MENDES, 1993), a ideia foi sendo substituída pela unidade espacial das equipes saúde da família.

O distrito sanitário era um modo de resolver a questão da escala de planejamento e gestão do SUS e da atenção primária, respectivamente, no município. Por isso, tinha uma dimensão estratégica, pois representava a menor unidade territorial a ser apropriada no processo de planejamento e gestão do SUS no município. Veja-se a respeito os trabalhos de Mendes (1993); Villarosa (1993); Almeida, Castro e Lisboa (1998); Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) e outros. Portanto, ao que parece, havia a clara pretensão de que as ações fossem tomadas em relação ao distrito sanitário e não em relação às unidades de atenção primária a saúde em si.

Como unidade espacial os distritos eram formados, de acordo com Teixeira, Paim e Vilasboas (1998), por agregados de áreas de atuação das unidades de saúde, as UBS. Assim, a gestão municipal e urbana se fazia em relação aos distritos e não em relação às UBS. Estas eram gerenciadas pelo profissional da saúde, normalmente o enfermeiro, já o distrito era uma responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde. Obviamente os gestores das unidades de saúde participavam coletivamente nas decisões tomadas em nível de distrito sanitário, mas o dever de articular e gerir as ações era da secretaria municipal.

Não se está também advogando em favor do distrito sanitário como dimensão territorial para tomada de decisões. Havia e ainda há vários problemas em sua concepção, sobretudo o caráter político e burocrático que também acabaram tomando. O próprio uso do termo distrito denota uma conotação essencialmente política e embora como expressão territorial alguns o concebem como um processo social de mudanças nas práticas sanitárias (MENDES, 1993), na prática não conseguiu superar os problemas da territorialização da saúde.

Contudo, como escala de planejamento e gestão, a ideia de distritos também traz alguns ensinamentos importantes. Um primeiro aspecto positivo que se apreende é a possibilidade de pensar conjuntamente todos os serviços do SUS em nível municipal. De fato, se a intenção é constituir redes de atenção, começando pelo ordenamento dos fluxos na atenção primária, é fundamental pensar o planejamento conjunto dos serviços de baixa, média e alta complexidade tecnológica. Nos distritos sanitários, por exemplo, são mais facilmente definidos os papéis e as responsabilidades dos serviços de referência, estes ligados às especialidades não realizadas nas unidades de atenção primária. Daí a diferenciação entre a chamada área de abrangência - conceito que se refere à quantificação e identificação da população adscrita de cada unidade básica de saúde - e área de influência - conceito que define os serviços considerados como de referência para as populações das áreas de abrangência dos serviços de atenção primária (ALMEIDA,

CASTRO e LISBOA, 1998). A ideia de distrito sanitário permite agrupar áreas de abrangência das UBS/ESF e definir as áreas de influência para os serviços especializados. Esclareça-se que os serviços de referência funcionam como apoio na realização de procedimentos diagnósticos, de terapia e reabilitação que a maioria dos serviços básicos não realiza.

Um segundo aspecto é a possibilidade de se resolver, pelo menos em parte, as incongruências territoriais relacionadas com a alocação dos serviços de saúde, sobretudo nos casos de serviços de contato e de proximidade, como a atenção primária. Cita-se, por exemplo, o atendimento parcial do território pelas ESF em Pouso Alegre. Evidentemente, um novo recorte territorial em outra escala, como é o caso do distrito sanitário, não vai resolver o problema da ausência de unidades básicas em alguns locais, mas irá amenizar a questão da identificação território-usuário-serviço, pressuposto fundamental para controlar os fluxos de usuários no interior SUS. Em outras palavras, se não existe serviço de abrangência – UBS ou ESF – deve haver pelo menos serviço de referência.

Acredita-se que outra perspectiva é necessária para lidar territorialmente com os serviços de atenção primária à saúde na área urbana de Pouso Alegre. E as razões que justificam isso estão dadas no quarto capítulo dessa tese. Contudo, qualquer tentativa de reflexão sobre outra perspectiva nesse sentido não pode perder de vista alguns elementos fundamentais, quais sejam: i) o território como dado social e histórico, multiescalar e híbrido, produzido e reproduzido constantemente a partir do jogo de forças políticas, econômicas e culturais; ii) as escalas de planejamento e gestão e a necessidade da integração entre serviços e setores; iii) o caráter multidisciplinar do planejamento e a flexibilidade dos limites; iv) a ampla participação popular e a construção coletiva do planejamento e alocação de recursos. Veja-se que esses quatro elementos estão organizados quase opostamente ao atual modelo de planejamento e gestão dos serviços de atenção primária nessa cidade: i) o território é um dado geométrico; ii) há apenas uma escala de planejamento, baseado nas ESF; iii) é um planejamento de gabinete ou ainda nem mesmo existe um planejamento; iv) há um pequeno envolvimento popular na sua construção.

O território deve ser tomado como ponto de partida para a prática de planejamento e gestão dos serviços de atenção primária, mudando-se, dessa forma, a racionalidade que o aborda como desencadeamento de ações já postas, já planejadas. Ele não vem depois do planejamento, mas é o conteúdo primeiro e condição geral para o ato de planejar os serviços. Portanto, a questão não está nas ESF e nem mesmo nas UBS, mas no território. Alguns poderiam afirmar que o

problema está na ausência de equipamentos e de pessoal, na falta de recursos para contratá-los. De fato, não é difícil enumerar deficiências derivadas da precariedade de recursos ou da falta de investimento, não se está negligenciando isso. Entretanto, a presença de condições materiais nem sempre significa a equidade na atenção, pois esta depende, entre outras, da gestão dessas condições (PAIM, 2003). O estudo da distribuição espacial dos equipamentos e de pessoal ligados à atenção primária em Pouso Alegre, por exemplo, mostrou a elevada concentração em alguns locais e vazios em outros. Não há compatibilização territorial, pois não há cobertura total pelas ESF e as UBS não atendem o território, mas as doenças produzidas no território.

Partindo-se, portanto, do território urbano de Pouso Alegre é possível pensar numa perspectiva que integre esses serviços e pelo menos reduza o impacto da ausência de ESF em vários locais. Sobretudo, torne menos impactante as áreas de limites dessas equipes, para que o cidadão “excluído” do território de atuação de uma unidade saúde da família encontre uma porta de entrada para o SUS. Contudo, isso seria impossível, pelo menos nesse momento, tomando-se por base a escala de atuação das ESF.

Experiências de planejamento e gestão da atenção primária em Belo Horizonte, por exemplo, levou o município a criar várias escalas de recortamento do território. Assim, primeiro se constituíram os Distritos Sanitários, depois estes foram fragmentados em Conselhos de Saúde. Por fim, com a estratégia saúde da família constituíram-se mais dois recortes menores: a área de atuação da ESF e a microárea de atuação do ACS (ESPMG, 2010). Seria, obviamente, inviável, dada a sua dimensão e complexidade, querer gerenciar a atenção primária à saúde nessa metrópole a partir das ESF. Primeiro, porque estas não cobrem todo o território, menos de 25%, de acordo com dados do Datasus (SIAB, 2012), e, segundo, porque se trata de uma escala muito reduzida para isso. Atente-se, e aqui uma provocação apenas, que os recortes foram feitos de modo descendente, ou seja, primeiro os Distritos Sanitário e assim sucessivamente até a microárea. Em Pouso Alegre o planejamento vem sendo feito no sentido oposto.

Outro caso interessante sobre as escalas de planejamento e gestão dos serviços de saúde, notadamente dos serviços de atenção primária, se dá município de Uberlândia. Ali os serviços são organizados em cinco regiões que envolvem as áreas urbana e rural. As ESF atendem menos de 30% da sua população e estão organizadas em cinco núcleos (SIAB, 2012). A novidade, nesse caso, é o agrupamento dessas equipes em núcleos, o que permite a integração entre serviços e a maior capacidade de gerenciamento. Também aqui, dada à dimensão do município, hoje com

mais de 600 mil/habitantes (IBGE, 2010), seria inviável a gestão tendo como ponto de partida a unidade espacial das ESF.

Obviamente cada caso é um caso. Há peculiaridades sociais, históricas, políticas e econômicas que devem ser levadas em conta. Isso acaba levando a necessidade de se planejar e gerir a partir dessas peculiaridades. Contudo, aqui também podem ser extraídos dois ensinamentos importantes, quais sejam: as diferentes escalas do planejamento e o recortamento de todo o território tendo em vista não apenas as áreas de atuação das ESF, mas a atenção primária vista como um todo.

A perspectiva a ser descortinada nesse trabalho leva a pensar em outra escala que não a das ESF. E a justifica, nesse caso, é dada pela sua impossibilidade, pelo menos nesse momento, dessas equipes atenderem todo este território, além da problemática da descaracterização dos papéis atribuídos às UBS. Também as experiências relatadas levam a concluir que é inviável o planejamento e gestão territorial da atenção primária a partir dos recortes territoriais dessas equipes. Dessa forma, acredita-se que a primeira coisa a se fazer é recortar todo o território urbano de Pouso Alegre, pois só assim será possível identificar população e os serviços de saúde no seu interior.

Os recortes serão feitos, portanto, em escalas mais amplas, e isso por várias razões, algumas peculiares a essa realidade. Não se pode perder de vista o caráter de perspectiva a ser descortinada aqui, além da necessidade de uma equipe multidisciplinar para empreender limites dessa forma. Isso parece estar devidamente esclarecido.

Em primeiro lugar, há a necessidade de integrar territorialmente os serviços das ESF e das UBS. Esse deve ser o processo iniciador de mudanças. A definição do território de atuação desses serviços conjuntamente resolve, pelo menos em parte, a questão da porta de entrada para o SUS no município, pois permite a identificação território-usuário-serviço. Aliás, a expressão porta já denota a necessidade de identificação, pois se refere à entrada e saída de alguém (o usuário), de algum lugar (o território) e por alguma finalidade (a busca do serviço). Recortes territoriais mais amplos permitem agrupar os serviços de atenção primária em torno de um mesmo território. Assim, se as ESF não o atendem completamente, haverá pelo menos a UBS para funcionar como a porta de entrada para essa população. Além disso, resolve-se a questão da demanda espontânea via 0800, pois os recortes territoriais obrigam esses serviços a se responsabilizarem pela

população de seu território. Ademais, isso cumpre as orientações dadas pela PNAB (BRASIL, 2007b).

Entre os possíveis impactos derivados disso em termos de planejamento e gestão, citam-se: i) os serviços terão comportamentos mais proativos, pois passam a se responsabilizar pela população do seu território e não esperar que essa população busque o serviço quando está adoentada. Haverá a integração das ações das UBS e ESF, isso tendo em vista as diferentes densidades de serviços em cada unidade de atenção primária e as diferentes necessidades de saúde em cada recorte territorial; ii) ao se responsabilizar pela população e seu território, a unidade de atenção primária pode acompanhar sistematicamente e historicamente as condições de vida e saúde da população sob sua responsabilidade. No longo prazo, haverá um enorme banco de dados sobre as características dessa mesma população e as características de suas necessidades. E isso potencializa a mobilização de ações de prevenção e promoção à saúde e, ao mesmo tempo, diminui os impactos das práticas corretivas em atenção primária; iii) haverá maior capacidade de coordenação das ações e dos fluxos pela atenção primária, pois reconhecendo a população sob sua responsabilidade pode encaminhar e/ou referenciar os fluxos em direção aos serviços especializados, dando, dessa forma, desencadeamento para a existência de redes de atenção à saúde efetivamente.

5.2 Da territorialização ao reconhecimento e adequação territorial

Uma vez que se resolve metodologicamente a questão dos limites territoriais para atuação dos serviços de saúde, apresenta-se outra: como estabelecer na prática tais limites. Evidentemente, ambas são inseparáveis, mas a problemática agora está mais ligada à questão do manejo do território, do modo de concebê-lo e de “manipulá-lo” para empreender ações em atenção primária.

A perspectiva aqui apresentada tem como ponto de partida dois movimentos fundamentais para mudar essa racionalidade “territorializadora da saúde”, ou seja, criadora de territórios políticos-burocráticos da saúde. O primeiro movimento deve ser o reconhecimento dos territórios a partir de seus usos, isso tendo em vista a base conceitual discutida no primeiro capítulo desse estudo. Sem isso, qualquer tentativa levaria à imposição de novos recortamentos territoriais, de limites artificiais projetados de fora, criados a partir de alguns critérios definidos a priori. A proposta pelo reconhecimento tem como ponto de partida o território, não os critérios a serem

usados para definir limites. Nem mesmo os problemas de saúde são considerados nesse momento, mas sim o território como totalidade. Evidentemente, os problemas de saúde derivam do modo como o território é usado. Dessa forma, se existe a possibilidade de categorizar o território a partir de seus usos, é possível também categorizar os fatores condicionantes gerais responsáveis pela produção da doença e da morte (FARIA, 2008). Isso também faz alterar a racionalidade do planejamento e gestão da saúde em torno das condições de saúde, normalmente confundida com as condições de doença. Em sua grande maioria, as propostas de territorialização têm como ponto de partida os indicadores de saúde e doença, os chamados perfis epidemiológicos. A partir da construção desses indicadores são definidos os critérios para se criar limites e territórios da saúde no interior do território urbano. Contudo, essa é uma visão parcial da realidade, pois não abrange a totalidade do território, em alguns casos pode ser até mesmo delicado querer categorizar grupos sociais a partir de indicadores de doença. Evidentemente, a doença tem uma dependência social, fruto da produção de classes sociais, mas deve ser vista muito mais como consequência do que como razão última das coisas, pois a problemática, nesse caso, não está na doença, mas nas condições socioespaciais e no processo provocador dessas mesmas condições, ou seja, na reprodução do sistema capitalista de produção.

A proposição pelo reconhecimento dos usos do território resolve ainda a questão problemática de se territorializar tendo em vista uma população adscrita. O ponto de partida da territorialização, vimos, é o cadastro populacional, processo que permite reconhecer a população no interior do território. Ou seja, primeiro se cadastra e se define territorialmente a área de atuação do serviço de saúde e só depois se reconhece as condições sociais no seu interior. Propõe-se a inversão dessa lógica: primeiro se reconhecem os usos do território e depois se cadastra e se delimita. E isso impõe algumas mudanças em termos metodológicos e implica novos posicionamentos para a prática do planejamento e da gestão dos serviços de saúde. Uma primeira mudança, por exemplo, será a necessidade de pensar territórios múltiplos, de dimensões variadas, pois os usos não obedecem a padrões definidos. Outra mudança será a necessidade de pensar o caráter dinâmico do território. A cada momento os processos sociais serão responsáveis por novas configurações territoriais. Ainda que o território urbano possua áreas com formas mais ou menos cristalizadas (CORRÊA, 1995), não se pode falar em estabilidade, a não ser que se trate de uma cidade abandonada, pois onde existem relações sociais, existem relações territoriais. A instabilidade será marcada pela capacidade de cada fração do território em deixar-se alterar. E

essa capacidade será sempre diferenciada, pois, como destaca Santos (2004), cada fração do território não acolhe o capital da mesma forma e com a mesma intensidade. Assim, os usos do território podem se alterar conforme determinadas condições históricas dadas. Reconhecer esses usos para estabelecer limites de atuação dos serviços de saúde significa apreender uma dada situação ou configuração, Mas, deve ficar claro que essa situação resulta de um processo histórico e, como tal, pode não ser duradoura. Não se está aqui propugnando pelo caráter transitório do território, posição que levaria ao debate do aparecimento e desaparecimento de territórios, mas pelo seu caráter dinâmico, posição que exige pensar os processos sociais responsáveis pelas suas diferentes configurações.

O reconhecimento dos usos não significa nada à priori se não induzir uma prática condizente com as especificidades desses usos. Daí o segundo movimento de que se falava e este deve levar à adequação dos serviços de saúde aos territórios. A adequação territorial ou conformação territorial refere-se ao processo de implantação dos serviços de saúde nos territórios reconhecidos pelos seus usos. E talvez aqui esteja o grande dilema do planejamento e da gestão dos serviços de atenção primária, na medida em que devem se adequar ou se conformar ao território (e as pessoas) e não o contrário como se observou na prática da territorialização. Dessa forma, se o território é múltiplo e dinâmico, também os serviços de saúde devem ser organizados da mesma forma. Veja-se que isso vai à mão contrária da padronização dos serviços, a exemplo da implantação das ESF em Pouso Alegre.

A adequação territorial dos serviços de saúde causaria, acredita-se, entre outros, dois grandes impactos em termos de planejamento e gestão. Primeiramente, exigiria a oferta de serviços adequados às necessidades de cada fração do território urbano. Certamente para alguns isso poderia parecer utopia, mas se trata de algo perfeitamente possível. Algumas áreas do território urbano exigem maior presença do profissional dentista, por exemplo, outras do psicólogo ou do fisioterapeuta, e assim por diante. O que não é concebível é simplesmente distribuir os profissionais aleatoriamente (ou intencionalmente, conforme comodidades políticas), causando impactos e distúrbios na distribuição espacial dos profissionais como se notou na figura 4.2 do capítulo anterior. Ainda que os recursos sejam insuficientes para demandar profissionais especializados para atender necessidades particulares dessa forma, o mínimo a se fazer é distribuir equitativamente os profissionais que estão à disposição nesse momento. Por outro lado, não se pode pretender que todos os serviços de saúde tenham a mesma composição profissional,

como é o caso das ESF. Seria como dizer que o território urbano é um todo homogêneo, sem desigualdades socioespaciais, o que na sociedade capitalista é praticamente impossível, afirma Carlos (2008).

Além disso, a distribuição espacial dos serviços de saúde (aqui incluindo equipamentos e profissionais) só será equitativa quando forem adequados às peculiaridades e necessidades de cada fração do território urbano. E disso depende ainda a eficiência da atenção, pois de pouco adianta oferecer atendimento psiquiátrico para uma população que sofre de epidemia diarreica.

Um segundo impacto deriva das condições técnicas para se realizar isso. Obviamente, haverá maior esforço, não apenas técnico, mas também financeiro para se implementar tal projeto. Do ponto de vista prático, a adaptação exigirá o esforço conjunto de profissionais de diferentes especialidades. Diferente da atenção especializada, a atenção primária já deve, naturalmente, ser composta por uma equipe multiprofissional, aponta a PNAB (BRASIL, 2007b). Então, é importante começar por desmistificar o papel central do médico generalista e do enfermeiro na gestão territorial desses serviços, mesmo porque, em muitos casos, senão na maioria deles, o processo de formação desses profissionais é essencialmente especializada. Infelizmente, afirma Gil (2005), as escolas de medicina ainda não atentaram para a formação de profissionais para atuar na atenção primária e de modo particular, nas equipes saúde da família. Existe uma lacuna nesse sentido. Daí, querer que esses profissionais resolvam, territorialmente, os problemas de planejamento e gestão da atenção primária, é algo que deve ser repensado.

Do ponto de vista da prática, a adaptação dos serviços aos territórios faz o movimento oposto ao da territorialização. E isso leva à necessidade de certa desacomodação, sobretudo política, para implementar tal projeto. Contudo, não se trata de algo inviável, ao contrário. Propõe-se oferecer serviços de atenção primária que sejam condizentes com as condições territoriais, com seus usos. A adaptação é a prática e como tal só pode ser discutida no campo da política. E não raro as coisas ficam “estacionadas” exatamente nesse ponto. O reconhecimento dos perfis do território urbano é uma prática teórica, um estudo ou uma pesquisa empreendida a partir de um método. A adaptação é a política praticada.

A grande dificuldade está em convencer os gestores à prática do que se está propondo. E nesse caso, alguns exemplos podem contribuir. O estudo de Starfield (2002), por exemplo, revelou que investimentos em atenção primária dificilmente serão prejuízos. A autora afirma, que diferente da atenção especializada, na atenção primária as coisas se processam em longo prazo,

pois suas ações não são organizadas para o imediatismo das ações corretivas dos hospitais. Conceitos de prevenção e promoção remetem ao futuro, ao devir, por isso, seus resultados serão sentidos também no longo prazo. Dessa forma, continua a autora, os impactos serão extremamente positivos no longo prazo, e isso social e financeiramente falando.

O estudo desenvolvido por Mendes (2009) sobre as redes de atenção também aponta a necessidade de integrar os serviços e oferecer uma atenção continuada na atenção primária. Com as mudanças nos perfis demográfico e epidemiológico e a maior sobrecarga das condições crônicas, a atenção primária será cada vez mais demandada, pois é o único nível com estrutura capaz de construir o histórico das condições de saúde de cada usuário do SUS em particular. Sem isso, haverá grande sobrecarga de fluxos em direção à atenção especializada que é mais cara e menos resolutiva, pois suas ações se dão em “final de processo”, ou seja, quando da doença já manifestada. Se as ações na atenção primária forem resolutivas, haverá redução não apenas do fluxo em direção à atenção especializada, o que leva também à redução dos custos, mas também melhoria das condições de saúde como um todo. O dado social melhorado leva a um saldo financeiro mais positivo na saúde, isso é fato.

A gestão pública da saúde deve fazer uma opção política entre adaptar os serviços aos territórios, qualificando as ações da atenção primária para prevenir e promover a saúde ou adaptar os serviços às doenças dos territórios, investindo em atenção especializada onde os gastos serão mais elevados e os resultados menos efetivos. Evidentemente, não se está propugnando pelo não investimento em atenção especializada, seria um erro. O que se está defendendo é uma política territorial da saúde, não uma política territorial da doença. A atenção especializada deve acolher os fluxos da atenção primária, nessa ordem. Nesta última estão presentes as estruturas para evitar a doença, evitando a morte e até mesmo os custos, para a alegria dos encarregados das finanças.

5.3 Usos e perfis do território urbano de Pouso Alegre-MG: perspectiva de adequação territorial das unidades de atenção primária à saúde

A inversão da lógica da criação e apropriação para a lógica do reconhecimento e adaptação territorial dos serviços de atenção primária ainda 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 tal caminho pode variar. Veja-se, por exemplo, que existem várias formas de se territorializar os serviços de saúde, isso foi esclarecido no

segundo capítulo desse trabalho. Assim também, podem existir 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. Há aqueles que podem, por exemplo, elencar dados das condições de saúde apenas, mapeando-se as doenças e reconhecendo seus condicionantes.

Portanto, tudo depende, em última instância, do projeto, ou seja, do que se quer fazer, como fazer e porque fazer. E o projeto não é um dado teórico apenas, mas político, pois como prática, interfere na vida de relações. Nesse caso, há duas questões que se apresentam absolutamente fundamentais para tornar viável a perspectiva em torno dos perfis territoriais. Primeiramente, devem ser suficientemente esclarecidas as possibilidades práticas ou de efetivação prática do projeto. Do contrário se produz uma extensa teoria, mas de pequeno ou nenhum impacto social, pois é inviável como política. A definição de territórios de atuação das unidades de atenção primária, por exemplo, não é uma prática simples ou simplificada. Talvez justamente a busca pelas facilidades e comodidades práticas, tenha levado a extrapolações e imposições em muitos casos. Contudo, não se pode cair no extremo oposto. A teoria deve ser passível de prática, ou seja, o projeto deve ser viável politicamente. Nesse caso, é importante produzir uma perspectiva que possa ser reproduzida e melhorada na prática. Mas não só isso, tal perspectiva deve ser condizente com os objetivos a que se propõe. Nesse caso, deve ser condizente com a tarefa da definição de limites territoriais das unidades de atenção primária.

A questão da efetivação prática da proposta teórica caminha sob uma linha estreita. De fato, de um lado deve-se evitar o pragmatismo, fato que leva a afrouxamentos teóricos e possíveis manipulações políticas. De outro lado, porém, deve-se evitar certa exacerbação teórica (certo “teorismo?”), não que teorizar não seja importante, mas isso deve ser possível como materialização política. A relação entre teoria e prática é muito bem tratada em Chizzotti (2008) e Minayo (2000) e outros autores preocupados com a efetivação política da pesquisa universitária.

Uma segunda questão está relacionada com certo rigor teórico, o que não tem nada haver com extrapolações teóricas. Conceitos precisam ser adequadamente esclarecidos. Nesse caso, por exemplo, propõe-se reconhecer os usos do território, portanto, deve-se deixar claro o que se entende por usos do território ou mesmo que território é este. Obviamente, cada local ou cada gestão irá aplicar o conceito à sua maneira, isso tendo em vista a realidade que se apresenta. Entretanto, é o mesmo conceito e a mesma prática, embora possa apresentar resultados diferentes.

Estudos sobre usos do território pelos camponeses tradicionais não será o mesmo que o estudo sobre os usos do território pelos quilombolas. A atenção primária deve ser organizada localmente, no âmbito das Secretarias Municipais de saúde, embora se possam encontrar casos, cada vez mais raros, de gestão da atenção primária pelas Secretarias de Estado. E cada local tem autonomia para planejar seus serviços. A perspectiva em torno dos usos do território como modo de planejar esses serviços deve oferecer condições de adaptação a essas peculiaridades locais. Mas, ao mesmo tempo, deve ser clara o suficiente para evitar apropriações indevidas a seu respeito.

O reconhecimento dos usos do território deve permitir recortá-lo, isso tendo em vista as diferenças entre esses 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 nesse 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 inicial 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) e Faria (2011), 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 é o caso dos perfis geológicos (FERREIRA, 1995). Em todos os usos de perfis nas geociências é comum deparar-se com termos como seção, corte, camada ou feição.

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 determinado padrão de morbi-mortalidade em determinado lugar, em determinadas condições e em determinado grupo social (ROUQUAYROL e FILHO, 1999).

A noção de perfil epistemológico foi trabalhada ainda em 1940 por Bachelard (2009). Para este, 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 diversas ciências. Em outras palavras, na medida do estudo histórico e filosófico de cada 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 perfil epistemológico desse mesmo conceito. Os perfis epistemológicos para esse autor se materializam numa escala graduada de concepções sobre um dado conceito⁴⁹. 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 pelas sentidos que lhe serão atribuídos. O conjunto dessas gradações de sentido é o que permite classificar tal perfil.

De acordo com Mortimer (2012), 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 preconcepções 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). Neste caso, o ensino será tanto mais eficiente quanto mais for capaz de mudar e inculcar 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, este

⁴⁹ 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.

autor busca traçar 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. Assim, 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, ao final, 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 estudos para se caracterizar o perfil produtivo, perfil da demanda, perfil do consumo ou perfil da mão de obra. Nem sempre há um estudo para se 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 de tal perfil permite orientar a produção e o marketing para atender tal característica. Veja-se que isto 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 demográfica. Embora essa seja uma associação perigosa, como afirma Damiani (2001), está claro que áreas de menor desenvolvimento terão maiores índices de mortalidade. Contudo, são raros os estudos desse tipo 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 se 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 de 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, entre outros. 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 possa 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 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 e/ou limites.

Um texto esclarecedor sobre esta relação entre território e recorte é dado em Moreira (2007). De acordo com esse autor, o território nasce com o recorte.

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 o autor, 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, Mayer 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 a 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 (2008; 2012a). 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, 2012a), 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; 2012a) 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 aceção a um espaço banal, o território usado. No segundo caso, tem-se o privilegiamento da informação, com primazia das normas e a relevância da política. Nesse caso, o território se apresenta como recurso e se projeta para fora mediante solidariedades compartilhadas globalmente. Pode-se afirmar, juntamente com Souza (1993), que, de um lado, temos os usos do território e, de outro, os abusos do território. E é o mesmo território, reafirma M. Santos (2004), pois as relações globais são antes locais e as relações locais estão sob a influência das relações globais.

Os recortes são possíveis, nesse caso, pela relação dialética entre as verticalidades e horizontalidades. Elas mesmas se apresentam como um recorte analítico. Contudo, há ainda outro modo de ver a questão dos recortes territoriais em Milton Santos. Trata-se da aproximação, já apresentada por nós (FARIA e BORTOLOZZI, 2009 e FARIA, 2011), entre objetos e ações, de um lado, e formas-conteúdo, de outro. De acordo com Santos (2004; 2012b) 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 uma resignificação 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 a 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 empirizável, 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 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 nem somente objetos, mas objetos e ações como sistema, não como coleções. Uma aproximação com a ideia de perfil pode ser dada porque os usos não serão homogêneos ou homogeneizados. E exatamente o caráter diferencial das ações, em dado lapso de tempo, é 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, apresentam-se 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 funções-feições. E as feições-funções, vistas em conjunto, podem oferecer um instrumental interessante para recortar e delinear os perfis do território urbano. Ressalte-se o caráter sinonímico entre os termos feição e perfil, ao que se acrescentem camadas, recortes. O próprio autor aplicou o estudo da diferenciação dos usos (ou seja, 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, 1993; 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 antes de adentrarmos novamente o território urbano de Pouso Alegre efetivamente. Em primeiro lugar, os usos podem não ser duradouros. Ao contrário, sempre que a sociedade sofre uma mudança, afirma Santos (2012b), as formas assumem novas funções, novos usos. Estrutura, forma e função alteram-se conforme o processo, ou seja, conforme a dinâmica do

tempo. Assim, os objetos/feições e com eles os recortes, podem ganhar novos conteúdos/funções. Nesse caso, 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. E 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. O 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. E 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 a 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, 2008), será a expressão desse jogo de forças representado, 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). E isso traz inúmeras implicações para a prática do estabelecimento dos limites de atuação das unidades 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. Daí a necessidade de alocar serviços para que sejam condizentes com tais perfis.

Uma segunda implicação está na necessidade de rever esses 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 desses 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, não se alteram mais, ou muito raramente isso acontece. 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.

O ponto de partida para aplicação dessa perspectiva em Pouso Alegre deve ser o recortamento desse território, definindo-se, dessa forma, as áreas de atuação das UBS e ESF. Os recortes definem os limites e estes definem território-população-serviço. O processo desencadeador é o reconhecimento dos usos do território, isto feito de modo multidisciplinar e coletivo, com ampla participação social. Dessa forma, tendo em vista essa base conceitual e os direcionamentos em termos de escala já apontados no subitem 4.1, serão feitos alguns recortes nesse território. Isso muito mais como uma perspectiva teórica do que como intervenção prática.

5.4 Usos e perfis do território urbano de Pouso Alegre: perspectiva para o recortamento territorial

Uma discussão geral sobre os usos do território urbano de Pouso Alegre foi apresentada no terceiro capítulo dessa tese. Ali foram também apresentadas algumas considerações sobre fatores condicionantes desses usos. Neste momento, o objetivo é adentrar este território para vislumbrar como isso se processa no contexto intraurbano. O passo seguinte deve ser o recortamento do território e a identificação de seus perfis. Ressalte-se o caráter de perspectiva e o olhar desprezioso desse subcapítulo. Ademais, mesmo a caracterização dos usos do território exige um estudo mais sistematizado e envolvendo um número maior de variáveis.

O estudo do território exige amplo levantamento de dados, uma tarefa extensa e, não raro, custosa. Sem estes é impossível querer propor qualquer coisa, pois disso depende o próprio planejamento e a gestão. Não apenas o setor saúde, mas as secretarias de modo geral, isso pelo menos em Pouso Alegre, tem enorme carência de dados, alguns triviais como, por exemplo, dados demográficos. Em alguns casos, eles existem, mas são agregados por município, a exemplo da renda. E formatados dessa forma, não permitem entender as condições internas ao território. Em outros casos, são desatualizados, não correspondendo a realidade atual.

Os dados das ESF são bem abrangentes, podendo ser discutidos em pequena escala, notadamente a partir das áreas de atuação dos agentes de saúde. Contudo, como essas equipes atendem menos de 50% da área urbana, novamente seria inviável seu uso, pois daria uma visão parcial do território.

A dificuldade em encontrar dados secundários abrangentes e fidedignos leva a necessidade do uso de técnicas estatísticas para sua coleta em campo. Um exemplo aplicado à prática da divisão do território em distritos sanitários é dado em Villarosa (1993). Este autor propõe a técnica da estimativa rápida participativa, pois oferece grande apoio diagnóstico das áreas e com custo relativamente pequeno. Essa seria uma saída para a questão do planejamento territorial através do reconhecimento dos usos do território. Contudo, mesmo a aplicação dessa técnica seria inviável nesse momento. Isso tendo em vista a dimensão da área, a falta de pessoal e impossibilidade financeira de contratá-los. Novamente, uma equipe dedicada ao estudo sistemático do território será necessária.

Cita-se essa questão dos dados, pois esta foi a primeira e maior dificuldade no estudo dos usos do território urbano de Pouso Alegre. E se não houver investimento nesse sentido, seja

contratando uma empresa para fazer isso ou mesmo estabelecendo relações de solidariedade com empresas que detêm tais dados, tais como IBGE, Fundação João Pinheiro, Governo do Estado de Minas Gerais e a própria prefeitura de Pouso Alegre (não raro, os dados estão disponíveis na própria prefeitura, mas não são acessíveis), fica realmente complicado criar limites de atuação das unidades de atenção primária. Evidentemente, o reconhecimento do território, ponto de partida para qualquer intervenção nesse sentido, só é possível com dados.

Entretanto, como o objetivo aqui é muito mais um vislumbamento teórico e metodológico do que um pacote de soluções práticas para se definir os territórios de atuação das unidades de atenção primária, serão utilizados os dados demográficos e sociais disponíveis no IBGE e DATASUS e dados coletados em campo, notadamente através do método observacional (os procedimentos metodológicos utilizados na observação em campo e os tipos de dados efetivamente coletados estão descritos no anexo cinco desse estudo). Considere-se ainda, como base para essa discussão, um estudo anterior (FARIA, 2008) já realizado sobre os usos e perfis do território urbano de Pouso Alegre.

Um passeio pelo interior desse território pode revelar áreas de adensamento e de rarefação; locais de inclusão e de exclusão social; áreas de maior e menor pressão pelo uso da terra; relações de força entre agentes do grande capital (das empresas) e do Estado, agentes imobiliários e proprietários fundiários; áreas mais centralizadas e coesas e áreas descentralizadas e seletivas. Enfim, tal passeio pode contribuir para perscrutar os usos desse território, expressos, em síntese, pela sobreposição de divisões territoriais do trabalho (SANTOS, 2004). Algo parecido foi feito por Soja (1993) em Los Angeles, num estudo em que o autor propõe “um giro” pela cidade para decompô-la, ou seja, para recortá-la. Considere-se a figura 5.1 como roteiro⁵⁰ para realização desse passeio, evitando-se, dessa forma, a perda de sentido e direção. Nela estão descritas as rodovias, as vias arteriais, os principais setores urbanos descritos como agregados de bairros e os principais eixos de expansão urbana.

O roteiro é dado pelos referidos setores, quais sejam: Centro, Guanabara, Jd Yara, Jd América, Jd Floresta, Rec. Fernandes, Altaville, Fátima, São João, Faisqueira, Belo Horizonte, Cidade Jardim, São Geraldo, Foch, Mariosa, Santa Rita, São Cristóvão, Jatobá, Morumbi e

⁵⁰ O roteiro foi feito a partir da observação em campo. Os procedimentos metodológicos do Método Observacional utilizado nesse trabalho levaram a definição de um roteiro de observação sistematizada, cujo mapa representativo está no anexo cinco desse trabalho. Algumas alterações foram feitas na figura 5.1, mas ela reflete, basicamente, tal observação realizada.

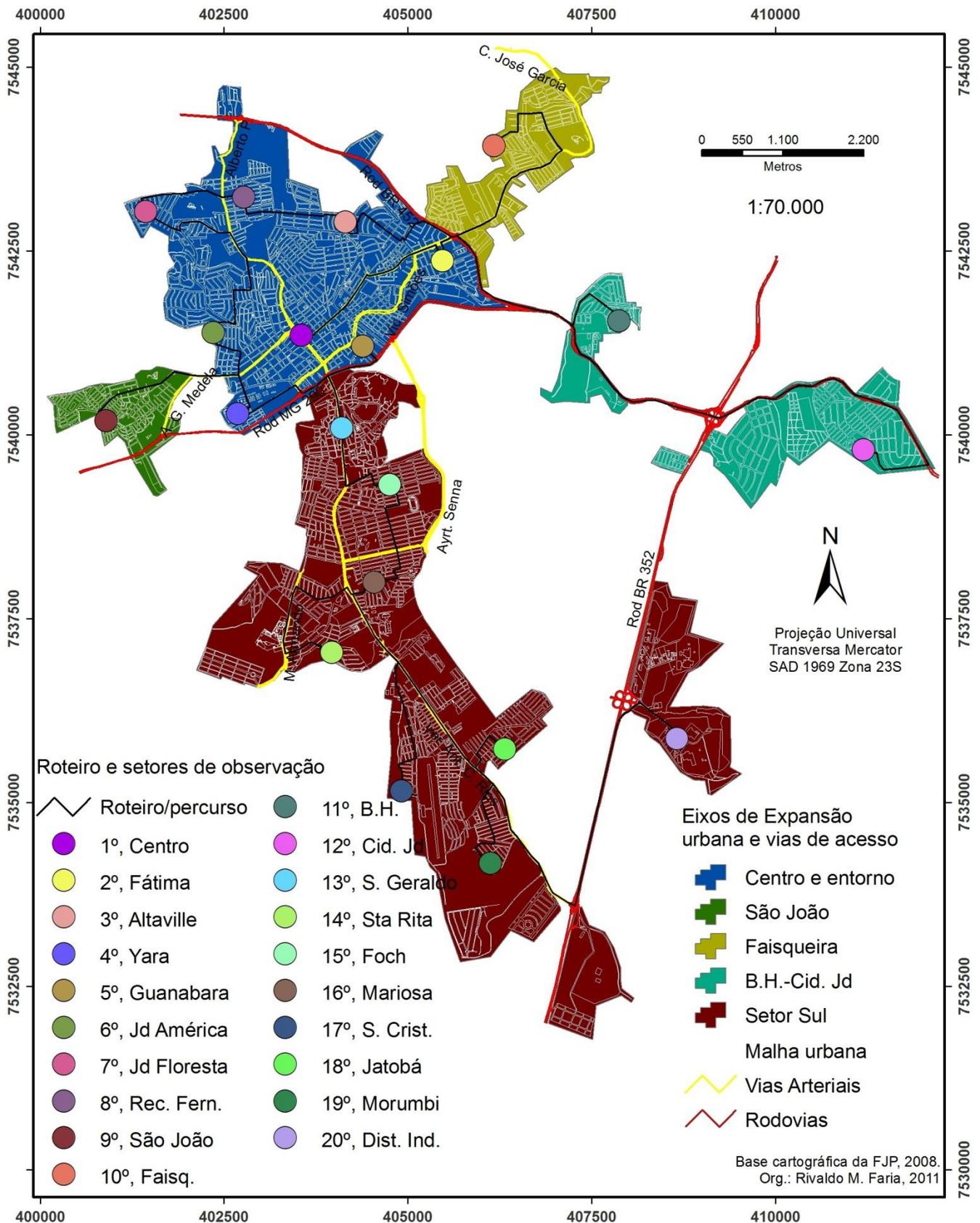
Distrito Industrial. Seria inviável inserir neste mapa todos os bairros da área urbana de Pouso Alegre, isso tendo em vista a escala de representação e o número de bairros. Levantamento feito durante coleta de dados cartográficos levou a catalogação de mais de cento e cinquenta bairros nesta área. Há grande confusão nas suas denominações e não há uma definição exata dos seus limites. Há bairros minúsculos e desconhecidos e outros imensos. Além disso, não existe um dispositivo legal que permite definir onde começa e termina cada bairro respectivamente.

Entretanto, conforme Souza (2010), o bairro oferece uma dimensão interessante para a análise do território, pois expressa muito mais como dimensão socioespacial do que uma dimensão administrativa (embora não seja infrequente o seu uso também como unidade administrativa). De acordo com o mesmo autor, o processo de constituição do espaço urbano resulta ou se materializa, em última análise, em diferentes formas de uso e ocupação, começando pela produção dos loteamentos a serem comercializados e, depois, pela ocupação e formação dos bairros. O que permite diferenciá-los e classificá-los são seus conteúdos socioespaciais, quais sejam: i. conteúdos composicionais, tais como classes e estratos de renda predominantes, estilos das construções e uso da terra; ii. conteúdos interacionais, dados pela diferentes formas de relações sociais e iii conteúdos simbólicos, associados ao sentimento de pertencimento ao lugar. E estes conteúdos expressam relações de poder projetadas no espaço e são variáveis conforme as condições sociais, políticas e econômicas.

Os conteúdos composicionais, de modo especial, permitem, ainda de acordo com Souza (2010), a identificação de setores geográficos relativamente homogêneos, com base na agregação de vários bairros. E estes setores podem ser usados como referência para diferentes tipos de intervenção ou ainda para “dessecar” e/ou desnudar o território urbano, os usos desse território. Dessa forma, de posse do mapa da área com a localização de cada bairro e tendo em vista a observação feita em campo, tais bairros foram agregados por setores apresentados como pontos no mapa (figura 5.1).

Não foram feitos recortamentos a partir desses agregados de bairros e reunião de setores geográficos, pois isso não atenderia o debate sobre os recortes feito no item 5.3. Por isso, tais setores estão representados como pontos no mapa, pois se apresentam muito mais como um roteiro para discussão e decomposição desse território, tal como fez o texto citado de Soja (1993).

Figura 5.1: Roteiro para a realização do passeio no interior do território urbano de Pouso Alegre-MG: malha urbana, vias de acesso e principais eixos de expansão urbana



Contudo, apenas tais pontos-roteiro podem levar à perda de direção, pois não existem limites entre eles (ainda que a observação tenha estabelecido um percurso programático entre eles, figura 5.1). Por isso, a partir de considerações feitas em estudo anterior (FARIA, 2008) com o que se chamou de “áreas homogêneas” e tendo em vista a observação feita em campo, foram identificados e definidos cinco grandes eixos de expansão urbana, cada um dos quais com peculiaridades que se podem notar. São eles: Centro e seu entorno; São João, Faisqueira; BH-Cidade Jardim e Eixo Sul. Considere, dessa forma, esses cinco eixos e pontos de observação identificados na figura 5.1 para discussão que se pretende.

5.4.1 O centro e seu entorno: nó intercambiador da vida urbana

O Centro e seu entorno representa uma enorme área urbanizada localizada entre as rodovias MG-290 e BR-452 (figura 5.2). Sozinha ela envolve mais de 49 mil habitantes ou 41% do total da população urbana (IBGE, 2010). No seu interior foram identificados oito setores ou roteiros para discussão: Centro; Fátima; Altaville; Yara, Guanabara; Jardim América; Jardim Floresta e Recanto dos Fernandes.

Considere-se o Centro como ponto de partida. Aí estão presentes os equipamentos urbanos mais importantes: escritórios, comércio, rede bancária, equipamentos públicos, hospitais, universidades. Enfim, infraestrutura de serviços de modo geral. O Centro será marcado pela elevada densidade de fluxos, isso resultado de seu papel de comando do território como um todo e da integração desse território com a rede urbana regional e nacional. Por isso, tudo converge nessa direção, e as vias arteriais denotam exatamente isso, sobretudo, no caso de Pouso Alegre, as vias arteriais Alberto Pacioli, ao norte, a Vereador Antônio da Costa Rios, ao sul, a Avenida Alferes Gomes de Meldele, a oeste e a Comendador José Garcia, na direção nordeste⁵¹ (figuras 5.1 e 5.2). A densidade de fluxos será resultado também da densidade de objetos, dada, sobretudo, pela densidade de sua infraestrutura.

O elevado crescimento demográfico de Pouso Alegre nas últimas três décadas - tema analisado no capítulo 3 - será responsável pelo progressivo adensamento demográfico no Centro.

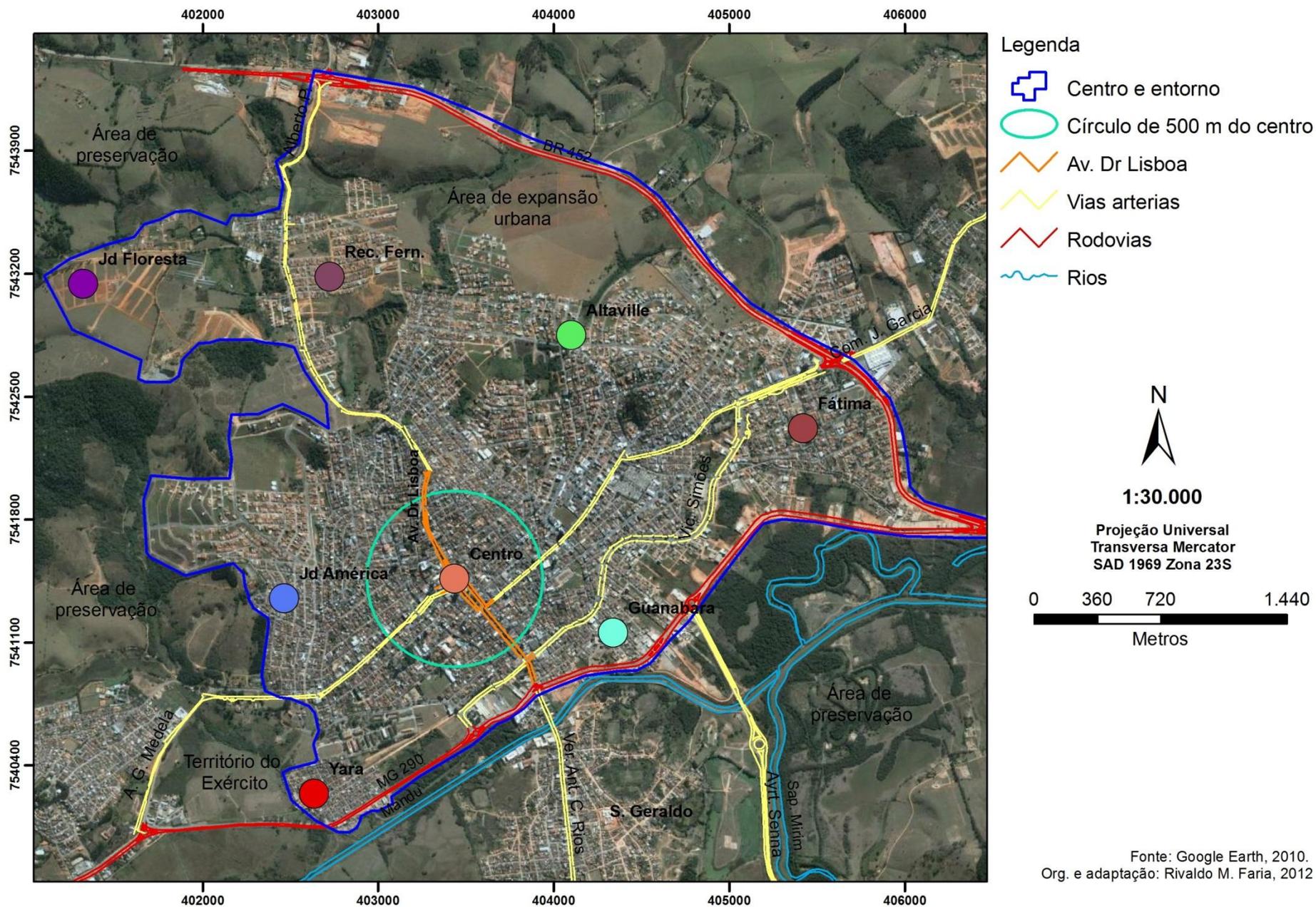
⁵¹ Foi necessário fazer uma generalização de nomes para discutir as vias arteriais de Pouso Alegre. Suas construções foram feitas processualmente, sem o devido planejamento, o que fez com que cada trecho recebesse uma denominação diferente. A via arterial Vereador Antônio da Costa Rios, por exemplo, é também chamada de Av. Prefeito Olavo Gomes, na proximidade da Rodovia Fernão Dias. O que se está denominando de Alberto Pacioli está envolvendo também a Av. Dr Lisboa, mais ao centro. A Av. Alferes Gomes Medele, por sua vez, incorpora também a Silvano Brandão e, por fim, a Comendador José Garcia envolve também a Av. Antônio Scodeller, localizada no bairro Faisqueira.

Contudo, a centralidade, conforme Sposito (1998), não se define apenas pelo adensamento humano, mas pela capacidade de atrair fluxos de pessoas, mercadorias e capitais. Em outras palavras, pela sua capacidade de reproduzir o capital, fato que o torna capaz de interferir no território urbano como um todo. Exatamente por isso, esta área irá abrigar não apenas a maior densidade, mas a maior diversidade de usos.

Não há uma geometria exata desse Centro, tanto é assim que se for perguntar a qualquer pessoa em Pouso Alegre onde é seu início e seu fim, haverá diferentes delimitações. Ou, em alguns casos, nem mesmo será possível encontrar tal delimitação. O mesmo se aplica ao setor público, embora seja uma expressão da vida cotidiana da administração e do planejamento nas diversas secretarias. O Centro se define pelas relações sociais: i) históricas, pois é o primeiro local de ocupação efetiva e de formação da cidade; ii) econômicas, pois se apresenta, como já foi mencionado, como o lugar privilegiado para reproduzir o capital no comércio e serviços; iii) políticas, pois se apresenta como centro de decisões, onde está a prefeitura e os principais órgãos governamentais e iv) culturais, pois tem caráter simbólico importante no contexto da vida urbana como um todo. Entretanto, se não é possível definir uma geometria exata, é perfeitamente possível vislumbrá-lo, percebê-lo e até mesmo indicá-lo. Pergunte-se a qualquer pessoa onde fica o Centro e raramente se apresentará a dúvida, sobretudo quando se trata de alguém que vive e trabalha nessa cidade. Mas, mesmo para o desconhecido é relativamente fácil imaginar e localizar este Centro. E a dimensão da cidade, ou seja, o seu porte médio, contribui para isso. Algo diferente, diga-se, ocorre no estudo das regiões metropolitanas (SPOSITO, 2010), embora também aí seja possível conceber e localizar seu centro antigo, hoje em dia cada vez mais deteriorado.

O Centro abriga camadas sobrepostas de usos passados e presentes. Como as relações sociais hoje são mais dinâmicas, e isso graças ao novo momento técnico (SANTOS, 2004), e as necessidades e tipos de consumo variáveis, haverá maior pressão pelo uso.

Figura 5.2: Imagem de satélite do Centro da cidade de Pouso Alegre-MG e do seu entorno



Por isso, não é possível defini-lo apenas como o local privilegiado do comércio e serviços, embora também o seja. No Centro estão também prédios residenciais, construções antigas e novas, locais de lazer, bares e restaurantes. Há também, evidentemente, um mercado imobiliário importante que pressiona e seleciona pessoas e usos. Contudo, como se trata de uma área de ocupação antiga, usos novos se sobrepõem aos antigos ou, em outros casos, convivem no mesmo espaço. Em muitos casos, a pressão pelo uso da terra, sobretudo pelos promotores imobiliários, leva à sua comercialização e alteração, o que faz alterar os seus usos.

Porém, o dado cultural pode se apresentar como revanche, reclamando a sua permanência, sua cristalização (CORRÊA, 1995). Também o poder público tem papel fundamental na definição de localizações e funções, formas e conteúdos e suas alterações. Não são incomuns investimentos feitos para melhorar os fluxos pela abertura de vias estreitas ou ainda a alteração de suas direções. Assim, novas formas são produzidas para abrigar as novas relações, dadas, em síntese, pelas novas demandas das pessoas, empresas e grupos. É a demanda do mercado, do capital, mas também a demanda pela vida, pelo passeio, pelo lazer ou ainda a demanda pela moradia. O que define os usos em última instância são essas demandas.

Mas, não se pode negar a racionalidade que comanda a política e a economia urbana, mesmo em cidades médias como Pouso Alegre. A reprodução do capital, do grande capital, pelas grandes empresas e com a conivência do poder público tem papel importante na definição desses usos. Há um mercado de consumo importante que atrai redes de lojas e empresas cada vez mais interessadas em abastecê-lo. E disso resulta, evidentemente, a maior densidade de fluxos no Centro, sinal objetivo do aquecido mercado dessa cidade. Tem-se, nesse caso, o predomínio de relações verticais, dadas de fora, normatizadas segundo a racionalidade do mercado, e flutuantes como tal. Não é difícil associar, por exemplo, essa maior densidade de fluxos com a robustez da economia brasileira nos últimos dois ou três anos. Fluxos mais densos refletem também um território mais denso, formado por um sistema de objetos bem mais complexo.

O Centro pode se estilhaar, conforme Lefebvre (2001; 1999), e isso exatamente na medida da sua densidade de objetos e ações, formas e conteúdos. Isso já pode ser também observado em Pouso Alegre. Há novas demandas incapazes de serem atendidas nesse Centro, diga-se, antigo. Poder-se-ia falar num saturamento, numa incapacidade de comando, num outro Centro? Acredita-se que não, embora seja possível apontar um devir, uma tendência. Este parece ser ainda o nó intercambiador dos fluxos e das ações, da vida urbana como um todo.

O Centro intercambia os fluxos, mas, ao mesmo tempo, reflete a dinâmica desses mesmos fluxos. Seus usos denotam uma demanda mais de fora que de dentro. São fluxos vindos do interior do próprio território urbano, dos seus fragmentos. Mas, também fluxos de uma hinterlândia regional, atraídos pelos novos produtos e formas de consumo. Há uma maior capacidade de consumo dada, novamente, pelo maior dinamismo econômico. Contudo, o Centro também abriga uma vida de relações enraizadas nele mesmo. Moradores tradicionais desinteressados num mercado imobiliário que os pressiona cada vez mais. Seria um erro pensar que os novos usos, os usos do comércio, dos serviços, poriam fim aos usos residenciais tradicionais.

Ademais, há também usos residenciais novos, criados para atender uma população de pequenos e grandes empresários, como também trabalhadores do comércio, profissionais liberais. Usos antigos, nesse caso, são ressignificados ou ainda novos objetos são criados para atender essas novas ações e demandas. Não há apenas uma mistura dos tipos de usos, mas a mistura dos usos em si. Há diversos usos residenciais, como também diversas finalidades comerciais. As empresas são heterogêneas e as pessoas também. Há usos ligados mais diretamente à reprodução do capital, mas também a capacidade de reproduzir esse capital é variável. Por outro lado, existem usos não diretamente devotados à economia, são construções públicas (teatro, igreja, áreas de lazer, escolas, etc.) ou mesmo residências. O Centro se explica por essa mistura de usos, pela sua diversidade, pela sua capacidade em deixar-se alterar, mas também pela sua capacidade em cristalizar-se.

Esse caráter dialético, não sistêmico, pois não se arranja inteiramente ligado, mas, às vezes, de forma aleatória, afirma Lefebvre (1999), confere ao Centro o conteúdo explicativo do território urbano como um todo. Todo o território está no Centro, de forma virtual e material, pois tudo converge nessa direção, continua o autor. Dessa forma, os demais usos do território se realizam na sua relação com o Centro, não de forma hierárquica, como se fosse possível nos dias atuais dicotomizar um centro e uma periferia (SPÓSITO, 2011), e nem sempre de forma combinada. Contudo, o contrário também é verdadeiro, ou seja, o Centro também está em todo o território, pois reúne o território como um todo. Por isso, insiste Lefebvre (1999, p. 108), “descobrimos o essencial do fenômeno urbano na centralidade.”. Evidentemente, “[...] a centralidade não pode ser indiferente ao que ela reúne [...]”, finaliza. Por isso, desnudar o Centro é uma tarefa bem mais complexa, dada a reunião de formas e conteúdos diversos e mutáveis.

Qualquer tentativa de delimitá-lo é uma generalização, não obstante esta seja uma tarefa necessária.

Haveria um ponto de partida inicial, um local que centraliza o próprio Centro? Acredita-se que sim, embora também esse núcleo central se fragmente conforme o tempo e os processos sociais que lhe dão existência. Considere-se a Avenida Dr Lisboa (figura 5.2) como esse miolo ou ponto nuclear do centro. E quais as razões para isso? Essa avenida liga as vias arteriais mais importantes, tanto a Alberto Paciolli ao norte e a Av. Vereador Antônio da Costa Rios ao sul, quanto a Alferes Gomes de Medela a oeste e a Comendador José Garcia na direção nordeste. Mas não só isso. A Av. Dr Lisboa se apresenta também como a área mais adensada e verticalizada. Não apenas é a área tradicional, o que no caso de Pouso Alegre, não obstante o seu crescimento, é algo ainda importante, mas também a área de maior densidade e diversidade de usos e de fluxos.

Contudo, não se trata de uma camada interna ao centro, como se houvesse um núcleo interno e outro externo. Há nitidamente um nó central, que se estende, mas sem um comportamento que se possa padronizar, medir e calcular (LEFEBVRE, 1999).

É improvável querer definir uma zona mista central, a exemplo do que propõe o Plano Diretor, embora ela denote a presença desse centro (vide mapa de zoneamento, figura 3.5, terceiro capítulo). O que a caracteriza? A multiplicidade de usos, a predominância das relações de comércio e serviços, sua ocupação tradicional, afirma o texto do plano (PMP, 2008). O que levou a definição desse limite foi o mapeamento dos usos da terra (infelizmente o mapa de uso do solo para realização de tal zoneamento é inacessível na prefeitura, mesmo com documentos regularmente protocolados para esse fim). Mas, se trata de um estudo funcional desses usos (SOUZA, 2010), não dos usos como totalidade do movimento do espaço e do território. A figura 5.3 (a) capta parte desse centro, mas denota também seu desmesuramento, sua expansão ou ainda sua fragmentação. É possível visualizar um nó central, mais adensado e verticalizado. Mas sua extensão, difícil de captar numa única imagem, vai se perdendo, sem um arranjo que se possa padronizar.

Figura 5.3: Imagem parcial do Centro da cidade de Pouso Alegre-MG e seu entorno (a) (b)

(a)



Fonte: ASCOM, 2011 (adaptado por Faria, 2012)

A redefinição da centralidade urbana, fenômeno também presente nas cidades médias como Pouso Alegre, torna o estudo desse Centro ainda mais complexo, pois formas e conteúdos se alteram mais dinamicamente (SPÓSITO, 1998). Tal redefinição anda de mãos dadas com as mudanças de fim e início de século, expressando-se, em síntese, como impactos locais e gerenciais de grande impacto. O Centro de Pouso Alegre não tem mais a supremacia absoluta do comércio, embora ainda expresse a maior densidade nesse sentido. Seu miolo raramente comporta grandes investimentos e, em muitos casos, pode mesmo se apresentar como uma deseconomia. Além disso, as mudanças no processo produtivo em geral alteram substancialmente a relação centralidade e seu entorno ou, como se costumava designar, a relação centro e periferia.

Aliás, conforme Spósito (2011), é o contexto da alteração nas relações socioespaciais, sobretudo derivado da alteração das relações de trabalho e na produção, o fator mais importante a pôr fim a uma cidade compartida em um centro unificado e uma periferia fragmentada. Em geral, a cidade era marcada pela homogeneidade, pelas relações hierárquicas tanto internas, quanto externamente. O contexto atual altera essa racionalidade, pois a cidade se fragmenta. Não há uma cidade apenas, nem apenas um Centro (LEFEBVRE, 1999).

Destaca-se esse caráter híbrido dos usos e variável do território para entender que tal delimitação do Centro é uma virtualidade apenas, uma generalização que se faz. Até aonde vai o Centro de Pouso Alegre? Partindo-se da Av. Dr Lisboa (figura 5.2) pode-se imaginar alguns pontos para o recortamento: uma universidade, a prefeitura, o hospital, a rodoviária. Todos podem ser tomados como pontos para o recortamento. Há, é verdade, uma variedade de usos do Centro, mas é um e o mesmo Centro, definido assim justamente pela existência de tal variedade. Entretanto, usos variados se imbricam, misturam-se e se confundem. Há mais que vários usos apenas, mas uma miscelânea de usos. É exatamente isso que faz emergir um perfil do Centro. E como poderia ser caracterizado? Pela densidade e variedade de usos, pela fluidez e plasticidade, pelo hibridismo, pela diversidade e individualidade, pelo comando, pela atração-centralização, mas também pela repulsão-descentralização. Enfim, é exatamente o caráter dinâmico e alternável dos usos, o fator delineador mais importante do seu perfil.

5.4.2 O Centro e seu entorno: olhando ao redor do núcleo principal

O Centro convida a olhar ao seu redor. Quais são as relações que projetam o território na sua circunferência? Os usos nesses locais estão novamente relacionados com o próprio Centro.

São formas de vida urbana ou então modos de usos marcados pela capacidade de consumo do território, sempre diferenciáveis. Há uma elevada densidade também nessas áreas, densidade de pessoas e de fluxos. São espaços rápidos, embora tal rapidez seja também diferenciável. Tal densidade será resultado da pressão pelo uso da terra, materializada pela pressão imobiliária cada vez mais importante na produção desse território. São usos residenciais, predominantemente. Mas também podem ser encontrados centros comerciais, áreas dedicadas à educação, centros de saúde, consultórios, bares e restaurantes. Há menor densidade desses usos se comparado ao Centro de Pouso Alegre, embora seja uma densidade relativamente alta.

A proximidade com o Centro irá marcar uma pressão social maior por essa terra, e o mercado imobiliário será responsável pelo seu encarecimento. Não é preciso insistir que tal mercado, com a imposição de seus valores, será o critério seletivo mais importante para sua ocupação. Há outros elementos, obviamente, que se devem considerar nesse sentido, sobretudo o dado cultural. Mas é no contexto da reprodução do capital que se deve pensar o uso e ocupação da terra urbana, aponta Carlos (2008).

Nesse entorno podem ser encontradas áreas de uma primeira expansão urbana, uma descentralização de primeira ordem, se assim podemos nos referir, fruto de uma primeira explosão desse Centro. Juntamente com essas, se associam as áreas de ocupação recente, genericamente agrupadas dessa forma. E, por fim, apresentam-se as novas áreas de expansão, representadas por aqueles espaços em processo de ocupação e de uso, predominantemente, residencial.

A figura 5.2 destaca essa mancha urbana diretamente ligada ao centro. O círculo dos 500 metros da Av. Dr Lisboa é apenas um recurso didático que se oferece para que se possa visualizar esse entorno de que se fala. Quanto mais próximo do círculo de 500 metros, maior é a densidade ocupacional, e o contrário ocorre na medida do distanciamento desse círculo.

De acordo com Corrêa (1995), essa área urbana diretamente ligada ao Centro pode ser caracterizada como de transição entre este e os demais bairros da cidade. É também chamada de uma Zona Periférica do Centro (ZPC), uma área de ocupação tradicional, criada para atender uma demanda também tradicional. Por isso, continua o autor, essa é uma área marcada pela obsolescência, cujas funções estão sendo gradativamente substituídas pelas novas áreas de expansão urbana e pelos novos papéis atribuídos ao centro.

Para alguns, como Griffin e Preston (citados por ALVES, 2011), essa seria uma área problema, decadente, caracterizada pela combinação entre altos valores da terra e edifícios prontos para serem demolidos. A ocupação tradicional e os modos de usos não se adequam mais as novas demandas. Há grande pressão pelo uso dessa terra devido a sua proximidade com o Centro, o que faz elevar o seu preço. Mas, suas formas obsoletas, associadas à existência de terras baratas na periferia desestimula uma nova ocupação.

Não se sabe até que ponto esse fenômeno, mais comum em áreas metropolitanas, pode ser aplicado no estudo das cidades médias como Pouso Alegre. Embora o estudo de Alves (2011) tenha sido feito em Uberlândia-MG, as diferenças em termos de dimensões e funções são enormes quando comparadas com Pouso Alegre.

Contudo, nem toda essa mancha urbana assinalada na figura 5.2 pode ser tomada como uma ZPC ou ainda como uma área de transição. Ademais, o modo como se comporta esses espaços imediatamente próximos da área central pode ser diferente das proposições dadas pela literatura que trata tal zona periférica. As observações feitas em campo (anexo 05) levam a crer que não se trata de uma área de obsolescência. Há, é verdade, uma mudança gradativa do conteúdo dessas áreas de ocupação tradicional, mas não encaminham para uma situação de decadência, pelo menos por enquanto.

As principais características da ZPC dadas tanto por Corrêa (1995), quanto Alves (2011), como o uso semi-intensivo da terra, a ocupação residencial de baixo status social e o limitado crescimento horizontal não se encaixam no estudo dessa área que circunda o Centro de Pouso Alegre. Ali, o contrário, os usos têm sido cada vez mais intensificados e há uma demanda cada vez maior por esses imóveis, o que leva ao seu encarecimento. E tal encarecimento faz limitar o seu acesso a uma população com renda cada vez maior. Além disso, há forte tendência ao crescimento horizontal dessa área, e isso, sobretudo, na direção do Recanto dos Fernandes e Altaville (figura 5.2).

As áreas mais próximas do círculo de 500 metros são representadas por aqueles espaços de ocupação tradicional. Como este é ainda o Centro principal, os espaços mais próximos cumprem um papel importante na vida urbana. Daí a ressignificação de usos tradicionais e o interesse imobiliário por essa área. A obsolescência de que fala Corrêa (1995) quando trata da ZPC é um fenômeno mais presente em cidades polinucleadas. A descentralização das atividades, sobretudo de comércio e serviços, mas podendo englobar também pequenas indústrias, marca

certo desinteresse pela terra (encarecida) localizada na circunvizinhança do centro tradicional. Mas, em Pouso Alegre, a descentralização, também importante, veremos, parece não ter sido ainda capaz de romper o papel hegemônico do seu centro tradicional. Prova disso é que não existem outros centros comerciais, ou seja, locais onde há predominância do comércio como atividade espacialmente concentrada. O mesmo se dá em relação aos serviços. Há ainda uma situação de convergência dos fluxos na direção da Av Dr Lisboa, o nó central da cidade.

O papel intercambiador do Centro de Pouso Alegre irá influenciar as estratégias imobiliárias no sentido de encontrar terras ocupáveis na sua proximidade. Daí a expansão urbana representada pelas áreas de ocupação próximas das áreas de preservação entre o Jardim América, Jardim Floresta (figura 5.2). Obviamente, a presença dessa mancha de vegetação natural, legalmente constituída como área de preservação (PMPA, 2008), vai se apresentar como um paredão natural para a expansão urbana nessa direção (à oeste do Jardim América, figura 5.2). Além disso, esta é uma área relativamente íngreme, isso foi apontado no terceiro capítulo dessa tese (recomenda-se retomar o mapa digital de elevação da área urbana, figura 3.3 do terceiro capítulo).

Por isso, é entre o Altaville e o Recanto dos Fernandes, dirigindo-se até a rodovia BR 452, que está localizada a maior extensão de terras ocupáveis diretamente ligadas ao Centro (figura 5.2). E essa localização privilegiada será um dos fatores principais para o seu encarecimento. Dessa forma, as ocupações nessas áreas serão representadas por residências de uma classe social de alto poder aquisitivo⁵².

Além dessas terras, existem pequenos fragmentos de espaços vazios a serem ocupados ou não ocupáveis devido a algum impedimento legal. Citam-se, como exemplos, nesse último caso, as terras ociosas próximas do Jardim Yara e pertencentes ao Exército Brasileiro (figura 5.2). Ou ainda, pequenos fragmentos de terras vazias próximas do Guanabara e sujeitas a alagamento, por isso foram definidos como de preservação ambiental.

Não há homogeneidade nessa mancha urbana que circunda o Centro. Embora os usos sejam múltiplos para praticamente toda essa área, as formas e a capacidade de uso serão variáveis. É o caso das residências, por exemplo. Haverá, é verdade, concentração de residências precárias em alguns locais e residências de luxo em outros. Contudo, não será difícil encontrar

⁵² A Tabela de Valores de Imóveis, anexo 06, fornecida pela Secretaria de Finanças de Pouso Alegre e cujos valores foram padronizados por setores (formados por agregados de bairros), agrupa os domicílios em Alto, Médio e Baixo padrão. Para discussão dos tipos de usos residenciais foi utilizada também essa tabela.

residências de um padrão econômico menos elevado numa área de alto poder aquisitivo e o contrário também é verdadeiro. E isso ocorre de modo mais evidente nas áreas de ocupação tradicional. Em primeiro lugar, pelo fato de se tratar de uma primeira explosão do Centro, não houve uma regulamentação para conter a fragmentação de lotes ou mesmo os tipos de construções. Não havia Plano Diretor e os sistemas de regulação dos usos eram ainda precários. Em segundo lugar, apresenta-se a rápida mudança de conteúdo e função atribuídos ao Centro e sua circunvizinhança, isso graças ao crescimento urbano como um todo. Dessa forma, usos novos se associam aos antigos para produzir uma grande diversidade nesses locais. Além disso, a densidade de lojas comerciais e de serviços será maior nessa área, novamente devido ao seu contato com o Centro. Daí, inclusive, a sua identificação maior ou mesmo confusão com o Centro.

Entretanto, se não há homogeneidade nessa mancha urbana como um todo, há especificidades internas que se podem observar e até mesmo classificar. A área que compreende a extensão do setor Fátima ao Recanto dos Fernandes, por exemplo, é bem diferente da área que compreende a extensão do Yara ao Jardim América (figura 5.2). Também as áreas compreendidas entre o setor Guanabara e o Fátima possuem suas especificidades. E tais especificidades podem ser também avaliadas tanto em termos de escala, como em termos de conteúdo.

Nessa mancha urbana contínua representada pelo Centro e seu entorno (figura 5.2), podem ser observados cinco grandes setores com especificidades que puderam ser notadas tanto em trabalho anterior (FARIA, 2008) quanto na observação feita em campo (anexo 5).

a) O primeiro se entende do **Fátima ao Altaville** (figura 5.2), na proximidade da rodovia BR-452. Trata-se de uma área de uso predominantemente residencial e de alto poder aquisitivo (a tabela de valores de imóveis, anexo 06, define essa área como de alto padrão). Possui, de acordo com o texto do Plano Diretor do Município (PMPA, 2008), baixa densidade ocupacional, ótima infraestrutura e boas condições ambientais. Além do uso residencial, predominantemente unifamiliar (PMPA, 2008), aí estão também presentes centros comerciais importantes, sobretudo ligados ao setor automobilístico, como também bares e restaurantes, uma universidade, dois hospitais particulares, um dos maiores e mais importantes hotéis da cidade e um hipermercado, também o maior da cidade e região. Há ainda outros usos comerciais e de serviços que não caberiam enumerar nesse momento.

Todos esses elementos levam a crer que se trata de um espaço de fluxos rápidos, tanto de pessoas, quanto de serviços e capitais (SANTOS, 2004); com enorme capacidade de acolher investimentos de alto nível seja no setor imobiliário e de serviços em geral. Não por acaso, há uma forte tendência à pressão imobiliária por essas terras, o que tem levado ao seu espraiamento em direção à rodovia BR-452 (figura 5.2).

A imagem apresentada na figura 5.4 (a), um recorte de parte da área, indica um espaço relativamente desenvolvido, com residências de grandes dimensões e ruas planejadas. Isso também indica um fragmento territorial bastante seletivo socialmente, pois o acesso depende, em síntese, da capacidade de comprar o lote e construir a casa, isso segundo padronizações imobiliárias também previamente definidas.

b) Um segundo setor, de menor dimensão, envolve a área onde está localizado o **Yara**, na proximidade com a rodovia MG-290 (figura 5.2). Ali se dá o oposto ao que ocorre no Fátima-Altaville. É uma área de ocupação tradicional, predominantemente residencial, mas de baixo poder aquisitivo (figura 5.4 (b)). As condições ambientais são precárias e a proximidade com o Rio Mandu faz dela uma área propícia a alagamentos no período das cheias (UNIFEI, 2010). A infraestrutura é também marcada pela precariedade: ruas estreitas, mal conservadas e insalubres em muitos locais. Os usos do Yara são também variáveis, embora predomine o residencial. A proximidade com o Centro e com a rodovia MG-290 faz com que também se instalem prédios comerciais e de serviços. Mas, novamente, diferentes daqueles comércios e serviços encontrados no Fátima-Altaville.

Como um fragmento dessa mancha urbana contínua diretamente ligada ao centro, o Yara se expressa de modo bastante peculiar. Não há perspectiva de expansão dessas terras, pois elas se limitam, por todos os lados, com as áreas pertencentes a unidade do Exército Brasileiro localizada nessa cidade (figura 5.2). E o controle dessas terras pelo Exército é algo bem rigoroso, impedindo qualquer tentativa de invasão e ocupação irregular, por exemplo. Dessa forma, a pressão imobiliária é menor, senão pela derrubada de prédios antigos e construção de novos. Contudo, como se disse, as condições ambientais desfavoráveis desestimula a renovação urbana da área.

Se fosse necessário estabelecer uma classificação, o Yara seria provavelmente considerado um espaço da lentidão, tal como afirma Santos (2004). Não há investimento que

denota a modernização e os objetos inscritos no espaço são, em geral, marcados pela precariedade.

Figura: 5.4: Recortes fotográficos do Fátima (a) e do Yara (b): área urbana de Pouso Alegre-MG em 2012



Fonte: FARIA, 2012

c) O terceiro setor se estende do **Guanabara até a proximidade do Fátima** e envolve todas as terras entre a Av. Vicente Simões e a rodovia MG-290 (figura 5.2). É uma área de ocupação tradicional, formada, de acordo com o texto do Plano Diretor (PMAP, 2008), predominantemente de usos residências uni e multifamiliares. A proximidade com o Centro e sua localização privilegiada próxima das principais vias de ligação, torna essa uma área de interesse para instalação de centros comerciais e de serviços importantes. Por isso, há um adensamento também de usos comerciais e de serviços, como, por exemplo, a rodoviária, além de usos institucionais (governamentais em geral). Essa área envolve maior multiplicidade de usos residenciais, isso devido a sua ocupação tradicional. Mas, em geral, são representados por uma ocupação de uma classe média e média alta, para usar uma classificação própria da economia (a terra urbana nesse local é classificada como de alto padrão, anexo 06). Há uma infraestrutura muito bem instalada, as ruas são bem conservadas e as condições ambientais são muito boas. Embora alguns trechos possam também sofrer problemas de alagamento em períodos de cheia e transbordamento do Rio Mandu (observe na figura 5.2 que há uma área estrategicamente definida como de preservação na sua proximidade). Entretanto, os eventos de alagamento nessa área não terão os mesmos impactos sociais daquelas que se dão no Yara, por exemplo.

d) O quarto setor se estende do Yara, notadamente acima das terras pertencentes ao Exército Brasileiro, até o **Jardim América** (5.2). Novamente, esta é uma área de ocupação tradicional, formada predominantemente de usos residenciais uni e multifamiliares (PMPA,

2008). Contudo, diferente do Yara, as condições ambientais, de infraestrutura e as residências, de modo geral, são mais bem arranjadas. Além disso, não se trata de uma área de ocupação formada por uma população de baixa renda (a tabela de valores de imóveis, anexo 06, define essa área como de médio padrão). Esses espaços vêm passando por profundas mudanças com a dinamização da economia urbana e as novas funções do Centro da cidade nesse novo contexto econômico de Pouso Alegre de que se falava no terceiro capítulo. Assim, formas antigas são alteradas para dar espaço a uma nova demanda econômica baseada, principalmente, no setor de comércio e serviços.

Entretanto, formas tradicionais, sobretudo residenciais, podem também se cristalizar (CORRÊA, 1995), tornando a alteração do território e mesmo a sua refuncionalização algo bem mais lento. E tal cristalização pode se explicar, de um lado, no contexto histórico de ocupação (nesse caso, o dado cultural vai ser um componente importante) e, de outro, no contexto da reprodução do capital (nesse caso, o jogo imobiliário será determinante). Ademais, a existência de novas áreas de expansão na proximidade do Jardim Floresta (figura 5.2) acaba causando certo desinteresse imobiliário por essas áreas de ocupação tradicional. Por isso, não se trata de um espaço inerte, mas não tão “plástico”, maleável como se poderia.

Nesse eixo podem ser encontradas residências de uma população com alto poder aquisitivo e residências de uma população de baixo poder aquisitivo. Haverá uma diversidade de tipos de usos e suas qualidades serão também variáveis, isso novamente em função da sua ocupação tradicional. Em alguns casos, usos tradicionais irão se associar aos novos e ganhar novas significações. Em outros, haverá a substituição de usos antigos por novos usos. E, por fim, pode haver casos em que usos antigos se cristalizam e andam, lado a lado, com novos usos, novos objetos (SANTOS, 2004). De qualquer modo, objetos novos e antigos irão resultar numa dada configuração de objetos e ações dialeticamente ligados. É isso que determina a especificidade dessa área.

Ressalte-se, para terminar que, além dos usos residenciais, há também importantes unidades comerciais e de serviços nessa área. Isso de modo mais adensado na Av. Antônio Gomes de Medela (figura 5.2). Naturalmente, as vias arteriais terão certa predominância desses usos. Ademais, a proximidade com o Centro será fator importante para que se instalem nessa área diversos prédios comerciais, escritórios e supermercados, escolas, serviços públicos, entre outros.

e) Um quinto e último setor pode ser genericamente reconhecido pelas áreas de ocupação recente localizadas entre o **Jardim Floresta e Recanto dos Fernandes** (figura 5.2). Trata-se de um arco formado por uma nova expansão urbana que insiste em se aproximar da mata, uma área de preservação localizada a oeste dessa área. Embora haja grande generalização no agrupamento de todas essas terras, há vários aspectos relacionados aos seus usos que as identificam como grupo. São áreas de usos residenciais, predominantemente, com poucos prédios comerciais e de serviços, senão alguns localizados na Av. Alberto Pacini (figura 5.2). Assim como as áreas do Fátima-Altaville, também aqui o Plano Diretor (PMPA, 2008) as classifica como de baixa densidade, com boas condições ambientais e infraestruturais e de uso predominantemente formado por residências unifamiliares.

O fato de ser uma área de ocupação recente, ainda não totalmente povoada (figura 5.2), permitiu que sua ocupação fosse mais adequadamente planejada, graças, inclusive, a publicação do Plano Diretor do Município em 2008. Dessa forma, os instrumentos administrativos do poder público municipal, associados aos interesses de proprietários fundiários e dos promotores imobiliários culminaram para selecionar uma população de renda bastante elevada a se instalar nesse local (a tabela de valores de imóveis, anexo 06, define essa área como de alto e médio padrão). A proximidade com o Centro, a facilidade de acesso, as condições ambientais, entre outros fatores serão determinantes para o modo de uso dessa área.

Trata-se, enfim, de uma importante área de expansão urbana ainda próxima do Centro, mas não representando grandes extensões de terras, o que impede seu desmesuramento, inclusive por causa do dado físico-ambiental. Talvez seja exatamente isso, ou seja, a impossibilidade de grande quantidade de terras disponíveis para urbanização nessa direção da cidade, o fator mais importante a encarecê-las.

5.4.3 A fragmentação do território urbano de Pouso Alegre-MG

O território urbano não se apresenta como um tecido contínuo e perfeitamente arranjado. Primeiro porque, como afirma Lefebvre (2001), ele não se limita a sua morfologia. Fosse assim, seria perfeitamente possível medir, calcular e definir geometrias exatas para esse território. Mas não é esse o caso. Segundo porque, como materialização da vida de relações sociais, políticas e econômicas, ele irá expressar objetivamente e espacialmente essas relações. E, novamente, será improvável querer conferir certa simetria a tais relações. Objetos e ações não podem ser

entendidos apenas a partir de seus fatores condicionantes e temporalmente datados (SANTOS, 2004). Existe o fator histórico a ser considerado e as inter-relações que se estabelecem não apenas entre formas-conteúdos, mas entre os fatores em si.

Observa-se, portanto, a tendência à descontinuidade dos tecidos urbanos, sua fragmentação. E esse não é um fenômeno próprio dos espaços metropolitanos apenas, afirma Sposito (2004), mas das cidades em geral, incluindo-se as cidades médias. Existem aspectos condicionantes gerais desse comportamento que podem ser reconhecidos como, por exemplo, os transportes e as novas tecnologias de informação. Mas também os novos arranjos produtivos, mais flexíveis, e também cada vez mais fragmentados, podem explicar essa descentralização do tecido urbano (CARLOS, 2008).

Os novos papéis das cidades médias, em geral, e de Pouso Alegre, em particular, serão determinantes para alterar suas formas e seus conteúdos. Novas áreas de expansão serão produzidas, espaços em descontínuo, fragmentos de um território anteriormente compartilhado, áreas de adensamento e áreas de rarefação. Há direções mais evidentes de uma expansão, como também fragmentos urbanos isolados com vida cada vez mais independente. São peças urbanas, afirma Meyer (2006), frutos de uma cidade difusa, cada vez mais diluída, menos compactada. Para todos os efeitos, o que se observa atualmente é a ruptura na unidade territorial da cidade de Pouso Alegre. E esse comportamento, de acordo com Sposito (2010), expressa uma condição geral ou universal em termos de arranjo territorial urbano neste momento. Em primeiro lugar, continua a autora, o que se observa hoje é a mudança de uma situação de transição – entendida como um processo gradativo e ainda lento de expansão urbana, normalmente ligada a um contínuo de urbanização -, para uma situação de transitoriedade – representada pela aceleração das mudanças espaciais urbanas, pela rapidez da imposição de novas formas urbanas sempre mais distantes da cidade contínua.

Numa situação de transição fazia todo sentido o uso dos termos suburbanização ou periurbanização, por exemplo, pois se tratava de uma justaposição de novas áreas loteadas a um contínuo de urbanização. Mas numa situação de transitoriedade não, pois tais áreas não são incorporadas em contínuo e o ritmo em que isso é feito é bem mais acelerado. E quais as consequências dessa mudança? A mesma autora aponta quatro movimentos articulados, todos derivados dessa fragmentação do território urbano, quais sejam:

a) aumento do estoque de terras loteadas como urbanas, não ocupadas, já que a expansão territorial é maior que o crescimento demográfico; b) aumento dos preços dos imóveis, tanto porque a expansão territorial em descontínuo valoriza os imóveis, que estão relativamente mais próximos das áreas melhor equipadas, quanto pelo fato de que novos imóveis agregam novos produtos e se tornam comparativamente ‘melhores’; c) imóveis de médio e alto padrão tendem a ser vendidos para pessoas que já eram proprietárias de imóveis, em função dessa diferença de ‘qualidade’ oferecida e não mais, como ocorria anteriormente, quando eram adquiridos por quem não era proprietário; d) ampliação do contingente de pessoas que estão fora das possibilidades de solucionar o problema habitacional no âmbito do mercado (SPOSITO, 210, p. 133).

Em segundo lugar, observam-se novas combinações entre quantidade e qualidade na produção do espaço urbano como um todo, o que incide diretamente, tanto na extensão, quanto na intensidade do seu uso. E novamente, será no contexto da reprodução do capital que tais combinações se realizam. O que se observa, ainda conforme Sposito (2010), é a ampliação das escalas de produção do espaço urbano, e isso tanto economicamente, porque houve concentração de capitais e de empresas, quanto espacialmente. São novos investimentos, megaprojetos, determinantes para o desmesuramento do tecido urbano. Mas também o contrário, ou seja, o dado espacial será determinante para a reprodução desse capital, como também para sua concentração. A descontinuidade resulta dessa combinação entre espaço e capital, de um lado, capital e espaço, de outro. Nesse contexto, não apenas as áreas ocupadas serão importantes, como também e, sobretudo, os vazios urbanos, cada vez mais caros e seletivos.

De acordo com Sposito (2010), serão menores os custos da extensão do tecido urbano das cidades médias. As distâncias terão lógicas diferentes nessas cidades se comparadas às metrópoles, afirma. Por isso, continua a autora, a combinação entre quantidade e qualidade, tal como foi apresentada no parágrafo anterior, dá-se de modo diferente nessas cidades. De um lado, a diferenciação socioespacial vai se apresentar de forma mais híbrida. Não será incomum encontrar, por exemplo, segmentos sociais de médio poder aquisitivo nos mesmos espaços de vida dos segmentos sociais de alto poder aquisitivo. Contudo, paradoxalmente, a multiplicidade desses usos será menor nessas cidades. Em grandes cidades, por exemplo, as áreas de extensão serão mais fortemente marcadas pelas áreas residenciais fechadas, centros de eventos e negócios, *Shopping Center*, etc. Já nas cidades médias, haverá a predominância de usos residenciais. De

outro lado, haverá diferenças significativas em termos de extensão e intensidade da urbanização. Isso resultado, obviamente, da dimensão dessas cidades. Em termos gerais, não será possível a extensão do tecido urbano sem que as distâncias sejam relativizadas. Isso através dos transportes e das comunicações. E os interesses privados, sobretudo do mercado imobiliário, mas também dos proprietários fundiários, associados à ação do poder público municipal, serão determinantes nesse sentido. Obviamente, conclui a autora, as distâncias distinguem-se conforme o porte da cidade, daí o caráter diferencial no estudo desses territórios.

As áreas de extensão ou de extensividade (como quer SPÓSITO, 2004) do tecido urbano de Pouso Alegre podem ser observadas na figura 5.1. A partir do Centro e seu entorno podem ser identificados quatro fragmentos de expansão, com características diferentes e com capacidades de crescimento também diferentes. São eles: São João, Faisqueira, Belo Horizonte-Cidade Jardim e Setor ou Eixo Sul. Considerem-se esses fragmentos do tecido urbano, suas direções e as suas características como recurso didático para o passeio que se está realizando no interior desse território.

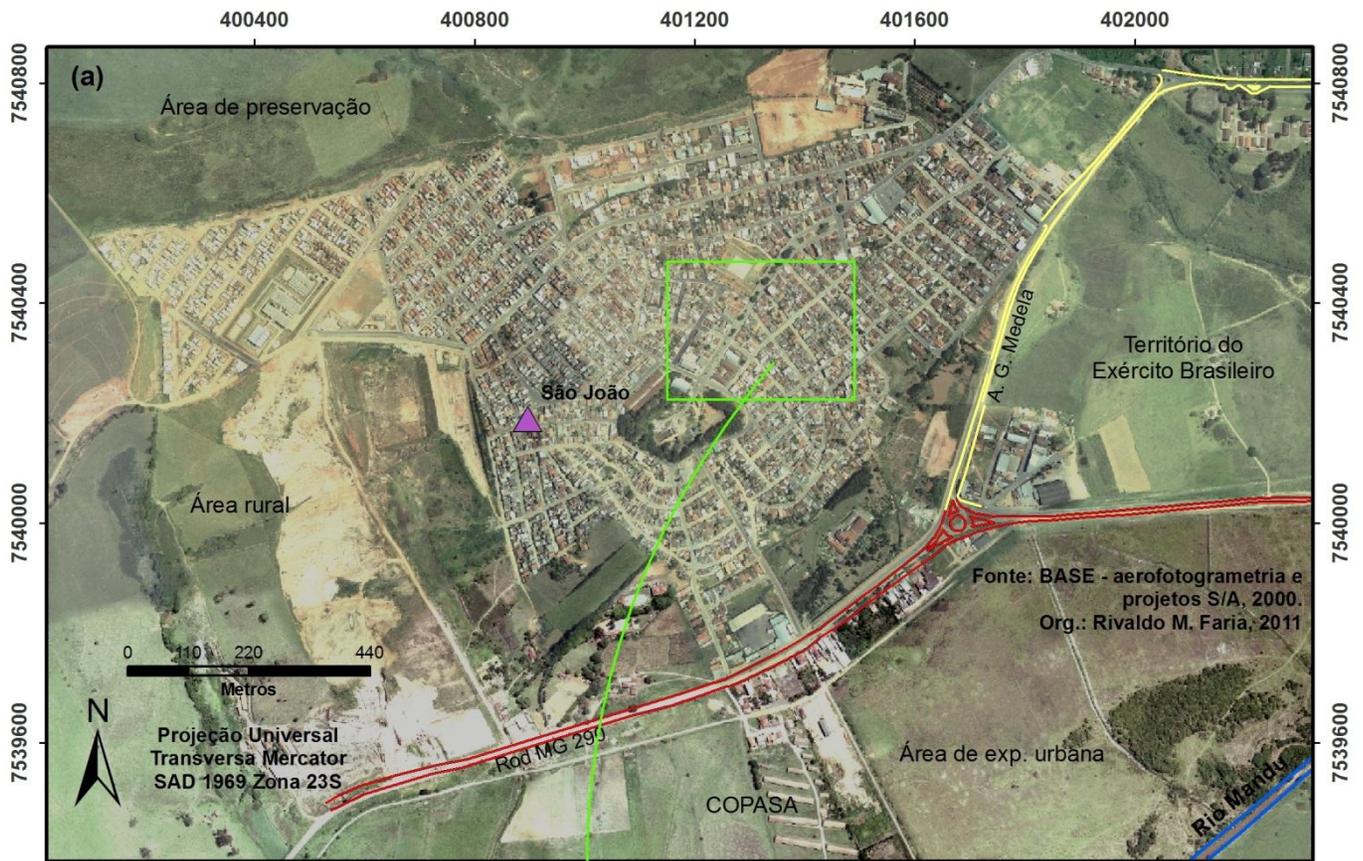
5.4.3.1 Eixo São João

O São João é um das primeiras áreas de expansão urbana de Pouso Alegre não diretamente ligada ao Centro (figura 5.5 (a) (b)). Um espaço de ocupação tradicional, predominantemente, com algumas áreas de uma expansão recente. Um estudo anterior (FARIA, 2008) o caracterizou como uma área de enormes carências sociais, sobretudo pela concentração espacial de doenças infecciosas como a diarreia aguda, por exemplo, uma patologia mais comum em áreas com precariedade em saneamento básico, acesso à água tratada, baixo índice de escolaridade, entre outros.

Posteriormente em Faria (2011)⁵³, num estudo encomendado pela Secretaria de Educação de Pouso Alegre-MG, observaram-se elevados índice de analfabetismo nessa área, com números variando entre 6% e 8%. Na faixa etária entre 25 e 64 anos foram encontrados índices variando entre 10% e 15% por setor censitário. O São João é a segunda área com a maior concentração de analfabetos no território urbano de Pouso Alegre, perdendo apenas para o São Geraldo, também uma área marcada por precariedades de diversos tipos, sobretudo ambientais.

⁵³ O trabalho a que se refere foi um relatório de pesquisa realizado por Faria (2011) para a realização do trabalho de erradicação do analfabetismo em Pouso Alegre. Embora ainda não publicado, tal trabalho foi protocolado na Secretaria Municipal de Educação e pode ser acessado na referida secretaria.

Figura 5.5: Imagem aérea do São João (a) em Pouso Alegre-MG e recorte fotográfico de uma área selecionada no seu interior (b)



Fonte: FARIA, 2012

A área que compreende o que se está chamando aqui de São João envolve vários bairros, quase todos localizados acima da rodovia MG-290 e da Av. Antônio Gomes de Medela, senão algumas residências localizadas próximas da Copasa (Companhia de Saneamento de Minas Gerais) e outras abaixo da Av. Antônio Gomes de Medela (figura 5.5 (a)). O Plano Diretor (PMPA, 2008) ainda determina que as terras localizadas à direita da unidade da Copasa sejam urbanizadas. Contudo, acredita-se, a proximidade com o Rio Mandu, parcialmente representado nessa figura, e o fato de se tratar de uma área de várzea inviabiliza a sua ocupação.

Ao norte, as áreas de preservação (continuação daquelas áreas de preservação localizadas a oeste do Jardim América e o Jardim Floresta e apresentadas na figura 5.2) impedem a expansão urbana nessa direção. E a oeste, um relevo mais íngreme, associado a sua condição ainda rural, desestimula a sua ocupação. Contudo, não são os aspectos naturais os fatores mais importantes a desestimular a ocupação e expansão urbana nessa direção. São as condições sociais de ocupação inicial e os seus valores os aspectos mais importantes.

De fato, se compararmos a expansão urbana na direção do São João com aquelas que se processam na direção do eixo Faisqueira, Cidade Jardim ou São Cristóvão (figura 5.1), o primeiro é, sem dúvida, uma área relativamente cristalizada desse território. Há, é verdade, pequenas tentativas de expansão, mas normalmente feitas pela população que reside ali mesmo, sem uma expressão espacial de grande impacto. Tanto é assim que estamos utilizando uma imagem datada de 2000 para representar essa área. Comparação feita com imagem mais recente mostra uma pequena alteração no tecido urbano nessa direção. Como a imagem de 2000 possui uma resolução melhor, preferimos fazer uso dela, pois não impactaria o estudo da área.

Não se trata, entretanto, de uma área inerte, ao contrário. Contudo, nesse caso, as formas espaciais herdadas terão forte impacto no modo como hoje as relações sociais, sobretudo econômicas, irão se processar. A histórica ocupação residencial por uma população de baixa renda (as características das residências visualizadas na figura 5.5 (b) parece atestar isso) conferiu a essa área condições infraestruturais bastante precárias (a tabela de valores de imóveis classifica os imóveis do São João como de baixo padrão, anexo 06). Ruas estreitas, residências antigas convivendo com novas residências, quase sempre pequenas e, não raro, improvisadas, falta de padronização no parcelamento dos lotes, condições ambientais precárias, entre outros. Vários fatores conjugados e historicamente herdados acabam tornando o preço da terra e dos imóveis relativamente mais barato nessa área; o que culmina, novamente, por atrair uma população de

baixa renda. Evidentemente, não se trata aqui de um determinismo das formas, se assim podemos nos referir. As relações sociais podem alterar esse ciclo de determinação, mas isso, quase sempre, na medida dos interesses capitalistas por essa área. Como existem terras ociosas em outras direções e interesses maiores na reprodução do capital imobiliário em certas direções, será “natural” que esse ciclo de determinação ocupacional no São João não se altere. Em outras palavras, a tendência é a acentuação da ocupação, seu adensamento, mas, por uma população de baixa renda.

O São João representa uma primeira fragmentação do território, uma primeira ruptura na unidade territorial da cidade de Pouso Alegre. Uma mancha urbana relativamente próxima do Centro e de fácil acesso. Por isso, como uma primeira explosão, acabou atraindo uma população incapaz de consumir as terras e imóveis próximas do Centro. Tratava-se, na verdade, de uma estratégia de vida naquele momento e ainda hoje é assim.

De acordo com Santos (2007a), formas espaciais têm forte relação com as condições de vida das pessoas e, inclusive, pode torná-las mais enriquecidas ou mais pobres, dependendo dos tipos de intervenções. Projetos de intervenção urbana feitos pelo Estado podem animar a iniciativa privada ou mesmo tornar a terra e, portanto, a renda, mais elevada para população que aí reside. Mesmo os investimentos na saúde, sobretudo na atenção primária, pode alterar o perfil territorial dessa área. O contrário também pode ocorrer, ou seja, a falta de investimento, de planejamento e de melhorias das condições sociais como um todo, pode fazer gerar um círculo vicioso da miséria, um território marcado pelas precariedades sociais de todo tipo (SANTOS, 1979b).

5.4.3.2 Eixo Faisqueira

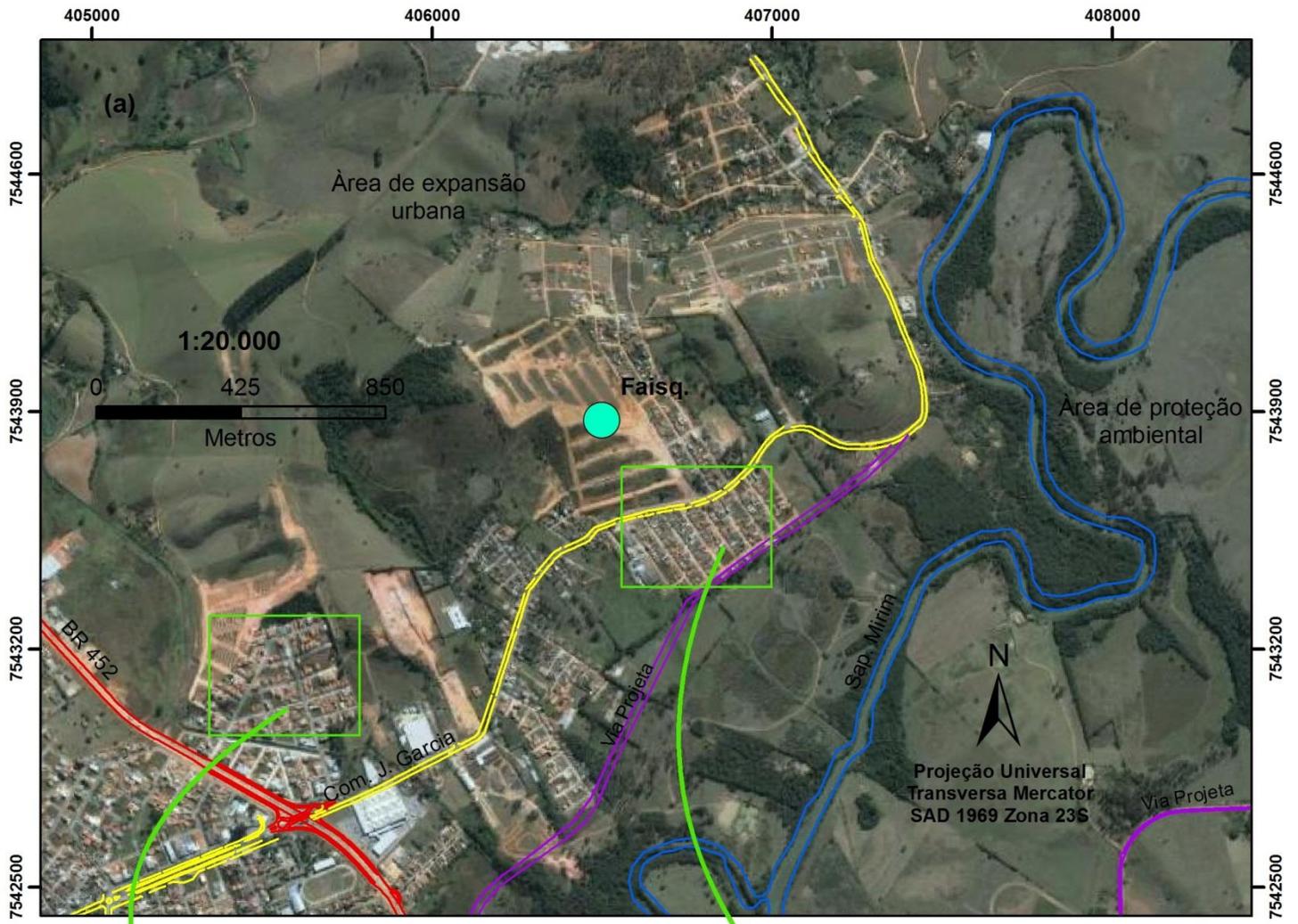
O setor Faisqueira também abrange vários bairros e se apresenta como uma extensão da mancha urbana de Pouso Alegre na direção nordeste (figura 5.6 (a)). Envolve o conjunto de terras de expansão ainda relativamente próximas do Centro. Uma avaliação poderia estabelecer uma comparação entre o São João e o Faisqueira, pois ambos se apresentam como uma primeira expansão desse tecido urbano, caracterizados predominantemente pelo uso residencial e alguns empreendimentos comerciais criados para atender uma demanda localizada. Assim como o São João, o setor Faisqueira se apresenta como uma área de ocupação popular formada predominantemente por uma classe social de renda mais baixa. Contudo, são áreas completamente diferentes, embora alguns usos possam ser associados. Em primeiro lugar,

observa-se maior heterogeneidade nos usos residenciais no Faisqueira (figuras 5.6 (b) e (c)). Em segundo lugar, há uma tendência ao desmesuramento do tecido urbano nessa direção (figura 5.6 (a)), o que leva a concluir que existem interesses imobiliários nessa área. Em terceiro lugar, as condições históricas de ocupação, a localização e os fatores condicionantes atuais são bem diferentes nas duas áreas.

Há dois indicativos importantes que explicam a maior demanda social por essas terras e o seu progressivo encarecimento, resultado dessa mesma demanda. O primeiro é a presença de áreas loteadas e a enorme extensão dessas terras dedicadas à expansão urbana nessa direção (figura 5.6 (a)). Isso é um indicativo importante do interesse imobiliário na comercialização de lotes para uma população não apenas de baixa renda, mas também de média e até mesmo alta renda. O segundo indicativo é marcado pela ação do Estado, seja permitindo e regularizando essa expansão, seja financiando suas construções em muitos casos. Ou ainda, seja criando expectativas de projeto de longo prazo, como é o caso da via projetada nessa área (figura 5.6 (a)). Ora, se existe a projeção para construção de uma via nessa direção, é porque existe interesse na sua urbanização.

É facilmente reconhecido nesse setor as áreas de ocupação tradicional e as áreas de nova ocupação. As primeiras se concentram abaixo da Av. Antônio Scodeler (ou Comendador José Garcia como vem sendo denominada aqui), na proximidade com o Rio Sapucaí Mirim (figura 5.6 (a) (c)). Há também usos residenciais tradicionais acima dessa via, mas são pequenos fragmentos, menos representativos. As residências tradicionais serão representadas predominantemente por uma população de menor renda (os imóveis dessa área, por exemplo, são definidos como de baixo padrão, anexo 06). O encarecimento das terras próximas do Centro será, novamente, um dos fatores a explicar a expansão urbana nessa direção. Além disso, as condições ambientais dessas áreas de ocupação tradicional são relativamente precárias, sobretudo no período das cheias, quando o rio transborda e atinge essas casas. Não por acaso, a via projetada apresentada na figura 5.6 (a) deverá ser construída sobre um dique de contenção a ser construído para evitar que essas casas sejam inundadas nesse período (UNIFEI, 2010).

Figura 5.6: Imagem de satélite do Setor Faisqueira (a); e recortes fotográficos de duas áreas selecionadas no seu interior (b - c)



Fonte: Google Earth, 2010.
Org. e adaptação: Rivaldo M. Faria, 2012



Fonte: FARIA, 2012

As áreas de nova ocupação são representadas por melhores condições infraestruturais. Além disso, o movimento que se faz pelo parcelamento dessas terras, pela sua urbanização, tende a encarecê-las, o que, por sua vez, acaba por “selecionar” uma população de renda um pouco mais elevada a se instalar nesse local. Não por acaso, as áreas de expansão imediatamente próximas da rodovia BR-452 (figura 5.6 (b)) são também denominadas como Fátima (relembre-se que o eixo Fátima-Altaville foi caracterizado como de alto poder aquisitivo). Novamente, a acessibilidade ao Centro será um fator importante nesse sentido, além das condições favoráveis à reprodução do capital no setor imobiliário nessa direção.

Além dos usos residenciais diversos, esta área compreende também alguns usos industriais de médio porte, mas também importantes. Empresas de produção de cerâmica, adubo, um hipermercado, entre outras. A proximidade com a rodovia BR-452 será também determinante para esse tipo de uso, além, é claro, das facilidades postas devido à proximidade dessa área com o Centro da cidade. Há também pequenas unidades comerciais e de serviços, quase todas criadas para atender uma demanda interna a este local.

Assim como as demais áreas, os usos do Faisqueira serão múltiplos, mas há peculiaridades históricas e espaciais que conferem especificidades para a reprodução do capital, sobretudo do capital imobiliário. Existem também condicionamentos geográficos atuais, como, por exemplo, a projeção de uma via arterial, a construção do dique de contenção das águas do Rio Sapucaí Mirim e a aprovação de terras a serem urbanizadas nessa direção.

5.4.3.3 Eixo Belo Horizonte-Cidade Jardim

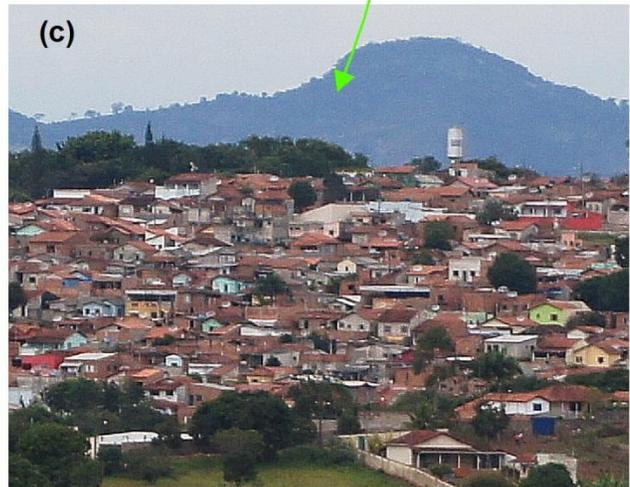
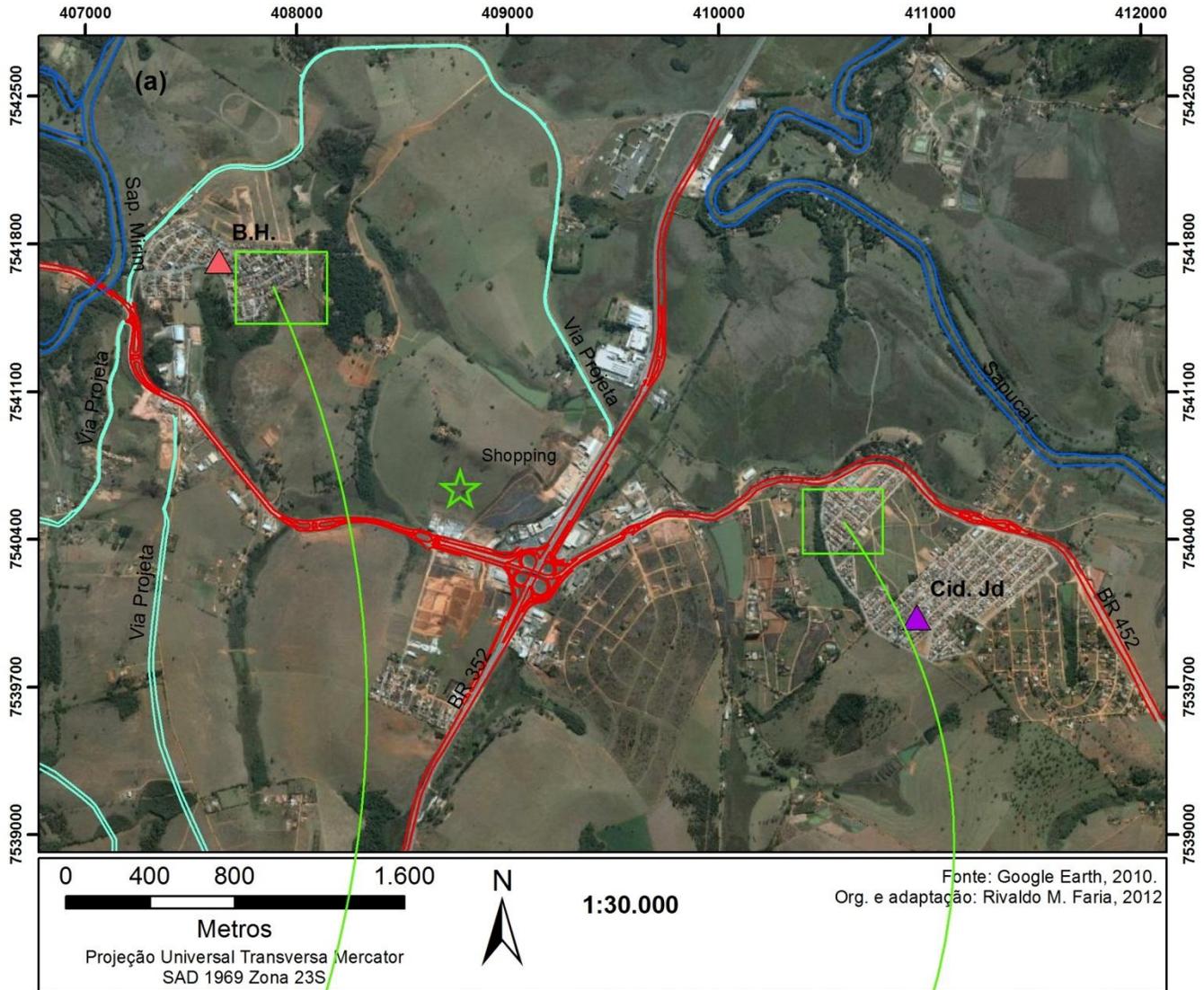
O setor ou eixo Belo-Horizonte-Cidade Jardim envolve o conjunto de ocupações urbanas próximas da confluência entre as rodovias BR-452 e BR-352 (Fernão Dias), figura 5.7 (a). É uma área extensa e descontínua, formada por duas ilhas de ocupação mais expressivas (representadas pelos bairros Belo Horizonte e Cidade Jardim) e pequenos fragmentos urbanos de menor expressão areal. Pode-se perguntar por que essa área está sendo pensada como uma unidade territorial, e não como duas ou três áreas de menor dimensão. Evidentemente, não se trata de um contínuo de urbanização e nem mesmo se pode falar em homogeneidades nessa área. Cada um desses fragmentos urbanos terão especificidades históricas na sua produção e usos variáveis conforme essas especificidades. Mas, há também aspectos que podem ser facilmente associados, relações sociais urbanas que parecem se estender a essa área como um todo.

Belo Horizonte e Cidade Jardim expressam visivelmente a fragmentação do território urbano de Pouso Alegre, o demesuramento do seu tecido. De fato, diferente das demais áreas, estas se apresentam desconexas, sem contato com o tecido urbano contínuo do Centro. E como fragmentos, tais áreas precisam ganhar vida própria (sobretudo no que se refere às relações sociais cotidianas), embora não possam ser pensadas independentemente do todo que lhes dá existência, ou seja, das relações sociais urbanas num dado momento histórico. E é exatamente sob o ponto de vista histórico que se encontra o dado mais importante que levou a pensar tais áreas como uma unidade ou um eixo, como se vêm trabalhando didaticamente aqui.

Diferente das áreas de expansão urbana do São João e do Faisqueira, cujos processos evidenciam uma primeira explosão do Centro, uma primeira fragmentação do território, a área compreendida pelo eixo Belo Horizonte-Cidade Jardim deve ser pensada como uma expansão urbana de última ordem, uma expansão mais recente. Em outras palavras, se nas duas primeiras houve uma ocupação tradicional, cujas formas e processos têm enorme importância no modo como as relações sociais urbanas irão se projetar hoje, esta última se apresenta como uma área de nova expansão. Nesse caso, o caráter diferencial dos usos nessa direção está relacionado com as rugosidades do território, ou melhor, com a ausência de rugosidades mais efetivas ou efetivadas. Nesses locais, tais rugosidades serão representadas, principalmente, pelas formas naturais, senão por esparsas ocupações rurais com pequena capacidade de influenciar os modos de uso desse território hoje. Por isso, em geral, as formas urbanas irão se processar mais livremente, substituindo as formas precedentes por novas formas, representadas, em síntese, por novos usos.

Além do dado histórico ou da herança histórica das formas e das divisões do trabalho superpostas como rugosidades no território, apresenta-se também o dado locacional. De fato, a localização distante do Centro, de um lado, e a proximidade com as principais vias de circulação urbana, de outro, serão determinantes dos usos do território urbano nessa direção. E nesse sentido, há dois importantes aspectos a serem considerados e ambos têm relação com a questão da acessibilidade.

Figura 5.7: Imagem de satélite do eixo Belo Horizonte-Cidade Jardim (a) e recortes fotográficos de duas áreas distintas no seu interior (b - c)



Fonte: FARIA, 2012

Em primeiro lugar, a localização privilegiada num ponto de entroncamento de grandes vias (figura 5.7 (a)) será determinante para a realização de grandes investimentos ou empreendimentos de grande porte nessa direção da cidade. Evidentemente, uma das razões para a realização desses investimentos está relacionada com a acessibilidade, ou seja, a facilidade em termos de locomoção. Não por acaso, as terras imediatamente próximas das referidas rodovias já são selecionadas para essa finalidade no Plano Diretor (PMPA, 2008), vimos isso no terceiro capítulo. Por isso, nessa área podem ser encontradas indústrias de médio e grande porte, restaurantes, concessionárias, clubes e outros.

Destaque deve ser dado à construção, já em andamento, do novo *shopping* da cidade. É um empreendimento que vem confirmar o papel de Pouso Alegre como centro de comércio regional importante. A projeção dada pela mídia local e pela empresa responsável (SERRASUL, 2012) é que este será o maior *shopping* do Sul de Minas e um dos maiores do Estado. Excetuando-se alguns possíveis exageros midiáticos e discursos políticos bastante incrementados, não se pode negar que tal projeto interfere diretamente no território, especialmente na proximidade do local de sua instalação (figura 7 (a)).

Veja-se que todos esses empreendimentos de grande porte se beneficiam do dado locacional, não raro, com o auxílio do poder público, seja na modernização dessas vias ou através de instrumentos políticos de diversas naturezas. Contudo, essa influência positiva para as empresas, pode ser negativa para as pessoas, para os residentes dessa área. Esse é o segundo aspecto de que se falava.

Os usos residenciais nessa direção da cidade são representados, quase homogeneamente, por uma população de baixa renda (figuras 5.7 (b) e (c)) (a Tabela de Valores de Imóveis classifica os imóveis dessas áreas como de baixo padrão, anexo 06). E o que isso tem haver com a localização e a distância? Ora, a localização, nesse caso, tem relação direta com a incapacidade para boa parte da população em adquirir um imóvel mais próximo do Centro. Obviamente, afirma Carlos (2008), a localização das pessoas na cidade depende da sua capacidade de comprar a terra. A constituição do território urbano expressa, em síntese, essas diferentes localizações dadas pelas diferentes capacidades de consumo. Quanto à distância, sua medida é dada novamente pela capacidade dessa população em se locomover no território. Evidentemente, a distância não é um dado físico, mas econômico e social. Ela será tanto menor quanto maior a capacidade da pessoa ou grupo se locomover (SPÓSITO, 2004). Contudo, para uma população com menor capacidade

de se locomover, a distância física será um complicador, um dificultador para o acesso. É isso que explica o adensamento humano cada vez maior em áreas como o São João, por exemplo, pois que está fisicamente mais próximo do Centro.

Dessa forma, os usos do território pela população residente no eixo Belo Horizonte-Cidade Jardim expressa, de um lado, sua incapacidade de consumir o território mais próximo do Centro e, de outro, sua dificuldade de se locomover nesse território. De qualquer modo, será a capacidade de consumo o fator explicativo mais importante e a dificuldade de acesso seu resultado mais objetivo. Evidentemente, tal afirmação se apresenta como uma generalização. Há usos residenciais variados, embora predomine os de baixo status social. Além disso, existem outros fatores condicionadores dessa ocupação, como o dado político, por exemplo.

Em Faria (2008) já havia sido apontado o processo histórico de urbanização do fragmento representado pelo bairro Cidade Jardim. Na época, final da década de 1990, uma política municipal para resolver a questão habitacional em Pouso Alegre (na verdade, travestida de uma tentativa, diga-se, frustrada, de resolver a questão problemática da ocupação irregular de áreas de alagamento no bairro São Geraldo), levou o poder público à doação de lotes e financiamento de casas populares na área onde hoje está assentado o referido bairro. Dessa forma, criou-se uma estrutura política e financeira para tornar possível o assentamento dessas famílias nessa área. E isso se apresentou positivamente para as pessoas e também para algumas empresas interessadas nesse investimento público. Também para as indústrias instaladas nessa área ou mesmo no Distrito Industrial isso se apresentou favorável, pois significava uma mão de obra abundante, barata e acessível.

O Estado municipal é um agente duplamente fomentador, nesse caso, pois, se de um lado, cria estruturas locacionais favoráveis às empresas, de outro, cria políticas habitacionais para as pessoas. Há ainda interesses empresariais, também imobiliários, além das estratégias de sobrevivência por uma população de baixa renda. Em suma, os usos do território urbano materializam as ações desses diferentes agentes, com destaque, nesse caso, para a atuação do Estado.

Finalize-se ressaltando a tendência à expansão urbana nessa direção da cidade. A presença de inúmeros loteamentos prontos para serem comercializados é uma prova disso, sobretudo na proximidade do bairro Cidade Jardim (figura 5.7 (a)). Também as vias projetadas denotam certo interesse do Estado em tornar essa uma terra urbanizada. Por isso, o Plano Diretor (PMPA, 2008)

a caracteriza como uma área de expansão urbana. Não é por acaso que se fomentou a construção do *shopping* nesse local, evidentemente.

5.4.3.4 Eixo sul

O que se está chamando de eixo ou setor sul envolve uma grande quantidade de bairros de dimensões variadas e processos históricos de ocupação também variados. Esta é a maior área de expansão urbana da cidade Pouso Alegre, um braço imenso de ocupação que se estende do São Geraldo ao Distrito Industrial e envolve áreas como a do Foch, Mariosa, Santa Rita, São Cristóvão, Jatobá e Morumbi (figura 5.8). O último censo demográfico (IBGE, 2010) somou mais de 43 mil habitantes nessa área, o que representa quase 40% da população urbana de Pouso Alegre.

O que levou a pensá-la como um conjunto são as características da urbanização nessa direção: grandes empreendimentos industriais acompanhadas de grandes intervenções infraestruturais pelo Estado; novas frentes de ocupação e de urbanização impulsionadas pelos interesses imobiliários de grandes empresas; enormes loteamentos populares construídos graças às novas formas de financiamento públicos e privados cada vez mais acessíveis; produção de áreas condominiais de alta e média renda; formação de uma nova (ou novas) centralidade (s), um processo ainda inconcluso, mas em desencadeamento; descentralização de comércios e serviços para atender um mercado consumidor em crescimento; entre outros. Em síntese, essa é uma área de grandes interesses: i) para as empresas industriais, porque possui uma infraestrutura física instalada e uma mão de obra farta; ii) para as empresas comerciais de diversos tipos, porque possui um mercado consumidor importante; iii) para o Estado, pois significa um ideal de desenvolvimento econômico e iv) para as pessoas, pois é um modo de se ter acesso mais barato ao imóvel. Enfim, essa é uma área onde o capital encontra ótimas condições urbanas e territoriais para se reproduzir em Pouso Alegre hoje.

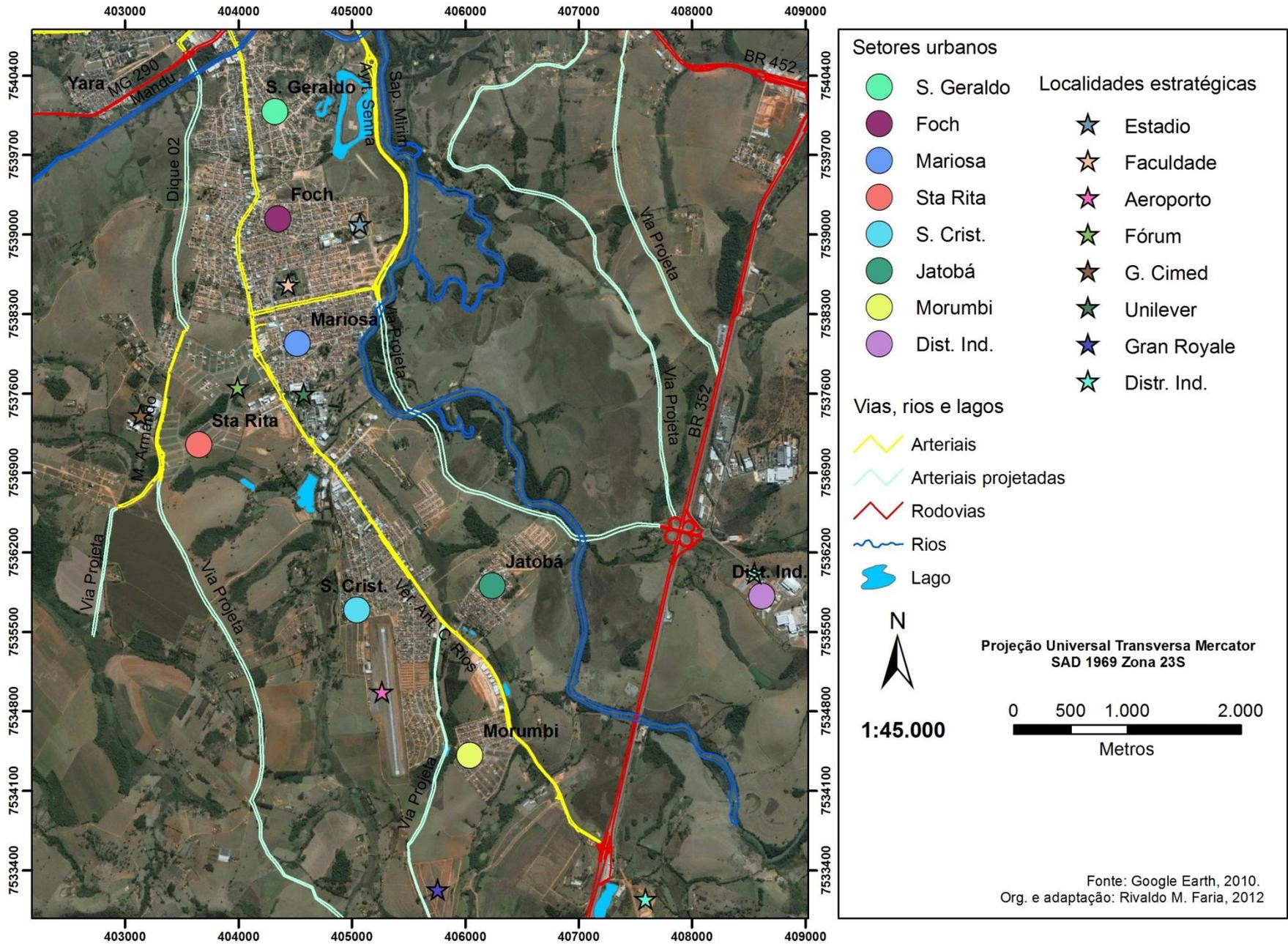
Contudo, conforme Carlos (2008), a reprodução do capital não apenas recria constantemente as condições de sua própria reprodução, mas também as contradições que lhe são inerentes. A capacidade de reproduzir (e acumular) o capital não será a mesma para as empresas e para as pessoas. Além disso, na medida em que a economia urbana se desenvolve, grandes interesses são postos em jogo. De acordo com Sposito (2004), a expansão do território urbano não se faz mais apenas por pequenas iniciativas individuais, pequenos empreendimentos. Aliás,

esse é, inclusive, um dos fatores explicativo mais importante para a rápida expansão desse tecido urbano e sua fragmentação, continua a autora.

Fato é que as localizações das pessoas e das empresas irão expressar objetivamente as diferentes capacidades de reproduzir e acumular esse capital. Entretanto, tais localizações não podem ser descritas apenas, enumeradas tendo em vista uma classificação de usos e lugares. Não apenas as localizações se explicam no contexto da reprodução desse capital, mas as inter-relações entre localizações e os seus usos. De fato, não se trata apenas de apontar os locais onde estão presentes os usos industriais, por exemplo, mas, como tais usos interferem nesse território como um todo.

De um lado, apresenta-se o contexto histórico de produção desse território, objetos inscritos em outros períodos e que interferem no modo como as ações irão se projetar hoje. Mesmo o dado natural - a proximidade com os rios, a presença de áreas de reserva - será um importante delimitador das localizações desses usos. Cita-se, como exemplo, a construção do Distrito Industrial na década de 1990. Como forma e como uso, sua localização determina outras formas e outros usos nessa direção. Nesse mesmo sentido se podem enumerar as vias de ligação, a presença do aeroporto, áreas de lazer, entre outras. De outro lado, apresentam-se os agentes produtores desse território hoje. Os usos são feitos pelas empresas, pelo Estado, pelas pessoas ou grupos. São diferentes agentes, com diferentes expectativas e capacidades de interferir na produção e uso do território. Não há separação entre eles, mas entrelaçamento e inter-relacionamentos (CORRÊA, 1995). Entretanto, existem especificidades em suas estratégias e suas ações se materializam de modo diferente. As pessoas querem morar e consumir, as empresas querem produzir e vender e o Estado precisa intercambiar tudo isso. Mas o Estado pode também se mover de um lado ou de outro, entre as expectativas de um agente ou de outro, isso não é incomum. Evidentemente, os agentes produtores do território urbano, sejam eles promotores imobiliários, proprietários fundiários, empresários e comerciantes ou grupos sociais, são os mesmos agentes do Estado, pois, como uma construção democrática, todos podem participar (CORRÊA, 1995).

Figura 5.8: Imagem de satélite do Eixo Sul: vias arteriais, setores urbanos e algumas localidades estratégicas



A ação do Estado será determinante dos modos de usos do território. Afinal, a ele compete definir o que será urbanizado ou não. As direções do tecido urbano são determinadas, em grande parte, pela existência de vias de ligação criadas e projetadas pelo Estado. Não é por acaso que essa imensa área de expansão urbana se estende nessa direção. A proximidade com a rodovia Fernão Dias será determinante nesse sentido, mas também a via arterial Vereador Antônio da Costa Rios (figura 5.8). As localizações das infraestruturas de diversos tipos, quase todas criadas pelo Estado, irão determinar os tipos de usos residenciais ou ainda as localizações de empreendimentos comerciais e industriais como é o caso, por exemplo, do aeroporto (figura 5.8).

Ao Estado compete regular os usos, o que é feito no Plano Diretor (vide figura 3.5, terceiro capítulo). Mas tal regulação não é algo simples. Uma área definida como de empreendimento de porte, por exemplo, pode interferir em todo o desencadeamento urbano na sua proximidade. Evidentemente, tudo depende do tipo de empreendimento de porte a ser instalado. A implantação de um shopping como o que será feito na área do Belo Horizonte-Cidade Jardim terá implicações territoriais bem diferentes da implantação de uma indústria automobilística noutra área. De qualquer modo, haverá sempre alguma implicação.

Acredita-se que nessa área compreendida como eixo sul o papel do Estado tem sido mais vigoroso e mais determinante dos modos de usos. Grandes empreendimentos vêm sendo feitos nesse local, todos objetivando, em síntese, a urbanização dessas terras, o desenvolvimento urbano. Há alguns travestidos de discursos ambientais, como a construção de diques para conter as enchentes (UNIFEI, 2010). Mas, em cima dos diques serão construídas vias de acesso rápido. É difícil saber exatamente até que ponto o dique será importante para conter a água ou para conter os reclames dos empresários. Mas, há outros empreendimentos travestidos de discursos modernizadores, como é o caso da projeção de vias arteriais integrando essa área ao Centro da cidade (figura 5.8). A construção da Avenida Ayrton Senna (ainda a ser concluída) e o dique 02, onde será instalada outra avenida arterial (localizada a oeste do bairro São Geraldo), são exemplos de grandes empreendimentos. Cita-se ainda a construção do Estádio Manduzão, a modernização das vias de acesso e a ampliação do Distrito Industrial (figura 5.8). Em sua maior parte são projetos ligados à modernização do transporte intraurbano, o que indica a preocupação do poder público em tornar essa uma área viável aos investimentos de diversos tipos, sobretudo industriais e imobiliários.

Juntamente com o Estado e interferindo muitas vezes na decisão deste, estão os promotores imobiliários. Já não são apenas pequenos empreendimentos imobiliários. Os tipos de usos residenciais serão determinados pelas condições econômicas das pessoas. Esse será o critério seletivo mais importante para o acesso. Mas, são os promotores imobiliários que determinam, a partir do tipo de demanda, os seus valores e tipo de ocupação. Promotores imobiliários vão produzir, afirma Corrêa (1995), para atender uma demanda solvável primeiramente. É uma questão de mercado, evidentemente. Mas, também irão interferir politicamente para tornar solvável aquela demanda não solvável, pressionando o Estado para oferecer financiamentos.

Os agentes imobiliários atuam solidariamente com os proprietários fundiários. Se a expansão urbana se faz mais densa nessa direção da cidade é porque há interesses imobiliários, de um lado, e terras disponíveis a serem comercializadas, de outro. O modo como essas terras serão comercializadas e ocupadas irá depender das estratégias desses agentes, cuja produção pode ser feita para atender uma população de alta renda ou não. As diferenças nos usos residenciais derivam, principalmente, do modo como são comercializadas essas terras. A área residencial do bairro Santa Rita (figura 5. 8), por exemplo, é uma ocupação feita por uma população de renda elevada. Diferente ocorre com as terras compreendidas pelo Morumbi e Jatobá, cuja ocupação se faz por uma população de menor renda. E há aqueles locais de ocupação residencial por uma população de classe média, como as áreas do bairro Mariosa, por exemplo (isso pode ser parcialmente comprovado pela classificação dos valores dos imóveis, anexo 06). Evidentemente, essa separação racional dos usos residenciais é uma falácia em muitos casos. Não será incomum a mistura de usos, sobretudo entre usos residências de baixo padrão e médio padrão, de um lado, e de médio padrão e alto padrão, de outro. De acordo com Corrêa (1995), quanto mais elevada a renda da população mais homogêneo é o espaço ocupado, e o contrário também é verdadeiro, ou seja, áreas de ocupação de baixa renda terão certa homogeneidade. Contudo, a passagem, o intermediário é bem mais complicado. É nesse caso que usos de médio padrão se misturam com os de baixo padrão, assim como também pode ocorrer certa mistura de usos residenciais de médio padrão com os de alto padrão.

Outro fator decisivo para essa mistura de usos residencial é a ocupação tradicional. Áreas de ocupação mais antiga como o Foch (figura 5.8), por exemplo, podem ser ressignificadas por uma nova ocupação. A demanda cada vez maior pode fazer afluir uma população de alta renda

numa área tradicionalmente tida como de baixa renda ou o contrário também pode acontecer. Tais áreas conviverão com uma sobreposição de formas-conteúdo historicamente herdadas, o que torna o tecido urbano mais denso e diverso nesses locais.

Outro importante agente produtor do espaço urbano, cuja ação se expressa de modo mais evidente nessa direção da cidade, são os donos dos meios de produção (CORRÊA, 1995), aqui representados pelos sujeitos da produção industrial e comercial de grande impacto. De acordo com o autor supracitado, as ações dos donos dos meios de produção vão se chocar com os interesses imobiliários, pois as instalações industriais impactam negativamente o valor dos imóveis na sua proximidade. Por isso, continua o autor, áreas residenciais de renda elevada são normalmente instaladas distantes das áreas industriais, ao passo que as áreas residências de baixa renda são instaladas na proximidade de tais indústrias. Veja-se o Distrito Industrial em Pouso Alegre (figura 5.8) e os bairros mais próximos como o São Cristóvão, Jatobá e Morumbi para se confirmar isso.

Contudo, outras variáveis podem interferir nesse processo. É possível encontrar, por exemplo, grandes empresas instaladas no interior dessa mancha urbana, como é o caso da Unilever Brasil (empresa do ramo alimentício) e do Grupo Cimed (empresa do ramo farmacêutico) (figura 5.8). Tais indústrias parecem não impactar negativamente os usos residenciais imediatamente próximos. Tanto é assim que na proximidade da Cimed está localizada uma área residencial de renda elevada, representada por toda a área do bairro Santa Rita (figura 5.8). Também na proximidade da Unilever não são encontrados usos residenciais de baixa renda. Esclareça-se que essas indústrias foram instaladas há certo tempo em Pouso Alegre, antes desse crescimento urbano acelerado nessa área. Talvez isso explique a convivência entre usos industriais e residenciais tão próximos.

Por fim, ressalte-se a importância das ações dos grupos sociais excluídos, representados, em síntese, por aqueles incapazes de adquirir seu imóvel (CORRÊA, 1995). Nesse eixo, a ação desses agentes será determinante para a ocupação das terras próximas dos rios Mandu e Sapucaí Mirim, grande parte delas representadas por uma ocupação ilegal. É o caso do São Geraldo (figura 5.8), sobretudo na área compreendida entre a Avenida Vereador Antônio da Costa Rios e a Avenida Ayrton Senna.

Esclareça-se que a ação desses agentes não é nunca isolada e mesmo que a intencionalidade esteja relacionada a um fim específico, relacionada aos anseios de cada agente,

irá sempre interferir nos usos do território como um todo. Além disso, não se pode perder de vista as ações desses agentes em suas diversas escalas. Novamente, recorde-se o papel das forças exógenas e endógenas na produção do território (SANTOS, 2004). Agentes ligados à produção industrial, por exemplo, terão suas ações e seus usos mais fortemente influenciados pelas lógicas exógenas, haja vista que sua produção não se faz apenas para um mercado local. Quase sempre essas empresas estarão condicionadas por uma dinâmica de mercado globalizado. Também o Estado e suas leis, embora se realize localmente, será fortemente influenciado pela dinâmica política e econômica global. O mesmo se dá com os agentes imobiliários ou ainda com os grupos sociais excluídos.

A discussão empreendida até aqui em relação a esse eixo de expansão urbana leva a considerar algumas áreas específicas, com características derivadas das estratégias postas em práticas por esses agentes. A identificação de tais áreas é novamente um recurso didático, não se quer pretender caracterizá-las com algumas linhas, seria uma pretensão. Ademais, não se quer com isso dizer que tais áreas configuram homogeneidades em termos de uso. São heterogêneas, evidentemente. Um olhar no seu interior poderia permitir novos recortamentos, em novas dimensões. Como se está olhando num contexto, sem preocupação com detalhes (necessários, diga-se, para empreender o planejamento e a gestão urbana), nos permitiremos tal apontamento.

a) São Geraldo

Os usos do território urbano da área compreendida pelo São Geraldo foi tema da nossa pesquisa de mestrado (FARIA, 2008). Naquela época, foi feita uma caracterização geral do território urbano de Pouso Alegre, mas essa área se apresentava como um estudo de caso. Embora tenham transcorrido quatro anos desde então, parece não ter havido grandes alterações na forma e na função urbana nesse local. Por isso, acredita-se, seria desnecessário retomar questões já trabalhadas anteriormente. Considerem-se, dessa forma, apenas algumas questões gerais sobre esses usos. Recomenda-se ao leitor interessado acessar o referido trabalho.

O São Geraldo é uma das áreas de mais antiga ocupação da cidade de Pouso Alegre. Sua história caminha de mãos dadas com a história da cidade e da região e seus usos materializam a dinâmica dessa mesma história. É uma área de ocupação residencial de baixo status social, um território de ocupação irregular em grande parte, com condições naturais adversas representadas

pelos constantes eventos de alagamentos causados pelo transbordamento dos rios Mandu e Sapucaí Mirim (figura 5.8 e 5.9).

Entre o São Geraldo e o Centro de Pouso Alegre estão alguns metros apenas, basta atravessar a rodovia MG-290 (a perimetral, como é chamada em Pouso Alegre). O que os liga é a Av. Vereador Antônio da Costa Rios (a mesma que está alagada na figura 5.9), ainda a principal via arterial dessa cidade. O São Geraldo é um local de passagem, uma ponte estrategicamente posicionada entre o Centro e às demais áreas de expansão urbana ao sul. Sua existência e seus usos não podem ser explicados sem que se considere sua localização (figura 5.8).

A proximidade com o Centro será fator decisivo para ocupação e permanência da população nesse local, contrariando as condições ambientais e sociais adversas. Mesmo as tentativas políticas de remanejamento dessa população através de incentivos de diversos tipos, como o mencionado caso de doação de lotes e financiamento de casas populares no bairro Cidade Jardim, não foram capazes de desocupar essa área. Obviamente, tal proximidade será fator importante para o acesso aos serviços urbanos concentrados no Centro.

Também no São Geraldo, as rugosidades exercerão papel importante no modo ele irá se inserir na atual divisão territorial do trabalho dessa cidade. Suas formas resultam do processo histórico de ocupação por uma população de baixa renda, predominantemente: ruas estreitas e mal planejadas, muitas ainda sem calçamento; lotes recortados em dimensões variadas; casas improvisadas; falta de infraestrutura, sobretudo naquelas áreas não legalizadas onde os serviços de saneamento são improvisados; entre outros. Todos esses fatores acabaram por produzir um cenário geográfico peculiar, dificilmente alterável com políticas de curto prazo.

Por todas essas razões, o São Geraldo concentra índices extremamente negativos quando relacionados às suas condições sociais. Em Faria (2011) foram encontradas, por exemplo, elevadas taxas de analfabetismo nesse local, as maiores da cidade. Também as condições de saúde são marcadas por elevadas taxas de mortalidade, natalidade e prevalência de inúmeras doenças infecciosas (FARIA, 2008). Isso torna relativamente fácil estabelecer o recortamento dessa área e o delineamento do seu perfil. Nesse local parece prevalecer a ponderação dada por Corrêa (1995) e mencionada anteriormente de que áreas de carência social apresentam certa homogeneidade socioespacial.

Para contrariar um pouco essa máxima, mas sem discordar totalmente dela, é possível encontrar variações nos usos do território no interior do São Geraldo. Na proximidade da Av.

Vereador Antônio da Costa Rios (figura 5.8), por exemplo, irão prevalecer usos comerciais. E isso é explicável exatamente pelo papel dessa via como uma ligação intraurbana importante. Por outro lado, as áreas mais próximas da Lagoa da Banana (localizada na proximidade da Av. Ayrton Senna, figura 5.8) serão representadas pelas frações sociais mais carentes, além de serem os locais mais suscetíveis a eventos de alagamento (FARIA, 2008).

O São Geraldo irá ainda expressar objetivamente a expansão urbana na direção sul, e isso, de modo especial, em relação ao transporte intraurbano. Até recentemente, apenas a Avenida Vereador Antônio da Costa Rios fazia a ligação entre de todas essas áreas de expansão urbana e o Centro. Com o crescimento demográfico e o desenvolvimento urbano, há a saturação da capacidade dessa via para escoar carros, pessoas e produção.

Figura: 5.9: Recorte fotográfico da área urbana do São Geraldo, Pouso Alegre-MG, em evento de alagamento



Fonte: Bonillo, 2000 (adaptação: FARIA, 2012)

Por isso, dois grandes projetos de intervenção urbana foram implantados nessa área, ambos imbuídos de discursos ambientalistas, mas com perfil muito mais progressista. O primeiro se deu com a criação do dique 01, onde hoje está instalada a Avenida Ayrton Senna (ainda inconclusa) (figura 5.8). Houve toda uma alteração do canal fluvial do rio Sapucaí Mirim para isso e a produção de uma imensa lagoa à esquerda do mesmo dique. O segundo está em processo

de implantação, com a construção de mais um dique (dique 02), em cima do qual será novamente instalada uma via arterial importante. Não se pode negar a importância de tais diques para se resolver a questão das frequentes inundações nessa área. Também não se pode relativizar a importância social de tais vias de circulação a serem construídas sobre esses diques. São dois objetivos importantes, com cunho social e ambiental relevantes. Evidentemente, todo um projeto de engenharia foi feito para que tais diques cumpram seus papéis (UNIFEI, 2010), e os problemas relativos ao transporte intraurbano foram devidamente equacionados. Contudo, não se deve perder de vista também os impactos territoriais de tais empreendimentos e os demais objetivos a que se prestam, como, por exemplo, a de dar suporte ao crescimento urbano na direção sul da cidade. Outra questão importante é saber até que ponto tais projetos interferem positiva ou negativamente no São Geraldo, especificamente. Uma coisa é cumprir a sua função físico-ambiental, outra é resolver a questão socioambiental. A construção do dique 01 (a Ayrton Senna), por exemplo, não interferiu nas condições sociais próximas. Pelo contrário, houve avanço na ocupação irregular de terras muito próximas da Lagoa da Banana (FARIA, 2008).

Ademais, e aqui uma objeção feita tendo em vista todo um contexto discutido anteriormente (FARIA, 2008), o São Geraldo é uma área reveladora das contradições econômicas urbanas que muitos preferem evitar. As condições histórico-ocupacionais, quase sempre precárias levou o poder público municipal a determinar a área do São Geraldo como uma Zona Especial de Interesse Social (ZEIS). O texto do Plano Diretor assim o caracteriza: “área ocupada por população pertencente aos estratos de menor renda, as quais deverão ser objeto de programas de regularização urbanística e fundiária e/ou reassentamento, quando for o caso” (PMPA, 2008 s/p). Contudo, tanto a política de regularização fundiária, quanto a de reassentamento ainda são algo a ser feito. Ao que parece, os megaprojetos ganham status de primeira ordem nesse momento.

b) Foch-Mariosa

A área entre o Foch e o Mariosa envolve vários bairros de uso predominantemente residencial, todos localizados entre a Av. Vereador Antônio da Costa Rios e a Av. Ayrton Senna (figura 5.8). A passagem entre São Geraldo e Foch é dada por um vazio ainda não ocupado, próximo dos bairros onde está inserido o Estádio do Manduzão. Por outro lado, o Mariosa tem seu limite encerrado com a empresa Unilever (figura 5.8). Portanto, é facilmente reconhecida geograficamente essa área.

A proximidade com o rio Sapucaí Mirim também denota certa particularidade. Em primeiro lugar, está a impossibilidade de expansão a leste. Relembre-se que essa é uma área de proteção ambiental. Em segundo lugar, assim como o São Geraldo, mas com impactos menores, apresenta-se a problemática do transbordamento do rio na época das cheias e a invasão das residências mais próximas (UNIFEI, 2010).

As questões sociais são bem diferentes nessa área. Há também variações nos usos residenciais nesses bairros. Mas, em geral, podem ser classificados como de médio padrão (anexo 06). Além disso, não existem problemas relacionados à ocupação irregular, como é comum no São Geraldo. Por outro lado, não há homogeneidade nesses usos residenciais.

Figura: 5.10: Recorte fotográfico da área urbana do Foch-Mariosa - Pouso Alegre-MG, 2012



Fonte: FARIA, 2012

Observa-se a tendência à verticalização dessa área, sobretudo na proximidade da Av. Vereador Antônio da Costa Rios, onde predomina usos comerciais múltiplos, além de serviços bancários, postos de gasolina, restaurantes, entre outros. Ademais, nessa área se encontra também o Estádio Municipal do Manduzão (observe-se sua localização ao fundo da figura 5.10) e prédios a ele relacionados, todos importantes para o lazer na cidade.

Além do Manduzão, onde são realizadas não apenas atividades de esporte de vários tipos, mas também shows e apresentações diversas, nessa área está localizada a Faculdade Católica de Pouso Alegre, recém-constituída e desempenhando papel importante na cidade e nesse local, especificamente. Por fim, deve-se mencionar novamente a presença da empresa Unilever nesse local. Haverá não apenas um impacto físico-espacial da sua presença, mas, sobretudo, um impacto socioespacial. Evidentemente, tal empresa concentra fluxos de pessoas e de mercadorias, causa transtornos ambientais diretos e indiretos e influencia os usos residenciais na sua proximidade.

A área do Foch-Mariosa pode ser descrita ainda como uma ocupação mais antiga, ao que se misturam novas ocupações próximas da Av. Ayrton Senna (figura 5.8). Contudo, novamente, as condições ambientais e a existência de terras em abundância para expansão em outras direções da cidade irão inibir tal ocupação.

Há também, nessa área, uma via projetada que poderá impactar os modos de usos (figura 5.8). Trata-se da projeção de término da Av. Ayrton Senna, com relatório de impacto ambiental já aprovado através de estudo encomendado pela prefeitura (UNIFEI, 2010). É uma via importante, pois liga essa área ao Centro da cidade, sem ter que passar pelo São Geraldo. Além disso, seu término deverá permitir o acesso dessa área diretamente à rodovia Fernão Dias e ao Distrito Industrial da cidade.

c) Santa Rita

A área que se está denominando Santa Rita envolve o conjunto de terras localizadas a oeste da Av. Vereador Antônio da Costa Rios (figura 5.8). É outro braço de nova ocupação com características sociais peculiares. É possível observar na figura 5.11 que ainda é baixa a densidade da ocupação, sobretudo na proximidade do Fórum (prédio principal da figura) e da empresa Cimed (figura 5.8). O Plano Diretor (PMPA, 2008) define esta área como de ocupação residencial de elevado *status* social, com ótimas condições ambientais e infraestrutura muito bem montada.

Não há homogeneidade também nessa área. Entre a Av. Vereador Antônio da Costa Rios e a Dique 02 (via projetada já em processo de implantação) a densidade é maior e os usos residenciais são representados por uma população de classe média ou mesmo por uma população

de baixa renda, isso na proximidade com o São Geraldo (figura 5.8). Mas, de modo geral, as condições sociais e os usos residenciais são de médio e alto padrão (anexo 06).

A razão pela qual essa área está sendo pensada como uma unidade está relacionada não apenas com os modos de usos desse território - residencial, predominantemente -, mas com a tendência à expansão urbana impulsionada pelos projetos de intervenção nessa direção da cidade. Isso faz com que agentes imobiliários e o Estado se organizem para atender uma demanda cada vez maior por imóveis nesse local. E a elevada demanda será a principal responsável pela elevação dos preços dos imóveis nessa área. Imóveis encarecidos limita o acesso a uma população selecionada.

De um lado, o Estado através da implantação de projetos como as vias de circulação e ainda a instalação do Fórum nesse local irá determinar o tipo de demanda. Por isso, ao redor do referido Fórum se reúne uma sociedade com renda elevada, grande parte que trabalha ali mesmo (figura 5.11). Além disso, tal empreendimento será determinante para alteração dos modos de usos, não mais apenas residenciais, mas também de serviços como escritórios de advocacia, por exemplo, uma tendência nessa área. De outro lado, o mercado se encarregará, como se disse, de selecionar esses usos, além de determinar sua variedade.

Figura: 5.11: Recorte fotográfico da área urbana do Santa Rita - Pouso Alegre-MG, 2012



Fonte: Faria, 2012

A projeção de vias arteriais nessa direção e a presença de extensa área disponível para urbanização serão fatores determinantes da sua urbanização. Por isso, a figura 5.8 aponta inúmeros loteamentos sendo implantados nesse local. Ao que parece, essa área se projeta como um espaço da rapidez, bem diferente da realidade, por exemplo, do São Geraldo. E tal rapidez expressa, antes de tudo, a capacidade dessa área em acolher vetores da modernização. As facilidades postas para o transporte será um desses vetores mais importantes. Evidentemente, não haveria uma ocupação residencial de alto padrão (anexo 06) se o acesso não fosse facilitado. Inclusive o estabelecimento de valores dessas terras materializa essas facilidades de circulação.

A maneira como essa área se projeta acaba por atrair também não apenas usos residenciais, mas usos institucionais, instalações comerciais e de serviços. Há uma tendência à ocupação rápida, o que gera usos diversos, obviamente. Além disso, existem interesses em jogo, não apenas das pessoas, mas das empresas e do Estado. Por todas essas razões, essa será uma área de profundas alterações. Dessa forma, qualquer planejamento que se faça nesse local deve considerar esse caráter fluido, flexível e alterável desse território.

d) São Cristóvão, Jatobá e Morumbi

O São Cristóvão, Jatobá e Morumbi compõem o conjunto de bairros localizados no extremo sul da cidade (figura 5.8). É uma área de expansão urbana importante cuja existência está diretamente relacionada com a criação do Distrito Industrial na sua proximidade. Aqui parece valer a observação de Corrêa (1995) segundo a qual na proximidade das indústrias estão os bairros de ocupação residencial formados pela população que trabalha ali mesmo. De fato, nessa área, cuja localização tem início na empresa Unilever e fim na rodovia Fernão Dias (figura 5.8), predomina os usos residenciais populares de baixa e média renda (anexo 06).

Contudo, não apenas essas indústrias serão responsáveis pelos tipos de usos residenciais dessa área, mas também o Estado. Este último será um grande incentivador da ocupação dessas terras, seja criando infraestrutura para viabilizar isso, seja financiando essas construções. Observa-se que grande parte dessas residências foi construída com financiamento público. Sobretudo mais recentemente, com as facilidades postas pelo lançamento do projeto “Minha Casa Minha Vida” do governo federal, inúmeros loteamentos foram criados (figura 5.12). Há, dessa forma, uma tendência ao desmesuramento urbano nessa direção representado por essas residências financiadas com subsídios públicos.

Mas há também todo um contexto econômico explicativo dessa ocupação. Por exemplo, o encarecimento das terras próximas do Centro e a existência de terras mais baratas nessas direções. O preço dessas terras irá variar, evidentemente, mas a tendência espacial à ocupação residencial em casas populares financiadas será um fator importante na definição desses valores. Outro fator importante para essa expansão urbana será dado pelo acesso, viabilizado pela modernização das vias de transporte intraurbano ou mesmo de transporte público mais acessível. Tanto é assim que a mancha urbana se estende de um lado e de outro da Av. Vereador Antônio da Costa Rios (figura 5.8).

Além dos usos residenciais populares de baixa renda, que são os predominantes, encontra-se nessa área também um condomínio fechado de renda elevada, chamado Gran Royale (figura 5.8). Este é o primeiro condomínio residencial nesses moldes produzido em Pouso Alegre, indicando um comportamento próprio das cidades grandes, guardadas as devidas proporções. Isso é um indicativo também da tendência a maior variedade dos usos residenciais nessa área. Mas não só isso. Observa-se a forte tendência, já apontada, para a expansão do tecido urbano nessa direção da cidade, prova disso são as vias projetadas ligando o São Cristóvão ao Centro da cidade (figura 5.8).

Figura: 5.12: Conjunto de casas populares no bairro Jatobá em Pouso Alegre-MG, 2012



Fonte: Faria, 2012

O aeroporto será também um indicativo do crescimento urbano nessa área e também um determinante importante dos usos na sua proximidade. Se a tendência para ampliação e modernização desse aeroporto se confirma, haverá alterações dos usos na sua proximidade. E tais alterações estarão ligadas às demandas do próprio aeroporto, como a modernização das vias de acesso, a construção de estacionamentos, galpões, etc., e indiretamente ligadas a ele como, por exemplo, os impactos ambientais gerados, a seleção de tipos de usos, a influência na determinação de valores da terra urbana mais próxima, entre outros.

Ressalte-se ainda o crescimento de um comércio local importante, fundamental para conferir certa autonomia existencial para essas áreas distantes do Centro. Movimentos descentralizadores precisam cumprir parte das funções do Centro, senão não haveria uma descentralização, afirma Sposito (2011). Não há um novo Centro, mas há novas centralidades, ou seja, conteúdos essencialmente centrais sendo processados em outros locais (SPOSITO, 1998). Essa área têm cumprido cada vez mais esses papéis descentralizadores. Sobretudo na proximidade da Av. Vereador Antônio da Costa Rios, mas também no interior dessa mancha urbana, em especial na área onde está localizado o São Cristóvão (figura 5.8), é possível observar elevada densidade de centros comerciais e de serviços, empresas grandes e pequenas, equipamentos públicos, entre outros, anteriormente só presentes no Centro da cidade. O crescimento demográfico dessas áreas distantes do Centro faz gerar um mercado consumidor importante e de interesse para essas empresas. Na verdade, há dois movimentos inseparáveis nesse caso, ou seja, de um lado está a descentralização da população e, de outro, a descentralização da economia urbana.

Há, portanto, a predominância de usos residenciais de baixa renda, mas com movimentos tendentes a novos usos, não apenas residenciais de alta e média renda, mas também usos comerciais e industriais. Há certa peculiaridade nessa área, isso devido, principalmente, a presença do Distrito Industrial. Entretanto, novamente, não há homogeneidade socioespacial, formas e conteúdos podem ganhar especificidades internas. A presença do aeroporto e a construção de novas vias arteriais, por exemplo, podem conferir formas e conteúdos novos ao São Cristóvão. A localização do Jatobá, próximo do rio Sapucaí Mirim (figura 5.8), será outro elemento importante a determinar a ocupação ou mesmo a expansão urbana dessas terras. Também a via projetada naquele local tem grandes implicações nesses usos e nos valores dessas terras. Não será diferente com o Morumbi, ou seja, a depender da sua inserção na dinâmica da

reprodução das condições capitalistas de produção e das políticas públicas envolvidas, formas e conteúdos podem ganhar especificidades e produzir novos perfis territoriais.

5.5 Territórios integrados da atenção primária à saúde: desenhando a porta de entrada do SUS em Pouso Alegre – uma perspectiva de adequação

Retome-se nesse momento a discussão empreendida sobre os limites territoriais e as escalas de planejamento e gestão dos serviços de atenção primária à saúde no território urbano (tópico 5.1). De posse daquele conteúdo e da discussão, diga-se, generalizada, dos usos do território urbano de Pouso Alegre (tópico 5.4) será apresentada uma perspectiva de adequação territorial desses serviços nessa cidade. Ressalte-se a despretensão na realização de tal empreendimento. Entretanto, a inviabilidade, já insistentemente anunciada, não impede o vislumbamento ou mesmo o devaneio.

A definição do território de atuação das unidades de atenção primária à saúde é o ponto de partida para a definição da porta de entrada para o SUS. Veja-se que a porta condiciona a entrada. Não se entra numa casa pelas suas janelas, obviamente. Apenas a porta cumpre esse papel. Além disso, nem todos podem passar pela mesma porta, pois ela não comportaria. Deve haver várias portas planejadas para atender várias demandas. As portas (os serviços) não serão iguais, e isso tanto qualitativa, quanto quantitativamente. Embora o poder público tente padronizar os serviços, tanto em número de profissionais e suas especialidades, quanto em relação à população atendida, uma visita em duas UBS, por exemplo, pode revelar diferenças significativas. Há diferenças históricas, geográficas, infraestruturais, além, é claro, das enormes diferenças das populações a serem atendidas. É natural, portanto, que as portas sejam diferentes, inclusive porque devem ser adaptar às diferenças (as demandas).

Entretanto, não seria conveniente querer alargar a porta apenas em sua infraestrutura. A crítica à estratégia Saúde da Família como porta estreita feita por Azevedo e Costa (2010) não se refere às suas dimensões, mas as suas funções. Não é uma questão de quantidade, embora isso seja imperativo para a existência de uma qualidade, mas da capacidade de exercer sua função de porta. Nesse caso, tal porta será tanto mais larga, quanto mais se adaptar às necessidades das pessoas, prevenindo a doença e promovendo a saúde. Além disso, não seria adequado concentrar espacialmente esses serviços, construindo enormes prédios com capacidade de atender uma população numerosa. Serviços de atenção primária são serviços de contato, são proativos.

Concentrá-los espacialmente poderia causar certa dificuldade de acesso, e isso tanto dos serviços em relação à comunidade, pois a estes cabe primeiramente tal deslocamento, quanto das pessoas em relação aos serviços. Haja visto que as pessoas têm diferentes condições de mobilidade no território. Aliás, a acessibilidade é pensada em Santana (2004) exatamente na perspectiva da mobilidade, um problema essencialmente geográfico, afirma.

Esclareça-se que a associação dos serviços de atenção primária como a porta de entrada do SUS não significa inércia, passividade. De fato, a porta apenas deixar entrar, são as pessoas que passam pela porta, não o contrário. Não é o caso em relação a esses serviços, pois aqui é a porta que deve se dirigir as pessoas, inclusive para facilitar essa entrada. Isso não significa, evidentemente, que as pessoas não devam se dirigir aos serviços. Não é isso. A mobilidade deve se processar dos dois lados, não apenas de um lado só como é caso do atendimento via 0800 em Pouso Alegre.

A definição do território de atuação das UBS/ESF é fundamental para determinar esse círculo de relacionamento entre as pessoas e os serviços. Sem tal definição, a porta de entrada inexistiria, pois o usuário não poderia identificá-la. E sem essa identificação o acesso ao SUS se daria de qualquer lado ou de um lado só (normalmente de um lado só, ou seja, diretamente nos hospitais). O território define quem (as pessoas) e onde (suas portas). Não é o número de habitantes que define este território (uma população adscrita de no máximo quatro mil habitantes). O contrário, ou seja, é o território que define o número de habitantes. Também não são os serviços que delimitam o território (daí certa crítica à territorialização, pois parte da perspectiva da capacidade dos serviços e não das condições dos territórios). Novamente o contrário, ou seja, os serviços devem se adaptar aos territórios. Em outras palavras: primeiro se define o território, este, por sua vez, define a população e suas condições de saúde e, por último, os serviços se organizam para atender as especificidades (os perfis) de cada território e de sua população. Território-população-serviço, nessa ordem, permite, portanto, inverter a lógica territorializadora que propõe serviço-população-território.

A preocupação nesse momento está em definir essa porta de entrada, ou seja, o território e a população sob a responsabilidade de cada serviço. A proposta é recortar territórios em dimensões mais amplas, não em relação às áreas de atuação das ESF, como se vem fazendo. E as razões para isso foram bem explicadas no início desse capítulo. Em suma, seria inviável tomar como ponto de partida tais equipes, pois elas não atendem toda a população. Além disso,

apresenta-se o problema da dubiedade do sistema de atenção primária em Pouso Alegre. A perspectiva projetada tenta, a partir do território, integrar UBS e ESF, mas sem tomá-las como ponto de partida. Contudo, não se pode querer alterar uma estrutura já posta, já materializada no território. Seria, no mínimo, inconveniente dizer a uma determinada população atendida por uma determinada ESF que a mesma não contará mais com esse serviço, pois que sua geografia será alterada. Ademais, mudar a localização desses serviços causaria grande perda econômica, pois toda uma estrutura física já está montada. Não se pode querer, ainda que sob a dimensão de uma perspectiva, alterar tendo em vista uma visão nova, um projeto novo, ignorando os impactos sociais, econômicos e políticos de tal prática. Aqui incluem as formas de fazer, suas possibilidades, mas também seus condicionantes e suas variáveis positivas e negativas. Aliás, é exatamente por isso que a reflexão em torno de uma perspectiva é importante, pois possibilita vislumbrar uma prática. E toda prática é uma intervenção na vida das pessoas, ainda mais nesse caso. Portanto, existem questões políticas, técnicas, financeiras, sociais, que devem ser devidamente equacionadas.

Apresenta-se em Pouso Alegre um cenário relativamente confuso, talvez contraditório. De fato, de um lado, está a impossibilidade de definir os territórios de atuação das unidades de atenção primária à saúde sem antes se resolver a fragmentação entre UBS e ESF. Isso porque, no contexto atual, existe um controle parcial dos fluxos, fruto de uma “territorialização parcial do território”, para ser redundante. De outro lado, está à necessidade, algo imperativo, de se definir esses territórios. Como, então, aplicar uma proposta tendo em vista um problema reconhecido, solucionável apenas no âmbito da política municipal e, bem provavelmente, de longo prazo? Note-se que tal impossibilidade está ligada ao território, ou melhor, a não definição do território de atuação das UBS. O modelo demanda espontânea trabalhada nessas unidades se resolveria pela sua definição territorial, pois isso a obrigaria a se organizar para atender uma demanda definida geograficamente. Nesse caso, o território é o problema e a solução. O modo como se organiza as UBS denota um comportamento territorial, mas sem uma identificação territorial. Há um comportamento territorial, pois elas estão aí, materializadas num local, mas sem distinguir os territórios das pessoas, sem reconhecê-las territorialmente. Nesse sentido, tem-se um problema. Por outro lado, a definição dos territórios dessas unidades é o ponto de partida para esse reconhecimento, essa identificação. Nesse caso, tem-se a solução.

É uma solução parcial, evidentemente, mas importante. Parcial porque há outras variáveis a serem consideradas para integrar esses serviços. Uma delas, por exemplo, está relacionada aos profissionais empregados. Mas, também a infraestrutura deve ser integrada. As ESF devem atuar nas UBS, não em prédios separados, casas alugadas, como ocorre com várias dessas equipes instaladas em Pouso Alegre (BRASIL, 2007b). Por outro lado, as UBS devem integrar a Saúde da Família preferencialmente nos seus serviços. Não se trata de ocupar o mesmo espaço apenas, mas de se responsabilizar conjunta e solidariamente pela mesma população.

Retome-se a tríade território-população-serviço, ela pode nos orientar nessa tentativa de desenhar a porta de entrada do SUS em Pouso Alegre e, conseqüentemente, pode contribuir para o encaminhamento de proposições no sentido da integração dos serviços das UBS e ESF nesse território.

Território e população formam uma simbiose, pois são interdependentes. Evidentemente, quem produz o território são as pessoas, do contrário seria apenas um dado físico, sem vida. Mas a vida se realiza no território. As pessoas territorializam suas ações pela apropriação do espaço, para usar um termo próprio de Raffestin (1993). O planejamento territorial é, antes, um planejamento de pessoas. E porque se planeja a vida coletiva das pessoas, interfere-se em seus territórios. A obviedade dessa afirmação carrega um sentido fundamental na alocação dos serviços de saúde e na definição de seus territórios de atuação. Não se pode planejar para alguns apenas, para menos de 50% da população como ocorre com as ESF, nem se pode planejar para os serviços, mas para as pessoas e seus territórios. Qual é, então, a importância dos serviços de saúde nessa tríade? Os serviços devem se adaptar aos territórios produzidos pelas pessoas. Eles vêm depois. Por isso, considere-se o território e a população nesse primeiro momento, depois os serviços.

A figura 5.13 apresenta uma perspectiva de recortamento desse território. Evidentemente, tais recortes se apresentam como uma provocação teórica apenas, mas não sem fundamento, sem direcionamento. Não foram feitos por acaso, desenhados aleatoriamente num programa, como recurso visual para o debate. O que os determina? Os usos, a vida de relações sociais urbanas, as diferenças e similaridades, mas também as misturas e as simultaneidades. Em síntese, o território usado, abusado, mutável, mas também cristalizado em formas e conteúdos de diversos tipos. São recortes variados, não padronizados. Existem também outras possibilidades de recortamento. O próprio território urbano visto como um todo se apresenta como um recortamento (embora

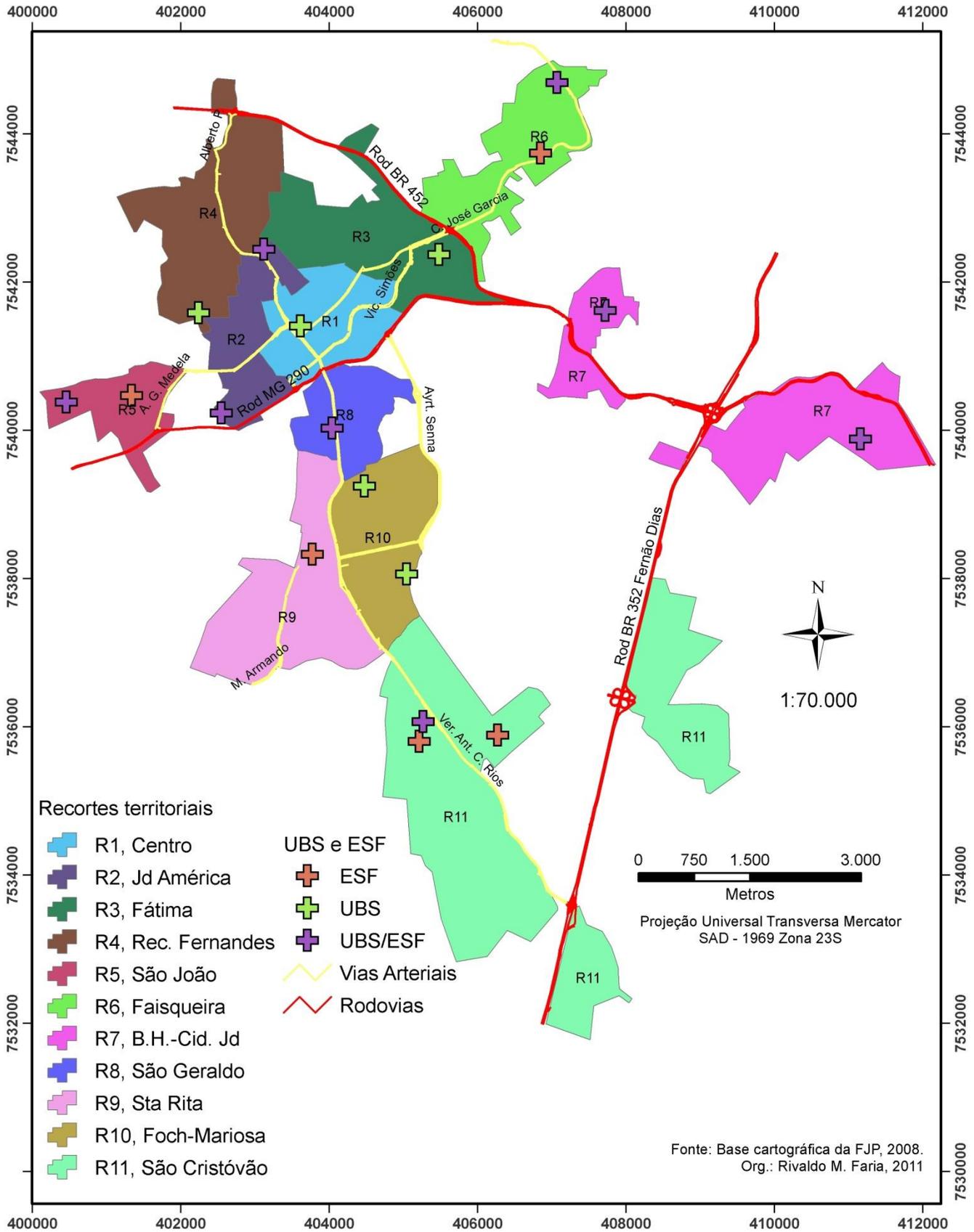
também esse recortamento seja uma virtualidade apenas, não há um limite claro entre um território urbano e um rural, prova disso foi à dificuldade para se definir o território urbano de Pouso Alegre). Os recortes que se fazem são necessários para a coordenação das ações, para a gestão. Cada setor público pode criar um recorte diferente, é verdade. A circunscrição geográfica das ações da polícia pode não ser a mesma da educação ou ainda da gestão ambiental. Normalmente serão diferentes.

Não há um recorte apenas, mas vários. Um é o recorte da área de atuação do agente de saúde, outro é o recorte das UBS e ESF e outro ainda é o recorte de agregados de UBS e ESF. Não existe, evidentemente, problema em pensar dessa forma. Cada recorte deve abrigar determinada ação, determinado empreendimento. Seria inviável a ação dos agentes de saúde sem uma circunscrição territorial possível de uma caminhada. Também as ESF e UBS, necessitam de uma delimitação condizente com as suas ações.

Entretanto, não se trata de uma hierarquia de recortes, pois a hierarquia denota isolamento, compartimentação, ordem e subordinação (FERREIRA, 1999). Por isso, há certa dificuldade no trânsito entre as escalas e a comunicação entre recortes da mesma escala é bastante comprometida. Por exemplo, não raro se encontra ESF vizinhas, atuando no mesmo território e compartilhando os mesmos limites, mas sem nenhuma comunicação. UBS e ESF possuem autonomia em seu território de atuação, são responsáveis por ele, mas o limite entre elas não deve separá-las ou isolá-las. O mesmo se dá com os agentes de saúde, cujas ações devem ser compartilhadas. Os recortes e as escalas não podem cercar, limitar e engessar as ações. Ressalte-se que o isolamento entre equipes expressa, antes de tudo, o isolamento entre pessoas, entre ruas e bairros. Não é incomum que duas equipes atendam a mesma família, sobretudo nos seus limites.

Os recortes realizados no território urbano de Pouso Alegre e apresentados na figura 5.13 foram feitos para abrigar agregados de ESF e UBS, mas sem tomá-las como critério de delimitação. A reflexão sobre as escalas de planejamento e gestão dos serviços de atenção primária à saúde (tópico 5.1) explica a opção adotada.

Figura 5.13: Perspectiva de recortamento do território urbano de Pouso Alegre-MG e localização das UBS e ESF no seu interior



Recortes mais amplos como se está fazendo permitem produzir uma nova dimensão da gestão, em nova escala. E quem se responsabiliza por tal recorte? A Secretaria Municipal de Saúde, evidentemente. Mas quem o gerencia são as unidades de atenção primária localizadas no seu interior. Duas ou mais unidades de saúde localizadas em um mesmo recorte, devem se corresponsabilizar por toda a área mediante ações integradas e compartilhadas. Não há novidade na estrutura, mas na postura da gestão dos serviços, pois, nesse caso, dois ou mais gestores responsáveis por um dado recorte territorial deverão estabelecer intercâmbio de ações e de compromissos em relação às condições de saúde da população no seu interior.

Em termos práticos, a principal alteração se dá no inter-relacionamento entre equipes. Mesmo àqueles locais onde está presente uma unidade apenas, pode haver compartilhamento de necessidades. Esse pode ser um caminho para integrar as UBS e ESF, pois na medida em que se responsabilizam pela mesma população acabam obrigatoriamente se relacionando. Ocorre, atualmente, que as ESF e as UBS atendem uma demanda diferente. A primeira atende uma população adscrita e a segunda uma demanda espontânea vinda de toda cidade. É realmente improvável querer integrá-las dessa forma. A resignificação das UBS mediante a implantação de ESF é uma política que tenta unificar a atenção primária no Brasil, com foco na família como a menor dimensão de intervenção. Esta é uma das formas mais adequadas de integrá-las.

O ideal é que no interior de cada um desses recortes sejam estabelecidas as áreas de atuação da UBS/ESF (a partir de agora vistas comum um único serviço). Mas, mesmo que tal empreendimento não seja feito, pelas inúmeras razões já enumeradas, tais territórios permitem a identificação da população no seu interior. Dessa forma, os fluxos podem ser controlados, mesmo que ainda não totalmente coordenados. Pode parecer um contrassenso, mas não. Na medida em que a população, ou seja, a demanda está circunscrita territorialmente, torna-se relativamente fácil identificá-la, localizá-la. Por isso, mesmo sem coordenação, e nesses casos o usuário, normalmente, irá acessar os demais níveis de atenção do SUS sem passar diretamente na UBS/ESF, pode haver controle dessa demanda. O controle de que fala não é o controle do número, mas da localização territorial de cada usuário do SUS efetivamente. Em casos como esse, o que será comum naqueles recortes em que os serviços não comportam a demanda, pois não tem pessoal e infraestrutura aplicada, haverá descoordenação dos fluxos, pois não será possível o encaminhamento. Mas, tais fluxos podem ser controlados, porque podem ser referenciados territorialmente.

Em síntese, naqueles recortes territoriais em que a demanda supera a oferta será bem mais difícil para as pessoas passarem por essa porta, pois ela não comporta. Mas isso não impede o controle desse fluxo quando, descoordenados, chegam aos serviços especializados. Em casos em que há necessidade de acompanhamento, os hospitais podem, inclusive, referenciar esses fluxos para as UBS/ESF, mesmo sem ter passado primeiramente ali. Há, obviamente, uma inversão nesse caso, pois os fluxos devem ser coordenados pela atenção primária. Mas, ainda assim, representa certo avanço em relação ao descontrole e a descoordenação atual. Ademais, mesmo em locais onde as UBS/ESF atendem toda a população haverá fluxos feitos diretamente aos hospitais. O problema não está em as pessoas irem aos hospitais, mas sim em não saber de onde são essas pessoas e qual o serviço de atenção primária se responsabiliza por elas. Obviamente, o ideal é que as unidades de atenção primária referenciem essa demanda para os serviços especializados, que por sua vez contrarreferenciam de volta à atenção primária. Mas, mesmo em sistemas ótimos as coisas podem não funcionar dessa forma.

O controle da demanda é passo fundamental para a sua coordenação. Contudo, se a oferta não comporta toda a demanda, tal coordenação será prejudicada. Recortes territoriais como o que se está propondo permitem identificar não apenas a população no seu interior, mas as necessidades de saúde das pessoas e as demandas que isso gera. Assim, tem-se uma dimensão, um diagnóstico, de modo que o poder público possa intervir para atender toda essa demanda. O que não se pode é simplesmente ofertar ESF para uma parte da população e deixar a outra desassistida. Não há um dimensionamento da demanda nesse caso, pois não há controle, e não há controle porque ela não pode ser identificada territorialmente.

Ao que parece, a descoordenação dos fluxos é antes uma descoordenação da gestão e a descoordenação da gestão reflete como uma descoordenação territorial. De qualquer modo, o território novamente se apresenta como a causa e a solução para a integração do sistema e para a coordenação dos fluxos na rede. O que se está propondo com tais recortes é simplesmente a coordenação das ações, mediante o controle do território-população. Nem foi mencionada ainda a questão da universalização, embora seja uma obrigação do poder público municipal disposta tanto na Constituição Federal, quanto na PNAB. Um estudo para medir a oferta e a demanda será importante. Mas também isso não seria possível sem estabelecer recortes territoriais dessa forma, pois, do contrário, não se tem dimensão da relação entre serviços e população. Obviamente, essa demanda irá variar conforme as localizações das pessoas e dos serviços. Há locais mais e menos

dependentes do SUS, variável conforme a renda. E a densidade dos serviços e suas especialidades devem variar conforme a densidade da demanda e suas necessidades. De qualquer forma, o território se apresenta como condicionante geral para essa identificação população-serviço. Ademais, os usos do território dão indicativos importantes do tipo de demanda. O recorte do Fátima (R3), por exemplo, uma área de usos residenciais de renda elevada, terá uma demanda diferente daquela do São João (R5), uma área de usos residenciais de baixa renda.

5.5.1 Recortes do território urbano de Pouso Alegre-MG: breve descrição

Fixemos agora nossa atenção aos recortes especificamente (figura 5.13). São onze recortes feitos a partir da discussão qualitativa dos usos no tópico 5.4. Um estudo bem mais sistemático desses usos será necessário, apenas a observação em campo, embora importante, não fornece o instrumental para se reconhecê-los.

A reflexão sobre os usos do território urbano de Pouso Alegre levaram a reconhecer cinco grandes eixos de expansão urbana, cada um dos quais com peculiaridades histórico-geográficas e diversidades internas que se puderam notar. Três desses eixos foram pensados como um recorte apenas, quais sejam: São João (R5), Faisqueira (R6) e Belo Horizonte-Cidade Jardim (R7). Os outros dois - o Centro e seu entorno e o Eixo Sul - foram fragmentados em mais quatro recortes cada um. No primeiro, tem-se o Centro (R1), Jardim América (R2), Fátima (R3) e Recanto dos Fernandes (R4) e, no segundo, o São Geraldo (R8), Santa Rita (R9), Foch-Mariosa (R10) e São Cristóvão (R11). Considere-se uma breve descrição de cada um respectivamente (figura 5.13).

i) Centro e sua hinterlândia ou seu entorno: envolve uma imensa mancha urbana contínua que se estende entre as rodovias MG-290 e BR-452 (figura 5.14). Inicialmente se pensava em conceber essa área como um recorte apenas, pois ela já denota certa particularidade. Contudo, como é uma área muito extensa - sozinha concentra mais de 49 mil/habitantes, o que equivale a mais de 41% do total da população urbana (IBGE, 2010) -, optou-se por fragmentá-la.

Esclareça-se que tais recortes realizados comportam uma maior generalização, pois os usos são mais variados, densos e diversos nesse local. Não há precisão matemática na definição desses limites, e nem era esse o objetivo. Não foi feito um mapa de uso da terra (embora, diga-se, importante) para se determinar estatisticamente a passagem de um tipo de uso ao outro. Mesmo porque, não é sob essa perspectiva que os usos foram pensados aqui. Os limites foram dados a

partir da observação sistematizada em campo (anexo 05) e da discussão qualitativa dos usos. São eles:

a) R1 (Centro): foi o primeiro recorte efetivamente realizado e ponto de partida para a definição dos demais. O estabelecimento dos seus limites foi feito considerando seu papel de comando, sua capacidade de abrigar relações comerciais e de serviços, além dos seus papéis propriamente institucionais. Os limites do R1 são dados, ao sul, com a rodovia MG-290; ao norte, com a Prefeitura Municipal e a Câmara Municipal e, a leste e oeste, por pontos comerciais e de serviços importantes (figura 5.14). Não foram os pontos enumerados na referida figura os elementos condicionantes desses limites, mas sim a densidade de usos comerciais e de serviços. Os pontos são apenas para revelar essa densidade de que se fala e para se localizar tais limites. Seria inviável, dada a enorme quantidade de equipamentos dessa natureza, enumerá-los aqui. Uma classificação seria necessária.

Esse recorte possui mais de 13 mil/habitantes ou 11,2% do total da população urbana de Pouso Alegre (tabela 5.1). É uma área de elevada densidade demográfica, mas talvez seja maior a densidade de domicílios. De fato, depois do Jardim América, o Centro possui o maior número de domicílios, 13,6% do total (tabela 5.1).

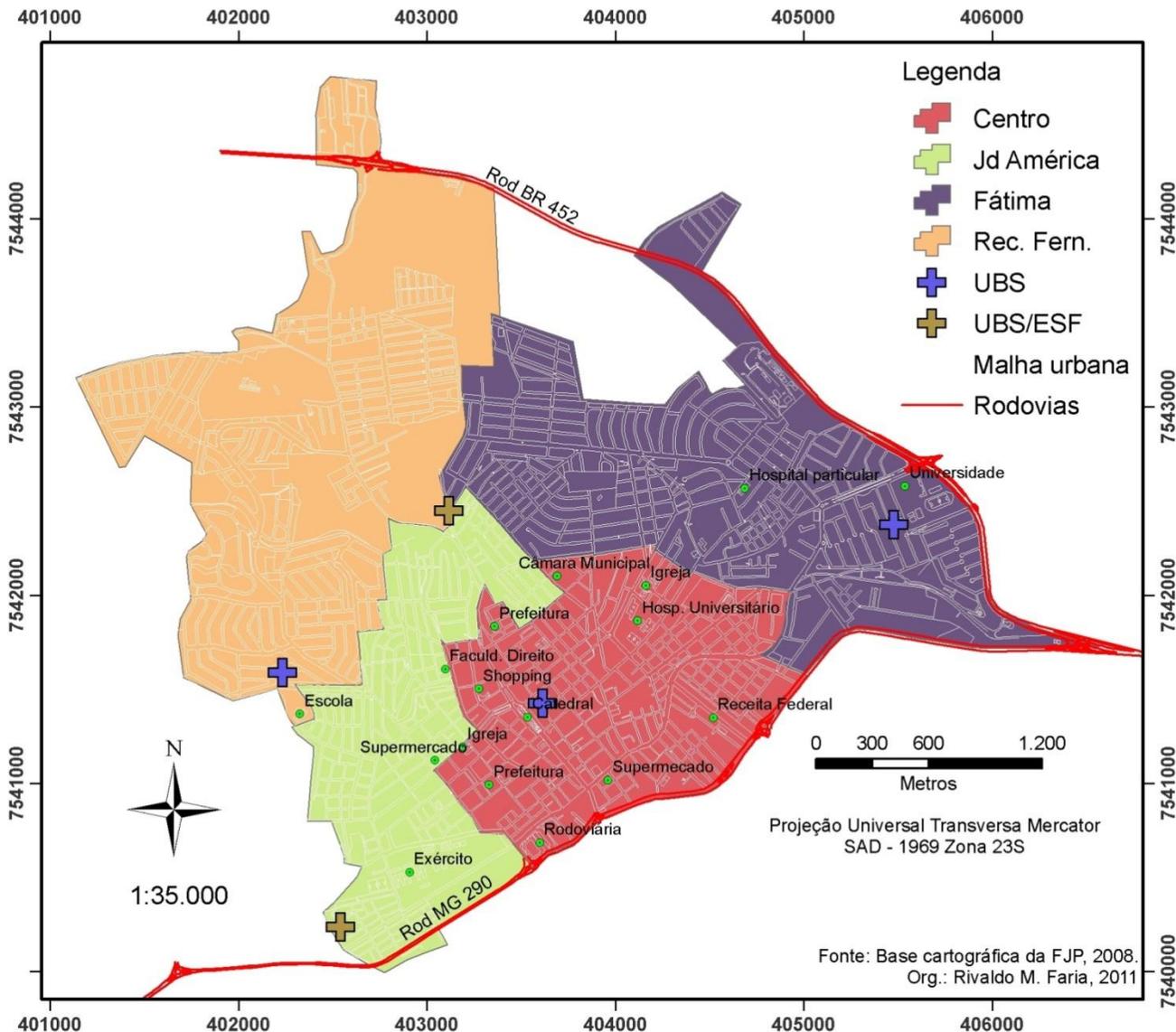
Contudo, numa outra comparação, o Centro possui o menor número de habitantes por domicílio, 2,6 apenas. Todos os demais recortes possuem mais de 3 (três) habitantes por domicílio.

Há várias razões que explica esse último número, entre as quais as condições econômicas serão determinantes. Porém, é o uso desse território o fator explicativo mais importante. O Centro abriga usos predominantemente comerciais e de serviços públicos e privados. Grande parte da população que aí trabalha não reside nesse local. Os prédios têm outras funções, não apenas residenciais. Dessa forma, a relação entre população residente e domicílios gera um resultado relativamente mais baixo. Diferente ocorre com as áreas predominantemente residenciais, sobretudo nas áreas de ocupação por uma população de baixa renda como ocorre com o São João (R5) e São Geraldo (R8), por exemplo.

b) R2 (Jardim América): é uma área de ocupação tradicional, fruto de uma primeira expansão desse centro (figura 5.14). Há também enorme generalização em sua definição, sobretudo porque, em termos socioambientais, o Yara, localizado próximo da rodovia MG-290

têm características muito peculiares (relembre-se que o Yara é uma área com precariedades socioambientais mais prementes).

Figura 5.14: Centro e seu entorno: perspectiva de recortamento do território urbano de Pouso Alegre-MG



A proximidade com o Centro irá determinar a maior multiplicidade de usos nesse local, representados, em síntese, pela sobreposição histórica de diferentes formas-conteúdo. Os seus limites são dados, ao sul, pela rodovia MG-290 e, a norte, pela passagem das áreas de ocupação tradicional para as novas áreas de expansão urbana no Recanto dos Fernandes (R4). À oeste seus limites são facilmente identificados pelas terras não urbanizadas, pertencentes ao Exército

Brasileiro (a figura 5.2 do tópico 5.4 identifica essas terras), e, a leste, pelo seu contato com o Centro (R1).

Este recorte abriga 16.134 habitantes e 5.332 domicílios, o que corresponde a 13,5% e 14,1% do total do território urbano, respectivamente.

c) R3 (Fátima): envolve o conjunto de terras localizadas entre o Centro (R1) e a rodovia BR-452 (figura 5.14). O caráter peculiar mais importante dessa área são os usos residenciais de alta renda, além da presença de comércio e serviços em geral: concessionárias, restaurantes, universidade, hospital particular e clínicas, entre outros.

Os limites desse recorte são reconhecidos pelo contato entre as rodovias MG-290 e BR-452, o Centro (R1), o Jardim América (R2) e o Recanto dos Fernandes (R4). A passagem do Fátima para o Centro é dado pela densidade de usos comerciais e de serviços no segundo, e usos residenciais de uma população de elevada renda no primeiro. Por outro lado, a passagem do Fátima ao Jardim América é dado pela característica ocupacional mais tradicional no segundo e, novamente, pela ocupação residencial de alta renda no primeiro. Por fim, o que caracteriza um limite entre Recanto dos Fernandes e o Fátima é a ocupação relativamente mais recente e o caráter de expansão urbana do primeiro.

Este recorte abriga 12.957 habitantes e 4.216 domicílios, o que representa 10,6% e 11,2% do total respectivamente. Observe que todos os quatro recortes dessa “mancha urbana contínua do Centro” tem índices maiores de domicílios em relação ao total, quando comparados com os índices de população em relação a esse total. O contrário ocorre com os demais. O resultado dessa conta será, obviamente, uma maior densidade de habitantes por domicílios nas demais áreas, haja vista que, em termos de índice, haverá menos domicílios para uma maior população. Não raro, as áreas residenciais de baixa renda terão elevada densidade populacional por domicílio. O contrário se dá com as áreas de renda mais elevada como o R3 (Fátima). Veja-se que a relação população-domicílio é baixa nesse local.

d) R4 (Recanto dos Fernandes): é a última área de expansão urbana diretamente ligada ao Centro (figura 5.14). Também aqui, como nos demais recortes, existe uma grande quantidade de bairros agregados. É um território ainda em ocupação, fato que se comprova pelo número de habitantes dessa área, 6.759, o menor entre os quatro recortes do Centro e seu entorno. Contudo, esse é o maior recorte em extensão territorial em relação a esses quatro recortes. Portanto, é uma

pequena população para uma grande área, o que causa uma baixa a densidade demográfica nessa área.

Os limites do R4 (Recando dos Fernandes) são dados, a oeste, pelas áreas de preservação, não urbanizáveis (a figura 5.2 do tópico 5.4 identifica essas áreas); a leste, pelo R3 (Fátima), cuja razão já foi citada; a sul, pelo R2 (Jardim América), uma área de ocupação tradicional, e, a norte, pela rodovia BR-452. Os usos desse recorte serão predominantemente residenciais e, novamente, a proximidade com o Centro será determinante para selecionar essa população. São terras encarecidas pela elevada demanda, o que, por sua vez, permite uma ocupação residencial de renda mais elevada.

Tabela 5.1: Distribuição da população e domicílios por recorte territorial urbano de Pouso Alegre-MG

Recortes	População absoluta	% da população em relação ao total	Nº de domicílios	% de domicílios em relação ao total
Centro (R1)	13.264	11,2	5.126	13,6
Jd América (R2)	16.134	13,5	5.332	14,1
Fátima (R3)	12.957	10,6	4.216	11,2
Rec. Fernandes (R4)	6.759	5,6	2.273	6,0
São João (R5)	12.738	10,6	3692	9,7
Faisqueira (R6)	5.858	4,9	1.788	4,7
BH-Cid. Jardim (R7)	7.947	6,6	2.293	6,1
São Geraldo (R8)	11.116	9,3	3.009	8,0
Sta Rita (R9)	7.161	6,1	2258	5,9
Foch-Mariosa (R10)	12.939	10,8	4.019	10,6
São Cristóvão (R11)	12.605	10,5	3.790	10,0

Fonte: IBGE, 2010 (adaptado por FARIA, 2012)

ii) Eixo São João: este eixo se apresenta como uma primeira explosão do Centro. Dada a sua peculiaridade já anunciada e também sua dimensão, o mesmo foi agregado como um único recorte (figura 5.13).

O São João (R5) é representado pelo conjunto de terras localizadas à oeste do território urbano de Pouso Alegre, imediatamente acima da rodovia MG-290 e com algumas ocupações

abaixo dessa via (figura 5.13). Aí residem 12.738 habitantes em 3.692 domicílios, o que representa 10,6% e 9,7% do total urbano, respectivamente (tabela 5.1).

iii) Eixo Faisqueira: também um eixo agregado como um único recorte (R6). É formado pelo conjunto de terras localizadas à leste da rodovia BR-452 (figura 5.13), um braço de expansão urbana onde os interesses imobiliários ganham cada vez mais importância, graças, entre outros fatores, a sua proximidade com o Centro. Os seus limites são facilmente reconhecidos e suas características, embora também variáveis, não são tão difíceis de classificar. Nessa área residem 5.858 habitantes ou 4,9% do total da população urbana de Pouso Alegre. São 1.788 domicílios que representam 4,7% do total (tabela 5.1).

iv) Eixo Belo Horizonte-Cidade Jardim: este eixo é representado por fragmentos de expansão urbana localizados na proximidade do cruzamento entre as rodovias BR-452 e BR-352. Por isso, seus limites são mais claramente definidos. Assim como o São João e Faisqueira, também aqui foi constituído um recorte apenas (R7) (figura 5.13). Nessa área predomina os usos residenciais, mas com forte presença de equipamentos de porte que se instalam para aproveitar as qualidades locacionais da área. Aí residem 7.947 habitantes que representam 6,6% do total da população urbana (tabela 5.1). É uma área de baixa densidade, pois é um território ainda a ser efetivamente ocupado, com perspectivas de maior adensamento graças aos novos investimentos a serem realizados nesse local.

v) Eixo Sul: juntamente com o Centro e sua hinterlândia o chamado Eixo ou Setor Sul envolve o maior conjunto de terras urbanizadas de Pouso Alegre. Quase 40% da população urbana reside nesse local. Seu estudo levou a identificação de mais quatro recortes no seu interior, quais sejam:

a) R8 (São Geraldo): é uma área de ocupação residencial de baixa renda; formada por uma população excluída do acesso à terra urbana; com condições ambientais marcadas por constantes alagamentos e uma ocupação irregular em boa parte. Vários fatores historicamente produzidos dão a essa área algumas peculiaridades que a distingue das demais. Por isso, dada as suas condições sociais, o Plano Diretor a define como uma zona especial de interesse social (PMPA, 2008).

O São Geraldo está estrategicamente posicionado entre o Centro e as demais áreas de expansão urbana ao sul. Seus limites coincidem com os do Centro na altura da rodovia MG-290, a perimetral (figura 5.13). Os rios e também a Lagoa da Banana (vide tópico 5.4, figura 5.8) irão

também contribuir para defini-los. Contudo, são os projetos de intervenção urbana o fator delineador mais importante desses limites. O dique 01, onde foi instalada a Avenida Ayrton Senna, e o dique 02, onde novamente será instalada uma via arterial, serão, dessa forma, seus limites mais importantes (vide tópico 5.4, figura 5.8).

Não será tão simples, contudo, a definição de limites entre recortes. A passagem entre o São Geraldo e o Foch-Mariosa (R10), de um lado, e do São Geraldo e o Santa Rita (R9), de outro, são dados pelo modo de ocupação por uma população de baixa renda e, em grande, feitas irregularmente, no São Geraldo.

Este recorte abriga 11.116 habitantes, que representa 9,3% do total da população urbana. São 3.009 domicílios (8% do total), o que torna essa área a de maior densidade populacional por domicílio (3,7 hab./domicílio) da cidade (tabela 5.1)

b) R9 (Santa Rita): abriga o conjunto de terras em expansão à oeste da Avenida Vereador Antônio da Costa Rios. Seus limites são dados por essa via arterial e as áreas ainda não urbanizadas à sul e à oeste (figura 5.13). Esse recorte também faz limites com o São Geraldo (R8) e suas diferenças já foram delineadas anteriormente.

Essa é uma importante área de expansão urbana cujo processo de ocupação é representado, principalmente, por uma população de renda elevada. Há também variações nos modos de usos, podendo ser encontrados usos residenciais múltiplos (de alta e média renda), além de usos comerciais e de serviços importantes. São 7.161 habitantes e 2.258 domicílios que representam 6,1% e 5,9% do total, respectivamente (tabela 5.1).

c) R10 (Foch-Mariosa): este recorte, por sua vez, tem seus limites definidos pela mesma Avenida Vereador Antônio da Costa Rios, de um lado, e a Avenida Ayrton Senna, de outro (figura 5.13). Ao sul, seus limites são dados pelo contato com a empresa Unilever (vide tópico 5.4, figura 5.8) e, à norte, pelo contato com o São Geraldo. É uma das áreas mais populosas da cidade, com 12.939 habitantes residentes e 4.019 domicílios (tabela 5.1). Isso representa 10,8% e 10,6% do total respectivamente. Há também enorme variedade de usos nesse local, com predomínio dos residenciais, mas podendo também ser encontrados usos comerciais e de serviços.

d) R11 (São Cristóvão): este é o maior recorte em extensão e abriga 12.605 habitantes ou 10,5% do total da população urbana de Pouso Alegre (tabela 5.1). As características dessa área foram dadas no tópico anterior, assim como também seus limites. Os usos do São Cristóvão são

muito influenciados pela instalação de empreendimentos de porte, como o Distrito Industrial e o aeroporto. Mas, também o papel do Estado no financiamento de casas populares e na construção de infraestrutura, será determinante. São usos residenciais de uma população que trabalha, principalmente, nessas indústrias. Mas, também esses usos irão variar, como, por exemplo, a construção de áreas condominiais nesse local.

O R11 é uma área de expansão urbana importante, isso graças a sua localização na proximidade da rodovia BR-352, a Fernão Dias. Seus limites são facilmente reconhecidos, pois se estendem da empresa Unilever, local que determina também o limite do R10, até o Distrito Industrial, do outro lado da referida rodovia (vide tópico 5.4, figura 5.8).

5.5.2 Recortes e perfis territoriais: encaminhamentos para alocação e definição territorial dos serviços de atenção primária à saúde

Recorte e perfis são inseparáveis, pois ambos são definidos pelos usos do território. Contudo, a identificação dos perfis deve ser feita pelo estudo sistemático dos recortes. Evidentemente os elementos considerados para se definir os recortes são os constitutivos gerais dos perfis, permitem vislumbrá-lo. Primeiro sem têm os recortes através dos quais serão identificados os perfis. Por isso, uma definição errada do primeiro, pode levar a uma identificação equivocada do segundo. Como são inseparáveis, é natural que os recortes determinem os tipos de perfis, mas também estes podem contribuir para se refazer os recortes e reorientar os seus limites.

É importante ter claro que apenas a discussão generalizada dos usos como a que foi feita, embora importante, não é suficiente para se caracterizar os perfis. Variáveis demográficas devem ser inseridas, séries estatísticas espaciais e temporais devem ser utilizadas, mecanismos de medida das condições econômicas serão importantes, análise das condições sociais de saúde-doença são fundamentais. Não se pode olhar de um lado só, sobretudo nesse caso. Não se pode determinar a vida das pessoas sem considerar, de modo responsável, solidário e desgarrado de qualquer privilegiamento a pessoas ou grupos, as muitas variáveis que se colocam. As pessoas e suas relações, o poder e a política, o mercado e o dinheiro, a identidade e a pertença, devem ser pensadas de modo múltiplo. Uma equipe multidisciplinar será necessária, já se falava.

O objetivo agora é encaminhar algumas proposições em relação a esses recortes e seus possíveis perfis. Utilizar-se-á alguns dados demográficos como exemplo e também como

provocação. São apontamentos apenas que encaminham na direção da perspectiva aqui trabalhada.

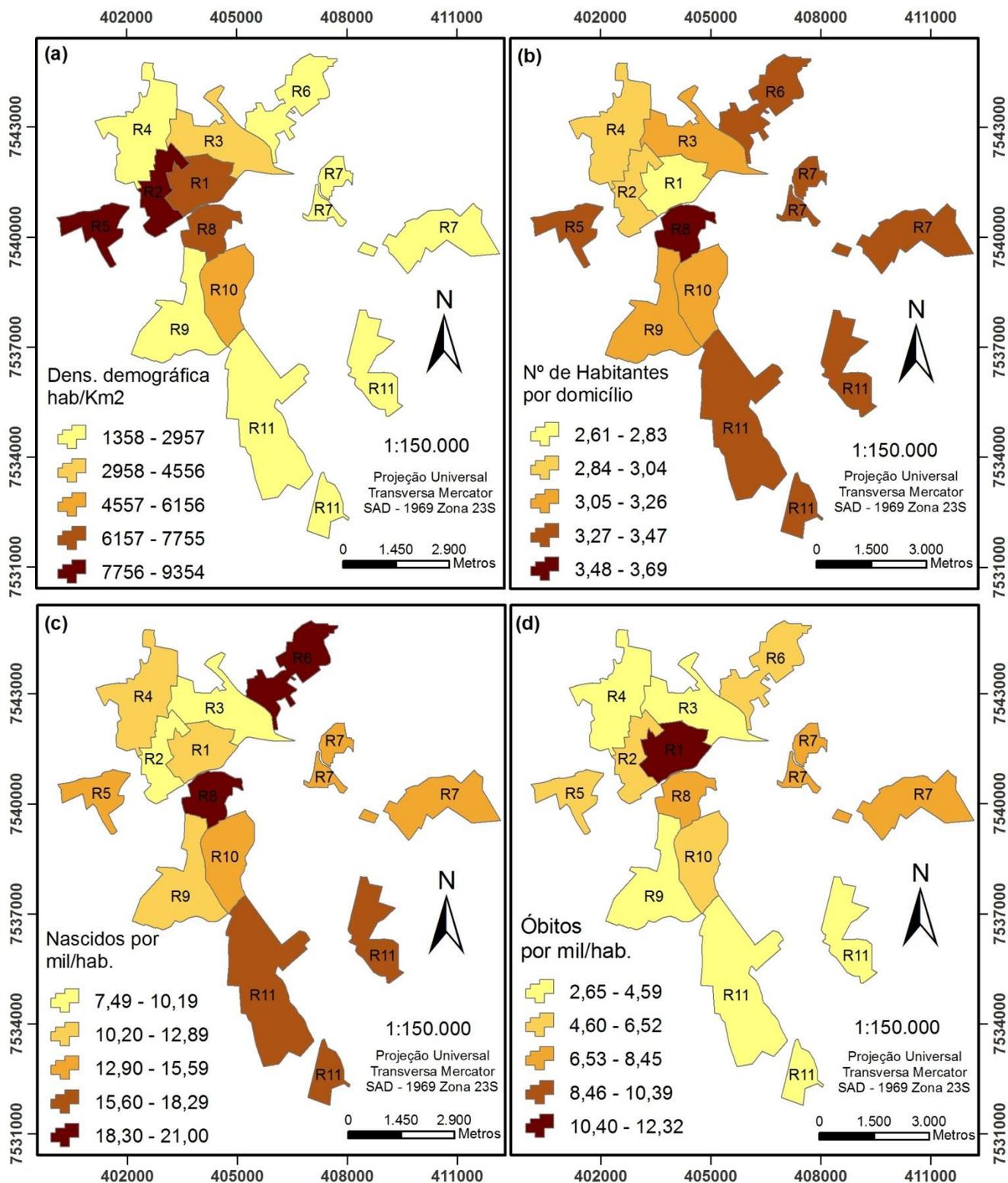
A figura 5.15 apresenta a distribuição e variação de séries demográficas, notadamente a densidade demográfica (a); média de habitantes por domicílio (b); número de nascidos vivos por mil/habitantes (c) e número de óbitos por mil/habitantes (d).

É possível observar enormes variações demográficas (figura 5.15 (a)), fruto de uma estrutura socioterritorial mais ampla, que denota particularidades ou especificidades. Os recortes mais densamente povoados são o Jardim América (R2) e o São João (R5), seguido do Centro (R1) e São Geraldo (R8). Não por acaso, todos esses recortes são definidos como de ocupação tradicional, frutos de uma primeira expansão urbana. Na zona urbana contínua do Centro de que se falava; o Recanto dos Fernandes (R4) é o menos densamente povoado, sendo seguido de perto pelo Fátima (R3). Recorde-se que o R4 é uma das últimas áreas de expansão urbana ainda diretamente ligada a esse Centro. Juntamente com o R3, esta área foi caracterizada como de ocupação residencial de renda elevada, mas com peculiaridades internas a cada uma, respectivamente.

Os demais recortes (R6; R7; R9; R10 e R11) são áreas de uma expansão urbana mais recente, algumas das quais, como o R9, ainda em processo de urbanização. São recortes marcados pela extensividade, tal como propunha Sposito (2010), e este será um fator básico a explicar a menor densidade demográfica nesses locais.

As variações em tal densidade deve ser critério importante para o planejamento e gestão dos serviços. Contudo, os fatores que explicam essas variações serão diferentes, e isso tanto histórica, quanto economicamente. O São João (R6), por exemplo, tem uma densidade demográfica elevada explicada pela ocupação residencial de baixa renda. Veja-se que a relação população e domicílio (figura 5.15 (b)) é elevada nesse local. Na verdade, todas as áreas de ocupação formadas por uma população de baixa renda (R5; R6; R7; R8 e R11) terão uma média mais elevada de habitantes por domicílio.

Figura 5.15: Densidade demográfica (a) e média de habitantes por domicílio (b) em 2010; e número de nascidos vivos (c) e óbitos (d) por 1000/habitantes em 2011 por recorte territorial urbano em Pouso Alegre-MG



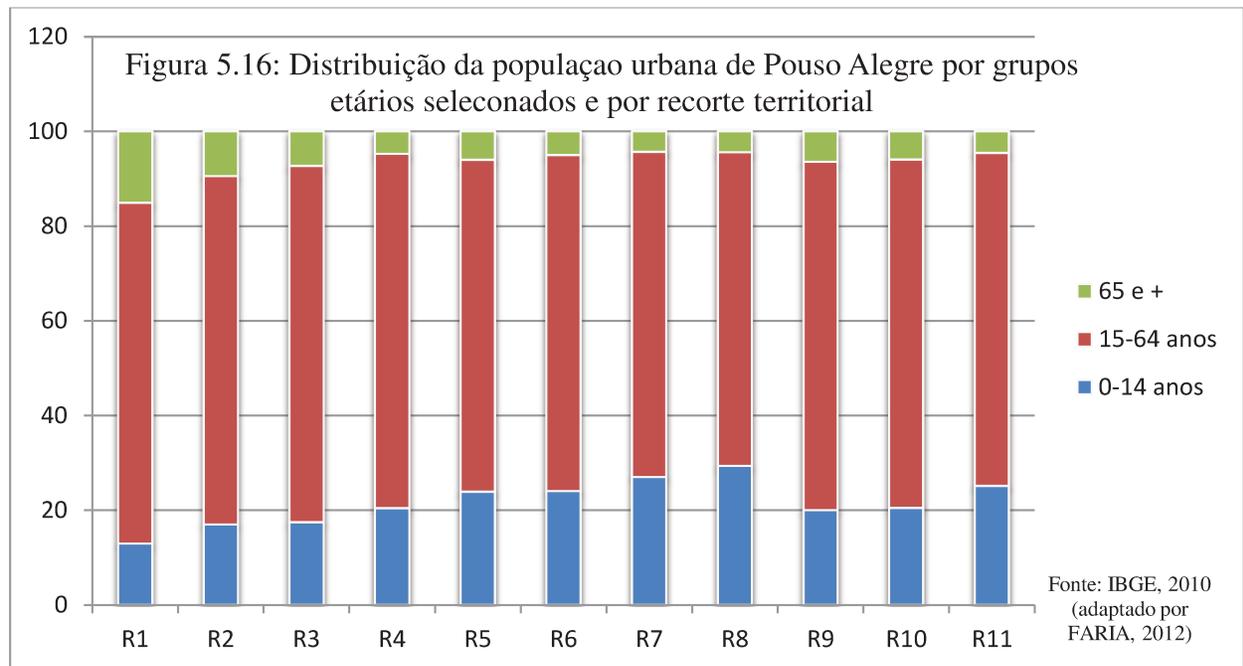
Fonte: Base cartográfica da FJP, 2008.
Org.: Rivaldo M. Faria, 2011

Não por acaso, o São Geraldo (R8) apresenta o maior número nesse sentido e ao mesmo tempo expressa a maior concentração territorial de uma população de baixa renda nessa cidade (FARIA, 2008). Opostamente, o Centro (R1) apresenta a menor densidade de habitantes por domicílio e aqui as razões não serão apenas a renda, mas os usos em si. Locais reconhecidos como de ocupação residencial de renda mais elevada, como é o caso do R3; R4 e R9, terão menor densidade de habitantes por domicílio. E uma das razões pode estar relacionada com o índice de natalidade (figura 5.15 (c)), relativamente menor nesses recortes.

Além das variações na distribuição espacial dessa população e as diferenças na relação entre essa população e os domicílios, apresenta-se ainda as diferenças etárias entre recortes. A figura 5.16 agrega essa população em três grupos etários: a população inativa abaixo de 14 anos e acima de 65 anos e a população ativa, respectivamente. Evidentemente, a construção da pirâmide etária daria um cenário bem mais amplo de análise. O Centro (R1) é o recorte com o maior volume de população idosa em relação ao total da sua população residente, ao passo que também possui o menor volume, em termos de índice, na faixa etária de 0 a 14 anos (15,1% e 12,95% respectivamente). Isso indica uma população mais envelhecida nessa área. O contrário ocorre com o São Geraldo (R8), ou seja, a população acima de 65 anos tem pequena representação em relação ao total, ao passo que a faixa etária abaixo de 14 anos tem enorme representação (4,4% e 29% respectivamente). O BH-Cidade Jardim (R7) e o São Cristóvão (R11) tem comportamentos parecidos com aqueles encontrados no São Geraldo, ao passo que o Jardim América (R2) e o Fátima (R3) se aproximam do que se vê no Centro. Os demais recortes, São João (R5) e Faisqueira (R6), de um lado, e Santa Rita (R9) e Foch-Mariosa (R10), de outro, apresentam comportamentos parecidos. Nos dois primeiros, a população mais jovem é ainda significativa (23,9% e 24,1% do total, respectivamente) e o contrário ocorre com a população idosa (6% e 5,% respectivamente). Nos dois últimos, ou seja, no R9 e R10, os números são também muito parecidos, cerca de 20% são representados pela população inativa abaixo de 14 anos e cerca de 6% pela população inativa acima de 65 anos. Por fim, o Recanto dos Fernandes (R4) possui cerca de 20% de sua população abaixo de 14 anos e quase 5% dela acima de 65 anos.

A distribuição da população por faixa etária revela um comportamento mais amplo das taxas de natalidade e mortalidade em cada um desses recortes (figura 5.15 (c) (d)). Observe que o R6 (Faisqueira) e o R8 (São Geraldo) apresentam as taxas de natalidade mais elevadas, sendo

seguidos de perto pelo R11 (São Cristóvão)⁵⁴. Isso explica o fato, sobretudo no caso do São Geraldo, desses recortes apresentarem elevada participação da população inativa abaixo de 14 anos no total da sua população. Por outro lado, é possível observar, claramente, índices menores de natalidade nos recortes diretamente ligados ao Centro. Novamente, isso é um indicativo importante, mas não o único, para a menor participação da população inativa abaixo de 14 anos no total dessa população.



A distribuição dos óbitos por mil/habitantes (figura 5.15 (d)) já se apresenta mais complexo de entendimento, sobretudo porque, nesse caso, há mais duas variáveis fundamentais a serem consideradas, quais sejam: o número de óbitos por grupo etário (o que é fundamental para medir a expectativa de vida em cada um desses recortes) e o número de óbitos por grupo de causa (o que é fundamental para entender as condições sociais de saúde em cada recorte). É possível observar índice mais elevado de mortalidade no R1 (Centro), justamente o local de maior participação da população inativa acima de 65 anos no total da sua população. Nesse caso, tal índice pode estar relacionado com sua estrutura demográfica mais envelhecida (figura 5.16). Não é a mesma a explicação para o índice de mortalidade nos R7 (BH-Cidade Jardim) e R8 (São Geraldo), por exemplo.

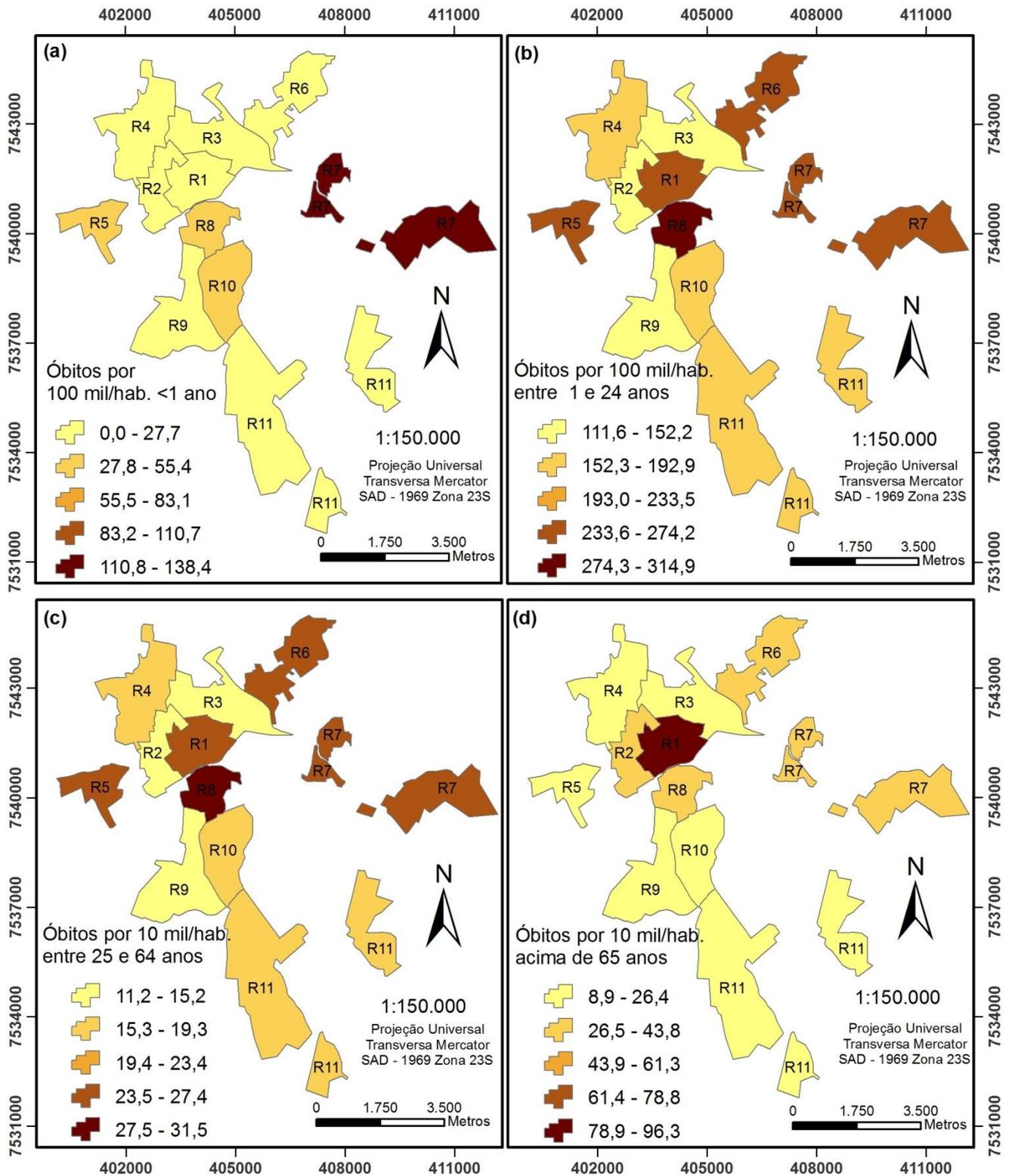
⁵⁴ Os dados da mortalidade e natalidade foram levantados através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) no departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Pouso Alegre-MG e se referem ao agregado do ano de 2011.

De acordo com Damiani (2001), variações nos índices de natalidade e mortalidade são indicativos do desenvolvimento social. Mas, não se deve, continua a autora, confundir, políticas de controle de natalidade com políticas de desenvolvimento econômico. Áreas de menor desenvolvimento social, como o R8 (São Geraldo), irão apresentar maior taxa de natalidade e mortalidade e o contrário ocorre com as áreas de maior desenvolvimento como o R3 (Fátima), por exemplo.

A figura 5.17 apresenta o número de óbitos por grupo etário de 0 a 1 ano e de 1 a 24 anos para cada 100 mil/habitantes (a) e (b), e de 25 a 64 anos e acima de 65 anos para cada 10 mil/habitantes (c) e (d). Não foi possível mapear esses óbitos por grupo de causa, pois tais causas são informadas apenas em relação às suas quantidades e não aos seus endereços. Por isso, tal levantamento exigiria acessar cada uma das fichas de Registro de Óbito, cerca de 700 fichas na área urbana em 2011, o que demandaria um tempo indisponível nesse momento. Também os números de óbitos por faixa de idade foram acessados diretamente nessas fichas, mas sua catalogação é bem mais fácil de ser feita. Esclareça-se que as causas dos óbitos são variadas na maior parte dos casos, podendo apresentar duas ou mais causas, o que torna ainda mais complexo o levantamento dos dados.

Atente-se que é maior a mortalidade de recém-nascidos ou de crianças de até um ano de idade no R7 (BH-Cidade Jardim), uma área de uso residencial de baixa renda, ao passo que para o grupo etário acima de 65 anos, o R1 (Centro) irá apresentar um número mais elevado. Novamente, a índice mais elevado de mortalidade acima de 65 anos no Centro será resultado de sua composição etária e o mesmo ocorre com o BH-Cidade Jardim.

Figura 5.17: Índice de mortalidade por grupo etário e recorte territorial urbano de Pouso Alegre-MG



Fonte: Base cartográfica da FJP, 2008.
Org.: Rivaldo M. Faria, 2011

As principais variações nos índices de mortalidade por grupo etário irão ocorrer no R1; R5; R6; R7 e R8. Os demais recortes (R2; R3; R4; R9; R10 e R11) irão apresentar tendências muito próximas entre si. O R1 (Centro) tem índices elevados de mortalidade, se comparado aos demais recortes, em todas as faixas etárias selecionadas, exceto na faixa etária entre 0 e 1 ano. O R2 (Jardim América) tem baixo índice de mortalidade em todos os grupos etários, exceto uma tendência ao índice de mortalidade um pouco mais elevado para o grupo etário acima de 65 anos. O R3 (Fátima) tem baixo índice de mortalidade para todos os grupos etários selecionados, assim como também o R9 (Santa Rita). Há pequenas variações nos números do R4 (Recanto dos Fernandes), o que o faz aproximar das condições apresentadas pelo R3. Os recortes R5; R6; R7 e R8 (São João; Faisqueira; BH-Cidade Jardim e São Geraldo, respectivamente) tem comportamentos muito parecidos em suas taxas, com pequenas variações. Ressalte-se que estas são as áreas de maior carência social em Pouso Alegre, como já havia sido apontado em estudo anterior (FARIA, 2008). De modo geral, são elevadas as taxas de mortalidade em todos os grupos etários selecionados em todos esses recortes. Por fim, os recortes R10 (Foch-Mariosa) e R11 (São Cristóvão) têm comportamentos também parecidos entre si, com tendência a um índice maior de mortalidade nos grupos etários abaixo de 65 anos.

Algumas características de cada recorte territorial urbano de Pouso Alegre podem também ser encontradas observando-se as condições dos domicílios (algumas variáveis apenas, pois ainda não foram todas disponibilizadas pelo IBGE) e o índice de alfabetização.

A tabela 5.2 apresenta as características desses domicílios a partir de quatro variáveis selecionadas: domicílios com abastecimento de água da rede geral; domicílios com três banheiros de uso exclusivo dos moradores e domicílios sem abastecimento de energia elétrica.

Em geral, os índices de abastecimento de água da rede geral são altos em todos os recortes territoriais selecionados. Contudo, este é um dado cujas variações podem se dar não apenas em razão das condições de ocupação urbana, mas da própria expansão urbana. Áreas em processo de ocupação, ainda não foram efetivamente infraestruturadas. É o caso do R4 (Recanto dos Fernandes), o recorte com o maior número e índice de domicílios sem abastecimento de água da rede geral. Mas, também os locais de contato entre uma realidade urbana e outra rural podem apresentar formas diversas de abastecimento de água, como poços artesianos, por exemplo. O R6, R7 e R9 podem também se enquadrar nesse caso.

Tabela 5.2: Condições dos domicílios por variáveis selecionadas (abastecimento de água, banheiros de uso exclusivo e abastecimento de energia elétrica) e por recorte territorial urbano de Pouso Alegre-MG em 2010

Recortes	Domicílios sem abastecimento de água da rede geral	% em relação ao total	Domicílios com 3 banheiros de usos exclusivo	Porcentagem em relação ao total	Domicílios sem energia elétrica	% em relação ao total
R1	186	3,6	733	14,3	0,0	0,0
R2	65	1,2	307	5,8	5,0	0,1
R3	201	2,4	616	14,6	1,0	0,02
R4	383	16,8	164	7,2	0,0	0,0
R5	27	0,8	33	1	7,0	0,2
R6	151	8,4	84	4,7	5,0	0,3
R7	97	4,2	50	2,2	0,0	0,0
R8	123	4,1	53	1,7	19	0,6
R9	70	3,4	181	8,7	1,0	0,04
R10	32	0,8	227	5,6	1,0	0,02
R11	24	0,7	86	2,2	0,0	0,0

Fonte: IBGE, 2010 (adaptado pelo autor)

Entretanto, nem sempre será possível entender os números relacionados ao abastecimento de água da rede geral considerando sua relação apenas com essas duas variáveis. Veja-se, por exemplo, que o R11 (São Cristóvão) não se enquadra nesse caso, pois, embora seja uma área de expansão urbana e esteja em contato com uma realidade rural, tem um número reduzido de domicílios sem abastecimento de água da rede geral e apresenta o menor índice nesse sentido. Também nem sempre esses índices estarão relacionados com as condições econômicas. É o caso do São João (R5), pois embora seja uma área de carências sociais (FARIA, 2008), apresenta pequeno número de domicílios sem abastecimento de água da rede geral.

No caso do São Geraldo (R8), as razões podem ser outras. Primeiro, porque não é uma área de ocupação recente e, segundo, porque está muito próxima do Centro. Acredita-se que a

ocupação irregular seja um dos fatores explicativos, nesse caso. A ilegalidade do uso “impede” a criação de infraestrutura.

Um segundo dado encontrado na tabela 5.2 refere-se aos domicílios com três banheiros de uso exclusivo dos moradores. Acredita-se que essa variável pode estar relacionada com as condições do domicílio, pois é natural que aqueles melhor equipados possuam maior número de banheiros no seu interior. Não por acaso, os recortes da mancha urbana continua do Centro (R1; R2; R3 e R4) e o R9 são os que possuem maior densidade de domicílios com três banheiros de uso exclusivo dos moradores. Ressalte-se que esses recortes apresentam usos residenciais de uma população de renda mais elevada. Se fosse possível contrapor esses dados com aqueles referentes à renda da população, uma forte correlação seria encontrada¹⁰². Veja-se que os recortes R5 (São João) e R8 (São Geraldo), estes apontados como áreas de usos residenciais de uma população de baixa renda, apresentam os menores índices de domicílios com três banheiros de uso exclusivo dos moradores. Juntamente com esses dois últimos estão os recortes R6 (Faisqueira); R7 (BH-Cidade Jardim) e R11 (São Cristóvão). O R10 (Foch-Mariosa) apresenta um comportamento intermediário nesse sentido.

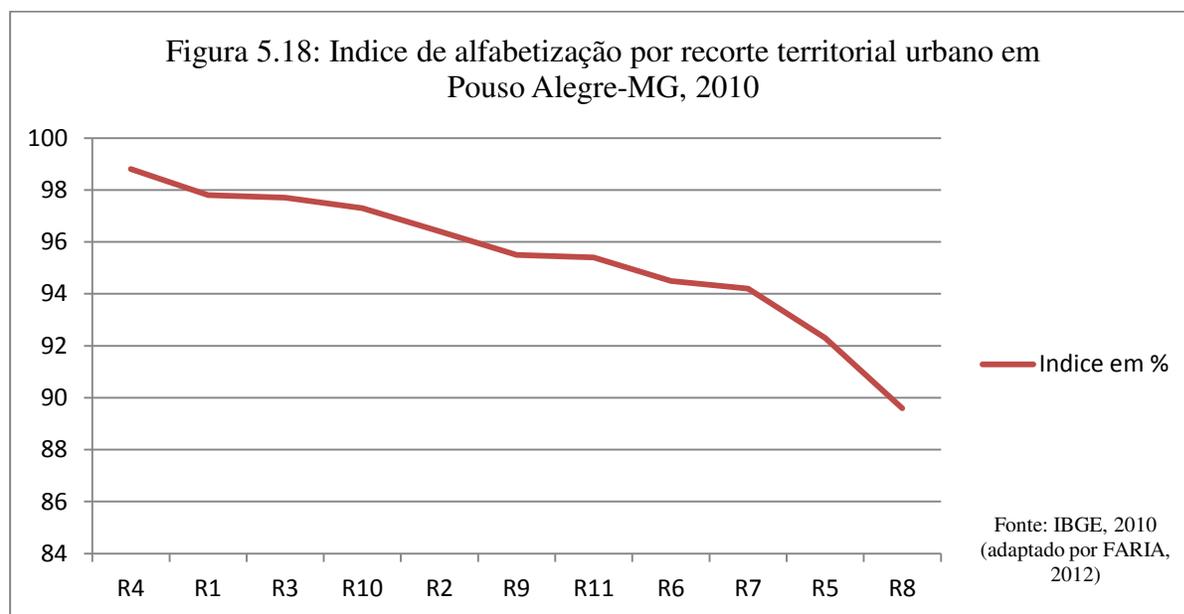
A última coluna da tabela 5.2 novamente apresenta um dado diretamente relacionado às condições sociais de acesso aos serviços. Embora a falta de energia elétrica seja algo mais comum na área rural, também na cidade se pode encontrar casas sem esse serviço. Evidentemente, tem acesso a energia quem pode pagar por ela. E mesmo com os muitos auxílios do governo nesse sentido, em muitos casos, este acesso pode ser dificultado. Não por acaso, o R8 (São Geraldo) é a área de maior concentração de domicílios sem energia elétrica. E isso porque é uma área de enormes carências sociais (FARIA, 2008) e a própria ocupação irregular pode dificultar a instalação do serviço. Depois do São Geraldo, o São João (R5) e o Faisqueira (R6) são os dois recortes com a maior concentração de domicílios sem energia elétrica. Novamente são áreas de uso residencial por uma população de baixa renda. O oposto ocorre com o R1 (Centro); R2 (Jardim América); R3 (Fátima) e R9 (Santa Rita).

Os índices educacionais são outro indicativo das condições sociais, resultados das formas de uso. Novamente, não seria possível abordá-los todos aqui. Considere-se o índice de alfabetização como modo de mostrar as diferenças entre esses recortes (figura 5.18). O gráfico foi

¹⁰² Infelizmente os dados referentes a renda por setor censitário só serão disponibilizadas pelo IBGE em novembro de 2012, isso de acordo com o calendário de divulgação do Censo Demográfico de 2010.

organizado propositadamente em ordem decrescente. Ou seja, dos recortes mais bem alfabetizados aos menos alfabetizados.

Note-se que os índices de alfabetização são muito bons em Pouso Alegre. A média encontrada no Brasil é de 89,8% e em Pouso Alegre é de 95% (IBGE, 2010). O recorte com menor índice (R8), ainda se aproxima da média encontrada no Brasil. Contudo, a questão importante aqui são as variações nas médias de alfabetização entre os recortes, pois as diferenças denotam particularidades relacionadas com as condições de vida. Observe que os três recortes com melhores índices de alfabetização estão todos localizados na mancha urbana contínua do Centro (R4; R1 e R3, respectivamente). Não por acaso, são os locais com as melhores condições de moradia e menor índice de mortalidade abaixo de 65 anos como se viu. Por outro lado, os quatro recortes com menor índice de alfabetização (R8; R5; R7; R6) são representados por aqueles com piores condições de moradia e índices elevados de mortalidade abaixo de 65 anos.



A relação entre educação e condições sociais está dada, assim como também a relação entre saúde e educação. Outras variáveis devem ser inseridas. Mesmo porque, apenas os dados numéricos não revelam tais perfis, conquanto também não sejam negligenciados. Os dados educacionais, de moradia, epidemiológicos, ambientais, etc. revelam os usos, expressam ou materializam tais usos. Mas, são apenas os seus resultados, suas consequências. É possível entender os usos e reconhecer os perfis pelas suas consequências? Ambas são inseparáveis, evidentemente. O modo de uso determina as condições de saúde numa dada localidade, por exemplo, e estas revelam os usos que lhes originam. Mas, apenas o estudo numérico de tais

condições de saúde pode escamotear tais usos. E isso por duas razões. Primeiramente porque os números nem sempre possibilitam apreender as relações. Usos residenciais de baixa renda não se explicam senão nas suas relações com outros usos em diversas escalas. Em segundo lugar porque a relação entre consequências e usos será medida por uma série de variáveis. Nesse caso, tudo depende da seleção de tais variáveis. Uma grande base de dados pode facilitar as coisas. Mas os números nem sempre permitem captar a essência dessas coisas, sua totalidade. Daí a importância da análise, da reflexão e da inserção de instrumentos qualitativos de verificação tal como propõe Minayo (2000).

As objeções feitas até aqui em relação aos onze recortes permitem vislumbrar características territoriais peculiares a cada um. Os elementos demográficos, epidemiológicos, educacionais e de moradia tratados apontam o caminho a ser percorrido. O estudo sistemático dos recortes territoriais deve permitir identificar seus perfis, mas para isso tal estudo deve ser empreendido. O que se fez aqui foi apontar condições gerais a cada um, pois tal tarefa deve ser feita de modo mais aprofundado e amplo.

5.5.3 Desenho da porta de entrada do SUS na área urbana de Pouso Alegre-MG: uma perspectiva de adequação territorial das UBS/ESF

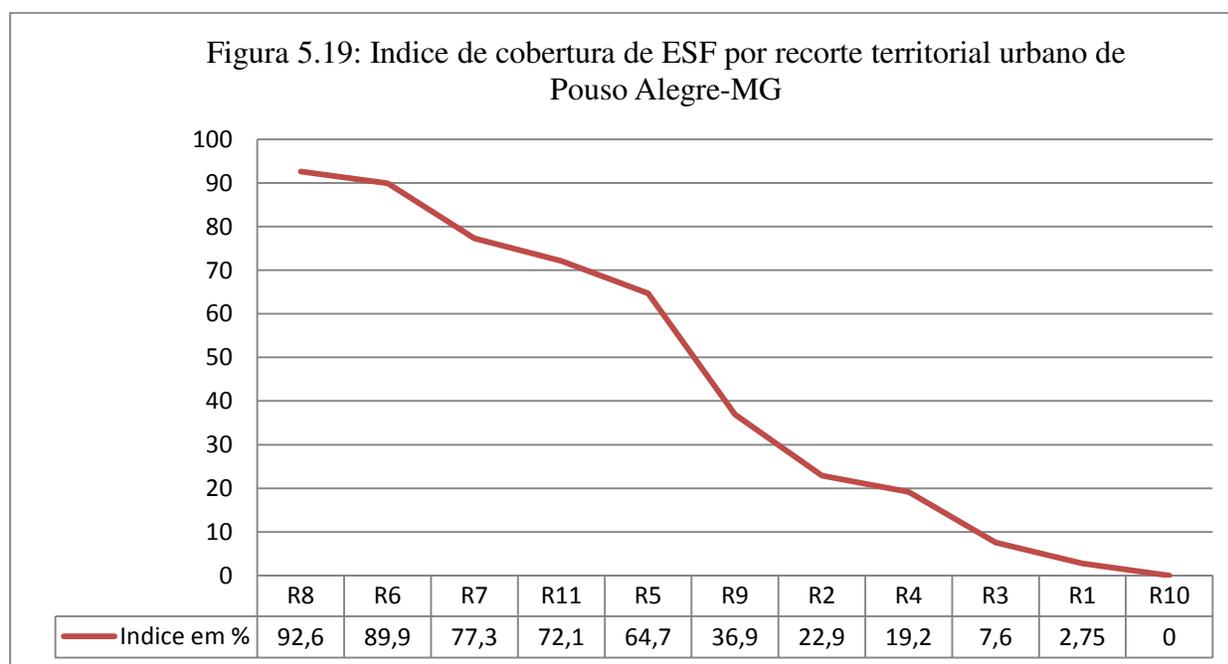
Os recortes realizados e a identificação de algumas características internas e cada um respectivamente oferece um cenário interessante para se pensar o planejamento e a gestão territorial dos serviços de atenção primária à saúde em Pouso Alegre. Ainda que os limites aqui propostos se apresentem como uma provocação apenas, algumas considerações teóricas podem contribuir para ultrapassar uma territorialização excludente nessa cidade.

Esclareça-se, inicialmente, que apenas o desenho da porta de entrada do SUS não encaminha para a produção de uma rede de atenção primária integrada e articulada. O território é ponto de partida, condição *sine qua non*, mas sem resolver problemas estruturais não poderá responder tal como deveria. Há problemas relacionados ao próprio território como, por exemplo, a má distribuição de equipamentos e profissionais. Mas, há também problemas relacionados com a descaracterização das funções atribuídas às UBS, fruto de uma herança que insiste em permanecer, malgrado sua inoperância como porta de entrada do SUS. Não adianta a UBS ter uma circunscrição territorial se sua prática é a mesma. Não se trata apenas de ter um território para atuar, mas sim de atuar territorialmente, ou seja, agir sobre o território e seu perfil.

Por isso, acredita-se, o melhor investimento a ser feito em atenção primária em Pouso Alegre é atentar para uma gestão territorial equitativa. Não adianta investir em recursos, em novos equipamentos se suas distribuições são desiguais. Em muitos casos, o problema pode não estar na falta de equipamentos e profissionais, mas na ineficiência operacional. Como as UBS não possuem território de atuação e responsabilização, se torna, inclusive, difícil avaliá-las. E nesse sentido, esse trabalho é uma contribuição.

Considere-se uma relação simples entre oferta e demanda. A figura 5.19 apresenta o índice de cobertura de ESF por recorte territorial. Há uma tendência espacial à concentração de ESF nas áreas periféricas, socialmente mais carentes, tais como o São Geraldo (R8); Faisqueira (R6); Belo Horizonte-Cidade Jardim (R7); São Cristóvão (R11) e São João (R5). Por outro lado, as áreas com menores índices de cobertura estão localizadas no Centro e seu entorno, com exceção do Foch-Mariosa (R10), o único recorte completamente desassistido por esse serviço.

Os elevados índices dos cinco primeiros recortes urbanos indicados no gráfico levam a crer que, em termos de oferta, estão muito bem assistidos. Isso porque, além dessas ESF, há também nesses recortes a presença das UBS. Considerando que as mesmas serão ressignificadas mediante uma atenção voltada para a família, e que, portanto, se responsabilizarão pelo mesmo público das ESF, haverá quase ou total cobertura nesses recortes.



Fonte: IBGE, 2010; SIAB, 2011 (adaptado por FARIA, 2012)

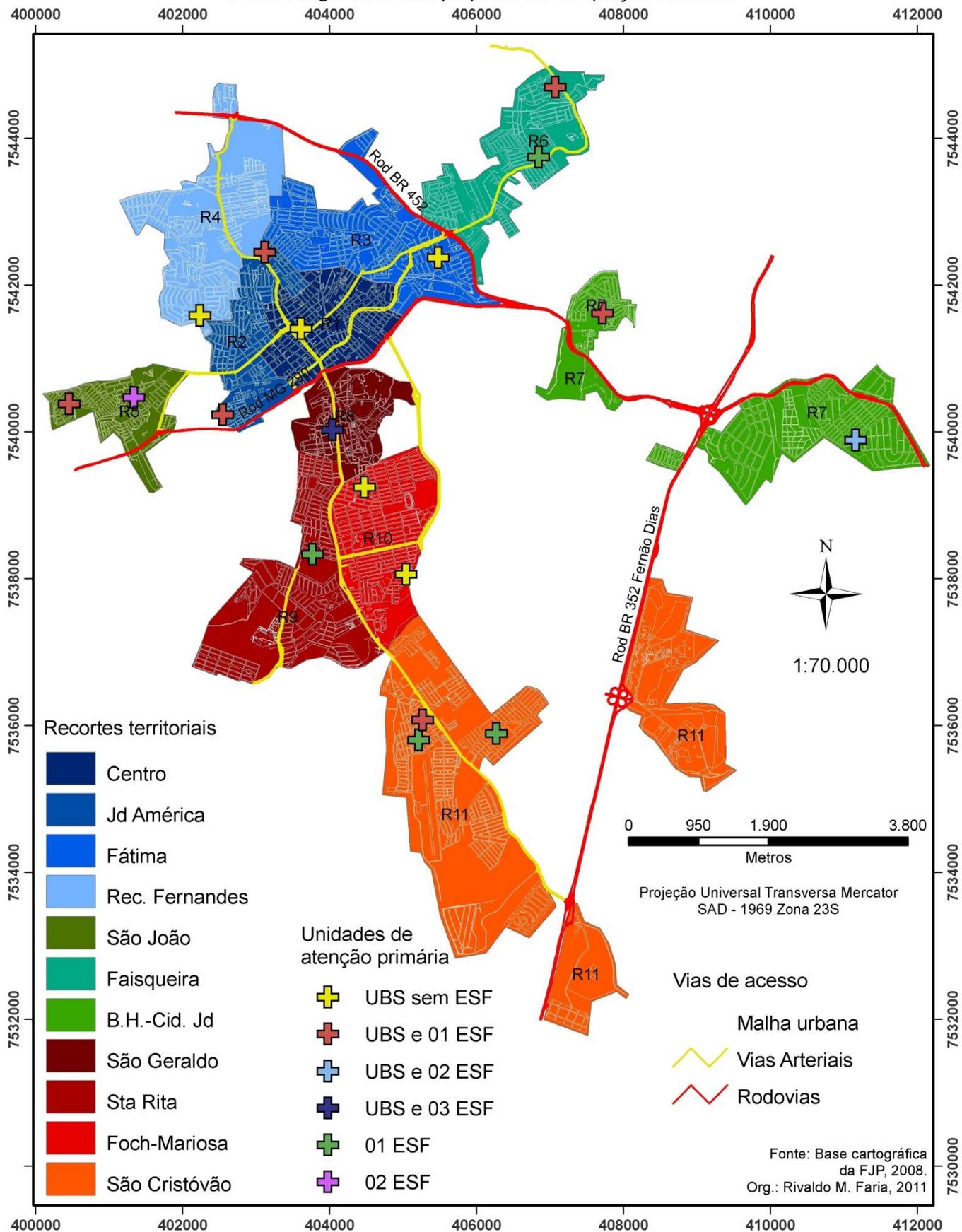
O São Geraldo (R8) é o recorte territorial mais bem assistido, são três ESF que atendem 92,6% da sua população. Mas aí está também localizada uma UBS, local onde estão instaladas essas mesmas ESF. Não será difícil integrar as ações da UBS e ESF nesse caso, inclusive porque já funcionam geograficamente no mesmo local (figura 5.20). O Faisqueira (R6) possui duas ESF, uma das quais está instalada na UBS e outra em uma casa alugada. O ideal é que ambas estejam instaladas na UBS ou, então, que outra UBS seja construída para abrigá-la. Quase 90% dessa população é acompanhada pelos profissionais das ESF. O Belo Horizonte-Cidade Jardim (R7) possui duas UBS onde estão instaladas três ESF. Quase 80% da sua população é acompanhada por essas ESF. O São Cristóvão possui uma UBS e três ESF, duas das quais também estão instaladas em casas alugadas. Mais de 70% da sua população é assistida pelas ESF. Por fim, o São João possui uma UBS e três ESF, duas das quais estão em prédios separados. Mais de 60% da sua população é assistida por essas ESF. Em todos esses cinco recortes, dado o elevado índice de assistência, o controle e a coordenação dos fluxos podem ser também facilitados.

No Centro e seu entorno (R1; R2; R3 e R4) o índice de assistência das ESF é baixo. São apenas duas equipes que atendem menos de 15% da sua população em média. Contudo, só nessa área estão localizadas cinco UBS (figura 5.20), todas com o modelo tradicional de demanda espontânea. As duas ESF funcionam no mesmo prédio dessas UBS, notadamente naquelas localizadas no R2 (Jd América), mas sem integração com elas. Contudo, novamente, a definição de um mesmo público para ambos os serviços pode elevar esse índice. Nesse eixo, o Jardim América (R2) e o Recanto dos Fernandes (R4) são os recortes mais bem assistidos pela ESF, 22,9% e 19,3% respectivamente¹⁰³. O R1 (Centro) tem menos de 3% da sua população atendida e o R3 (Fátima), cerca de 8%.

O Santa Rita (R9) é o único recorte sem nenhuma UBS (figura 5.20). Aí está instalada apenas uma ESF que atende 36,9% da sua população. Nesse caso, uma UBS deverá ser construída para dar suporte a essa ESF.

¹⁰³ A ESF instalada na UBS localizada à norte do R2 (no bairro Esplanada) tem sua área de atuação estendida por todos os quatro recortes do Centro e seu entorno. Essa é a única ESF da área urbana que necessitaria, caso esses limites fossem adotados, de adequação. Isso porque, os limites das ESF deve ser o mesmo limite das UBS. Nesse caso, para cálculo do índice de cobertura em cada um desses quatro recortes foram consideradas as microáreas de atuação dos agentes de saúde.

Figura 5.20: Desenho dos territórios de atuação das UBS/ESF na área urbana de Pouso Alegre-MG: uma proposta de adequação territorial



O recorte Foch-Mariosa (R10) possui duas UBS. Embora complemente desassistido pela ESF, tais UBS, se res-significadas com foco na família, podem atender quase completamente essa população, acredita-se. Um modo de saber isso é considerar o pessoal empregado. Considere-se uma comparação simples como exemplo: o São Geraldo possui uma UBS onde estão instaladas três ESF. Aí estão empregados três médicos, três enfermeiros e quatro dentistas⁵⁷. O índice de cobertura para 10 mil/habitantes é de 2,7 para médicos e enfermeiros e de 3,6 para dentistas. Já o Foch-Mariosa possui duas UBS onde estão empregados sete médicos, três enfermeiros e cinco dentistas. Isso equivale a um índice de 5,41, 2,31 e 3,9 por 10 mil/habitantes, respectivamente. Veja-se que a densidade de médicos e dentistas é menor no São Geraldo se comparado ao Foch-Mariosa e o número relacionado ao profissional da enfermagem é muito próximo para ambos os recortes. Entretanto, a quase totalidade da população do São Geraldo é atendida com esse número menor de profissionais de nível superior, notadamente médicos e dentistas. Isso leva a crer, especificamente nesse exemplo, que não se trata de um problema de falta de profissionais, mas sua otimização. Obviamente, há outros profissionais a serem considerados, sobretudo, nesse caso, os agentes de saúde. Contudo, os custos com este profissional é bem menor que os de nível superior.

Veja-se que no exemplo citado foram considerados apenas dados quantitativos. Não foi mencionada a questão dos perfis do território, haja vista que as necessidades e as demandas podem variar conforme tais perfis. Haverá uma variação não apenas na densidade da demanda, mas no tipo de demanda. Em ambos os casos, a variação vai acontecer de acordo com as condições socioterritoriais. No caso do São Geraldo, a demanda será maior, acredita-se, isso considerando o seu perfil: área de ocupação irregular em grande parte, elevados índices de analfabetismo, elevados índices de natalidade e mortalidade. Já no Foch-Mariosa tal demanda pode ser menor, novamente considerando seu perfil: menores índices de natalidade e mortalidade, melhores condições educacionais, entre outros. Isso traz inúmeras implicações na gestão dos serviços e nas suas distribuições. Obviamente, ambos os recortes irão gerar necessidades diferentes de saúde e os serviços precisam se adequar a tais necessidades.

Deve haver, naturalmente, uma “equipe base” composta por enfermeiro, médico generalista, auxiliares e agentes de saúde. A PNAB (BRASIL, 2007b) orienta qual a estrutura e profissionais necessários para operar uma UBS/ESF. Mas as ações dessas equipes não serão as

⁵⁷ Dados coletados na Secretaria Municipal de Pouso Alegre em 2011.

mesmas para todos os recortes. Ademais, nada impede que a Secretaria Municipal de Saúde, na medida de sua capacidade insira profissionais especializados para atender as características de cada território. Áreas de usos residenciais tradicionais, formadas por uma demanda elevada de idosos, pode exigir a presença de um profissional de fisioterapia, por exemplo, (talvez seja o caso do Centro, R1). Já os locais onde as taxas de natalidade são elevadas, como é o caso do São João (R5), talvez seja necessário inserir um profissional especializado em pediatria.

O que se está propondo é a adaptação dos serviços aos territórios recortados e reconhecidos pelos seus usos. E isso talvez exija muito mais mudança de postura da gestão do que aplicação de novos recursos, não que isso não seja também necessário.

A figura 5.20 apresenta uma perspectiva de recortamento do território urbano de Pouso Alegre. É uma generalização, obviamente, uma provocação necessária para estabelecer um ponto de vista diferente da prática territorializadora desses serviços. Não é o desenho o elemento mais importante, mas o processo teórico-metodológico que o fundamenta. Acredita-se que sua aplicação, associada à ampla participação social, sem a qual seria inviável, causaria pelo menos quatro consequências em termos de gestão, quais sejam:

a) Toda a população urbana terá uma porta de entrada geograficamente definida para o SUS. Isso resolve o problema da territorialização parcial baseada nas áreas de atuação das ESF. O ponto de partida não é mais o serviço, mas o território e as pessoas que o produzem. A territorialização se baseia numa oferta padronizada dos serviços (máximo quatro mil/habitantes), já a perspectiva aqui apresentada se baseia nos perfis do território e nas necessidades que ele gera (guardadas, evidentemente, as devidas generalizações nessa comparação).

b) As UBS e ESF passam a funcionar de modo integrado, pois se responsabilizam pelo mesmo público-alvo e território-alvo. Não há mais uma demanda controlada nas ESF e uma demanda espontânea, vinda de toda parte, nas UBS.

c) Os recortes permitem a identificação território-usuário-serviço. Assim, quando uma pessoa acessar o SUS em qualquer um de seus níveis, poderá ser identificada territorialmente. E tal identificação territorial é o mecanismo que permite também identificar o serviço de atenção primária que se responsabiliza por ela. Dessa forma, torna-se possível o referenciamento e contrarreferenciamento para todas as direções do sistema. Sem essa identificação é difícil coordenar os fluxos de usuários na rede e oferecer uma atenção continuada. Ressalte-se que a coordenação dos fluxos não é feita apenas para não impactar os serviços de atenção especializada, evitando demandas incongruentes com tais especialidades. A coordenação é feita, principalmente, para que a atenção especializada saiba o histórico

das condições de vida e saúde de cada usuário mediante encaminhamentos feitos pela atenção primária. Mas, o contrário também é verdadeiro, ou seja, os procedimentos realizados na atenção especializada passam a ser conhecidos e acompanhados pela atenção primária. Dessa forma, a continuidade da atenção depende, em última instância, da coordenação dos fluxos na rede, pois do contrário, procedimentos realizados na atenção primária seriam desconhecidos pela atenção especializada e vice versa. Novamente, a definição território-usuário-serviço é ponto de partida para a existência dessa coordenação e continuidade da atenção.

d) A adaptação dos serviços aos perfis do território pode levar também à sua otimização, pois passam a atender as especificidades desses perfis. Não se pode instalar o mesmo serviço e estabelecer as mesmas ações no Fátima (R3) e no Belo Horizonte-Cidade Jardim (R7), por exemplo. Tal otimização ainda implica duplamente favorável à gestão, pois, de um lado, e mais importante, pode tornar as ações mais resolutivas, o que incide positivamente na melhoria das condições de vida e saúde em geral e, de outro, pode levar à redução dos custos pela eliminação de incongruências e estrangulamentos na rede (MENDES, 2009).

Para finalizar, é importante deixar claro que os recortes e limites apresentados na figura 5.20 não são fechados, nem mesmo inflexíveis. Ao contrário, ou seja, devem ser revistos e alterados conforme as necessidades que se apresentam. O termo perspectiva é interessante exatamente por isso, pois não fecha, mas abre possibilidades e encaminha reflexões. O território urbano de Pouso Alegre tem especificidades em termos de usos na sua área central e entorno (recortes compreendidos na cor azul na figura 5.20), local onde foram estabelecidos quatro recortes com especificidades apontadas no tópico 5.5.2. Mas, também a mancha urbana que se estende ao sul (recortes compreendidos na cor vermelha na figura 5.20), local onde também foram estabelecidos quatro recortes. Novamente, suas especificidades puderam ser notadas. Por fim, apresentam-se os fragmentos de expansão urbana não diretamente ligados ao Centro e com características peculiares. Cada um dos quais agregaram um recorte apenas (recortes compreendidos na cor verde na figura 5.20).

Tal flexibilidade permite rever esses limites conforme as necessidades que se apresentam. Ou ainda, isso deve ser feito na medida da aplicação de estudos mais aprofundados desses usos. Há muitas variáveis a serem devidamente consideradas e criterizadas. Obviamente, isso faz gerar novas considerações sobre as posições desses limites. Na verdade, o problema não reside nos limites em si, mas no modo de estabelecê-los. Não foi nossa preocupação a precisão geométrica e matemática na definição desses recortes representados na figura 5.20. Anunciamos

insistentemente a inviabilidade de estabelecê-los nesse trabalho. Nossa preocupação estava em demonstrar o caminho percorrido. E nesse sentido, acreditamos ter alcançado êxito.

Dessa forma, como modo de demonstrar tal caminho, criamos um quadro (5.1) demonstrativo e comparativo da perspectiva aqui apresentada em relação ao que propõe a política da territorialização da saúde no Brasil.

Quadro 5.1: Elementos comparativos entre a territorialização e a perspectiva do reconhecimento e adaptação aos perfis do território urbano

Propostas	Concepção	Técnica	Inscrição espacial	Critério principal	Dimensão
Territorialização	Política	Criação de territórios	Imposição	Nº. de habitantes	Padronizada
Perspectiva dos perfis do território	Socioespacial	Reconhecimento dos territórios	Adaptação	Usos do território	Variada

Fonte: o autor (2012)

Como concepção, a perspectiva aqui apresentada é socioespacial, pois é construída em torno dos usos do território, ou seja, das relações sociais que historicamente o produz. A territorialização tem uma concepção mais política, pois se apresenta como um conjunto de metodologias criadas para atender uma demanda de gestão pelo Estado. A territorialização cria territórios da saúde, ao passo que nossa perspectiva propõe o reconhecimento dos territórios realmente existentes. O critério mais importante no programa da territorialização é o número de habitantes, dado pela capacidade de atendimento do serviço. Portanto, o serviço é o ponto de partida. Nossa perspectiva tem como critério mais importante os usos dados pelas relações sociais projetadas no espaço. Portanto, o território usado é o ponto de partida. Como inscrição espacial, a territorialização impõe limites, pois são criados de fora (são os serviços que territorializam). Nossa perspectiva propõe a adaptação dos serviços aos territórios. Por fim, se na territorialização os territórios são criados de maneira padronizada, a perspectiva dos perfis trabalha com territórios de dimensões variadas.

O desenho da porta de entrada do SUS em Pouso Alegre (figura 5.20) materializa uma perspectiva geográfica sobre como poderia ser resolvida a fragmentação da atenção primária nesse território. Ela integra as ações das UBS e ESF em torno de um mesmo público e de um

mesmo território. Além disso, como trabalha com agregados de UBS/ESF, há também a possibilidade de flexibilizar seus limites, pois duas ou mais equipes passam a se corresponsabilizar pelo mesmo território. E flexíveis dessa forma, tais limites não cerceiam, mas agregam. A existência desses limites, nesse caso, tem razão de ser e se justificam como necessários para permitir um relacionamento continuado e integrado entre pessoas e os serviços de atenção primária à saúde. Dessa forma, a adaptação dos serviços aos perfis do território urbano é também um modo de humanizar as ações tendo em vista as pessoas, suas relações e suas necessidades.

A discussão territorial do SUS no Brasil carece da presença e participação mais efetiva da Geografia. Neste início de século, vários pesquisadores e programas de pós-graduação adentraram este campo, mas há ainda muito a se fazer. Um país de dimensões continentais, precisa criar uma racionalidade geográfica para pensar os problemas e os serviços de saúde nas diversas escalas.

A territorialização é uma técnica e uma política de planejamento e gestão dos serviços de saúde do SUS. Como técnica, ela permite a apropriação do espaço pelos serviços de saúde, notadamente àqueles ligados à atenção primária, Como política ela é um programa de Estado usado para planejar e gerir esses serviços. A territorialização pode ser definida como um modo político e prático de definir os limites de atuação dos serviços de atenção primária à saúde, apresentando-se como algo de fora que se projeta e se impõe como condicionante.

A discussão teórica da “territorialização da saúde” levou a questionar o uso dessa expressão. Ela se explica como o processo de constituição de territórios (HAESBAERT, 2006). Mas, a problemática, acredita-se, não está no processo, mas nas relações de poder que o desencadeiam, ou seja, nas territorialidades (as estratégias) e no território como totalidade. Por isso, não há uma territorialização da saúde, mas sim, a criação de áreas administrativas dos serviços de saúde no interior do território urbano. Entretanto, o uso do termo territorialização orienta e justifica a prática da criação de territórios políticos da saúde.

O fator mais importante a determinar essa territorialização, vimos, é o número de habitantes. Por isso, o cadastramento (a adscrição de clientela) passou a funcionar como processo desencadeador da territorialização. Os serviços se apropriam de uma determinada área, a territorializam, tendo em vista um número máximo de quatro mil habitantes (BRASIL, 2007b). E este condicionante denota claramente que o ponto de partida para a territorialização são os serviços e sua capacidade de oferta (padronizada para todo o país).

O estudo desta prática confirmou grande parte das objeções teóricas feitas sobre a territorialização. São territórios padronizados, criados conforme a capacidade de oferta dos serviços e projetados de fora como condicionante da vida de relações. Entretanto, essas questões ganharam ainda mais destaque no estudo do território urbano de Pouso Alegre, devido a manutenção de dois modelos de atenção primária nesse local: de um lado, uma demanda

controlada nas ESF, organizadas para um público-alvo e um território definido e, de outro, uma demanda espontânea nas UBS, organizadas sem uma circunscrição geográfica definida.

A territorialização foi, então, aplicada em relação às ESF apenas. Dessa forma, como essas equipes atendem cerca de 40% da população urbana, os outros 60% ficam desassistidos. É difícil explicar porque algumas áreas foram “territorializadas” e outras não. Nos locais de limites dessas ESF, as limitações da política da territorialização ficaram ainda mais evidentes, pois existem ruas ou mesmo famílias que são parcialmente atendidas. Além das iniquidades (haja visto que isso vai além das desigualdades e envolve o campo da ética e da justiça), apresentam-se ainda a descoordenação dos fluxos e a descontinuidade da atenção. Para os 60% não assistidos pelas ESF não existe uma porta de entrada definida para as redes de atenção à saúde do SUS em Pouso Alegre.

O ponto de partida para resolver isso deve ser a integração das ações das UBS e ESF, atendendo, dessa forma, as orientações legais dadas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007b). Uma vez que estes serviços se integram, o passo seguinte deve ser a responsabilização de cada serviço por um território determinado, e não apenas para parte dele.

A perspectiva aqui trabalhada se debruçou sobre a problemática geográfica da determinação dos territórios e limites de atuação das UBS/ESF. Considerando os problemas teóricos e práticos e o caráter político-burocrático da territorialização, buscou-se traçar um caminho diferente. Sob essa perspectiva os serviços de atenção primária à saúde devem se adaptar aos perfis do território urbano reconhecidos pelos seus usos. Há uma inversão, portanto, pois não se trata de criar territórios (territorializar), mas de reconhecer e se adaptar aos territórios já existentes. O ponto de partida deve ser o reconhecimento dos perfis do território urbano através de seus usos. Veja-se que aqui está posto o que se deve fazer e como fazer. Sobre “como fazer”, ou seja, como será reconhecido o território, haverá inúmeras possibilidades. Neste estudo foi utilizada a categoria território usado em Milton Santos. E isso por razões explicadas, haja visto que através dela foi possível estabelecer uma ponte com a ideia de recortes e perfis (usos-funções-feições-recortes-perfis). Não há um modo melhor que outro, mas um modo que melhor se aplica a uma dada realidade num dado momento. Não há também novidade na proposta, pois o estudo dos usos, seu reconhecimento, já foi feito pelo próprio autor que o sugeriu (SANTOS, 2000; 2012a; SANTOS e SILVEIRA, 2006). Uma vez reconhecidos os usos e perfis do território,

o passo seguinte deve ser a adaptação dos serviços a esses perfis. Portanto, o planejamento e a gestão são feitos em relação ao território e não em relação ao serviço e sua capacidade de oferta.

Procuramos demonstrar essa perspectiva aplicando-a no reconhecimento dos usos do território urbano de Pouso Alegre. Evidentemente, este é um projeto longo. Fizemos uma demonstração, mas não sem fundamento. A observação sistemática do território e o uso de bibliografia anteriormente produzida (FARIA, 2008) levaram ao reconhecimento de cinco eixos de expansão urbana: Centro e seu entorno, São João, Faisqueira, Belo Horizonte-Cidade Jardim e Eixo Sul. Assim, perscrutamos cada um desses eixos e ao final estabelecemos onze recortes de dimensões variadas cujos limites foram definidos tendo em vista as características dos usos. Fizemos um diagnóstico parcial desses recortes para demonstrar suas especificidades e a importância da adequação dos serviços aos seus perfis. Ao final, apresentamos uma perspectiva de adequação territorial das UBS/ESF e de definição da porta de entrada do SUS nessa cidade. Tudo isso objetivando o descortinamento do caminho teórico proposto.

Os recortes foram feitos para trabalhar com agregados de UBS/ESF. Esse foi o caminho encontrado para resolver a questão da territorialização parcial baseada apenas nas ESF e, ao mesmo tempo, integrar esses dois serviços, responsabilizando-os pelo mesmo território. Obviamente, na medida em que se responsabilizam pelo mesmo território, precisam criar relações de solidariedade para atendê-lo. Além disso, observamos que os limites entre as ESF são bastante rígidos e inflexíveis, e mesmo que sejam projetados com cautela, irão determinar a vida das pessoas. Assim, é fundamental haja comunicação entre elas. Novamente, a responsabilização pelo mesmo território pode facilitar essas inter-relações. Ademais, este estudo questionou também a escala de planejamento e gestão dos serviços de atenção primária baseada nas ESF, uma vez que não existe projeção para a universalização desse serviço em Pouso Alegre. Assim, tomá-las como critério levaria a mesma atenção fragmentada vivenciada nessa cidade hoje.

Um aspecto importante desse trabalho foi a comunicação entre teoria e prática. Não houve privilegiamento de uma em relação à outra. Em vários momentos elas se imbricaram. E isso foi extremamente positivo. O olhar analítico para a territorialização foi também um olhar generoso. Não foi intenção estabelecer uma crítica pela crítica, mas encontrar os sentidos dessa prática. Acredita-se que, nesse sentido, encontramos êxito. Também a perspectiva em torno da adequação dos serviços aos perfis do território urbano não foi em nenhum momento pretensiosa ou ainda arrogante. Ao contrário, sabemos que há muito a se fazer no sentido da produção de uma

tecnologia geográfica para definir os territórios e as portas de entrada para o SUS. Nossa contribuição foi simplesmente apontar uma perspectiva, o que exigiu um olhar de outro lado, de outra forma. Em síntese, procuramos uma perspectiva (entre as muitas) geográfica para pensar isso e esperamos ter contribuído com a saúde pública em Pouso Alegre e no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CASTRO, Claudio G. Junqueira de; LISBOA, Carlos A. **Distritos Sanitários: concepção e organização**. São Paulo: FSP/USP, 1998.
- ALVES, Lidiane Aparecida. **Os processos socioespaciais da zona periférica do centro: um estudo da área central de Uberlândia**. Uberlândia. Dissertação de Mestrado, Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, 2011.
- AMANTINO-DE-ANDRADE, Jackeline; ARENHART, Ariane Jacques. Participação social no Sistema Único de Saúde: uma utopia por se concretizar em municípios de pequeno porte no Vale do Taquari. In: BORDIN, Ronaldo; MISOCZKY, Maria Ceci. **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa, 2004, p. 35-54.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. O nascimento do SUS. In: ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I. C. de H. C (org.). **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 37-44.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. Pacto pela Saúde: O SUS Pós-NOB. In: ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I. C. de H. C (org.). **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 133-140.
- ARENDDT, Hannah. **Da violência**. Brasília: Editora da UNB, 1985.
- AZEVEDO, Ana Lucia Martins; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia Saúde da Família. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010.
- BACHELARD, Gaston. **A filosofia do não: filosofia do novo espírito científico**. 6. ed. Lisboa: Presença, 2009.
- BADIE, Bertrand. **O fim dos territórios** (tradução: Maria Jose Figueiredo). Lisboa: Instituto Piaget, 1996.
- BARCELLOS, Christovam (org.). **A Geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.
- BARCELLOS, Christovam *et al* (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

BARCELLOS, Christovam; BASTOS, Inácio. Geografia Social da Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 52-62, 1995.

BARCELLOS, Christovam; BASTOS, Inácio. Geoprocessamento, ambiente e saúde: uma união possível? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 389-397, 1996.

BARCELLOS, Christovam; PEREIRA; Martha Priscila Bezerra. 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.

BECKER, Bertha. **O uso político do território: questões a partir de uma visão do terceiro mundo**. In: BECKER, B. et al (org.). *Abordagens políticas da espacialidade*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1983, p. 1-21.

BELL, Daniel. *O advento da sociedade pós-industrial: uma tentativa de previsão social* (tradução de Heloysa de Lima Dantas). São Paulo: Cultrix, 1977.

BODSTEIN, Regina. Atenção Básica na Agenda da Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BORTOLOZZI, Arleude. *Educación ambiental, territorio urbano y nuevas prácticas socio-espaciales: repensando el proceso de gentrificación para sustentación de ciudades brasileñas*. **Utopía y Praxis Latinoamericana**, v. 14, p. 125-129, 2009.

BOUSQUAT, Aylene; COHN, Amélia. A Dimensão Espacial nos Estudos Sobre Saúde: uma trajetória histórica. **Revista História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 3 (Supl), p. 925-43, 2001. Disponível em: www.scielo.br. Acessado em 10 de julho de 2007.

BRANCO, Maria Luisa Castello. Cidades Médias no Brasil. In: SPOSITO, Eliseu Savério; SPOSITO, Maria Emcarção Beltrão; SOBARZO, Oscar. **Cidades Médias: produção do espaço urbano e regional**. São Paulo: Expressão Popular, 2006, p. 245-277.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1989.

_____. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. **Guia prático do Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Portaria N° 4.279: Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Brasília, 31 de dezembro de 2010.

_____. **Sistema de Informação da atenção básica: SIAB: indicadores 2006.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde; OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva e orientações para operacionalização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria N° 3.085, de 1° de dezembro de 2006.** Brasília, 2006. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acessado em: 05 de novembro de 2011.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. **A (Re) Produção do Espaço Urbano.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. **A cidade.** 8. ed. São Paulo: Contexto, 2009.

CARVALHO, Nilson Maestri. **Os territórios da saúde e a saúde dos territórios: discutindo o processo de territorialização em saúde a partir do caso de um serviço de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre, RS.** Dissertação de Mestrado, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

CASTELLS, Manuel. **A Sociedade em Rede** (tradução: Roneide Venâncio Majer). 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTRO, Josué de. **Geografia da Fome: o dilema brasileiro: pão ou aço**. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

CASTRO, Josué de. **Geopolítica da fome: ensaio sobre o problema da alimentação e da população do mundo**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1968.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. 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. 113-126.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília, 1987. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca>. Acessado em: 10 de outubro de 2010.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, supl. n. 1, p. 7-27, 2008.

CORRÊA, Roberto Lobato. Construindo o Conceito de Cidades Médias. In: SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. (org.). **Cidades Médias: espaços em transição**. São Paulo: Expressão Popular, 2007, p.23-33.

CORRÊA, Roberto Lobato. **O Espaço Urbano**. São Paulo: Ática. Série Princípios, 1995.

COSTA, Glauce Dias da; *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, 113-118, 2009.

COSTA, Nilson do Rosário. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo. **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Unicamp, 2001, p. 307-321.

CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da. Sistema Unido de Saúde: princípios. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

DAMIANI, Amélia L. **População e Geografia**. São Paulo: Contexto, 2001.

ESCOREL, Sarah *et al.* O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Washington, **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

ESPMG – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: redes de atenção à saúde: redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2008a.

_____. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: redes de atenção à saúde: diagnóstico local**. Belo Horizonte: ESPMG, 2008b.

_____. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

_____. **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: oficina III – Territorialização e diagnóstico local**. Belo Horizonte: ESPMG, 2010.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do Estado capitalista: as funções da previdência e assistência sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

FARIA, Rivaldo M. de; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. **Revista RA'EGA: o espaço geográfico em análise**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009.

FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLOZZI, Arlêude. **Território, poder e produção de doenças: importância da categoria território para a gestão urbana em saúde**. II Congresso Internacional & IV Simpósio Nacional de Geografia da Saúde. Uberlândia/MG, 2009.

FARIA, Rivaldo Mauro 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, Rivaldo Mauro de. **Território Urbano e o Processo Saúde-Doença: Perfil territorial da saúde no São Geraldo em Pouso Alegre-MG**. Campinas. Dissertação de Mestrado, 2008.

FARIA, Rivaldo Mauro de. **Introdução ao estudo das condições espaciais e temporais do analfabetismo na área urbana de Pouso Alegre-MG**. Pouso Alegre: SME, 2011(mimeografado).

FARIA, Rivaldo. Gestão da saúde em territórios urbanos: considerações de uma experiência de pesquisa. Campinas, **Revista Resgate**, Campinas, v. XIX, n. 21, p. 15-22, 2011.

- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Aurélio Século XXI: o dicionário de língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- FERREIRA, Jardel Borges. **Dicionário de Geociências**. São Paulo: Armazém ideias, 1995.
- FERREIRA, Marcelo Urbano. Epidemiologia e Geografia: o complexo patogênico de Max. Sorre. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 301-309, 1991.
- FERREIRA, Marcos César. **Procedimento Metodológico para Modelagem Cartográfica e Análise Regional de Epidemias de Dengue em Sistemas de Informação Geográfica**. Campinas. Tese de livre docência, Instituto de Geociências, Unicamp, 2003.
- FJP – Fundação João Pinheiro. **Perfil de Minas Gerais 2010**. Disponível em: www.fjp.gov.br. Acessado em: 10 de janeiro de 2011.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 25. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008.
- FUKUYAMA, F. **O fim da história e o último homem**. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.
- GATRELL, A. *Geographies of Health: an introduction*. Londres: Blackwell Publishers Ltd, 2002.
- GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.
- GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Rio de Janeiro, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005;
- GOLDBAUN, Moisés *et al.* Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n.1, p. 90-99, 2005.
- GONDIM, Grácia Maria de Miranda *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.
- GUIMARÃES, R.; LIMA, S. C. Determinação Social no Complexo Técnico-Patogênico Informativo da Malária. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 3, n. 5, p. 58-77, 2007.

- GUIMARAES, Raul Borges. **O transbordar do hospital pela cidade: tecnologia, saúde e produção do espaço**. São Paulo. Dissertação de mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, USP, 1994.
- GUIMARAES, Raul Borges. Saúde urbana: velho tema e novas questões. **Terra Livre**, São Paulo, n. 17, p. 155-170, 2001.
- GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de saúde e escalas geográficas. Rio de Janeiro, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, 2005.
- HAESBAERT, Rogério. Concepções de território para entender a desterritorialização. In: SANTOS, M. *et al.* (org.). **Território, Territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lamparina Editora, 2007, p. 43-71.
- HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização**: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
- HAESBAERT, Rogério. **Territórios Alternativos**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2006.
- HARVEY, David. **Condição Pós-Moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. (Tradução: Adail Ubirajara e Maria Stela Gonçalves) 15. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2006.
- HISSA, Carlos Eduardo Viana. **A Mobilidade das Fronteiras: inserção da Geografia na crise da modernidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2002.
- IANNI, Octávio. **A sociedade global**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1992.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acessado em: 20 de junho de 2010.
- IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **Caracterização e tendências da rede urbana do Brasil**. Brasília: IPEA, 2002.
- JORGE, Eduardo. A Mobilização Instituinte (décadas de 1970 e 1980). In: BRASIL, Ministério da Saúde (org.). **A Construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 35-109.
- JUNQUERA, Renata Dias. Geografia Médica e Geografia da Saúde. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 5, n. 8, p. 57-91, 2009.
- KASONDE, Joseph M; MARTIN, John D. *Experiences with primary health care in Zâmbia*. Geneva: World Health Organization; 1994.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Rio de Janeiro, **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LACAZ, Carlos da Silva; *et al* (Org.). **Introdução à Geografia Médica do Brasil**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1972.

LEFEBVRE, Henry. **A revolução urbana**. (Tradução: Sérgio Martins). Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LEFEBVRE, Henry. **O direito à cidade**. (Tradução: Rubens Eduardo Frias). São Paulo: Centauro: 2001.

LEMÕES, Marcos Aurélio Matos; COSTA, César Francisco Silva da; MANDOZA-SASSI, Raúl Andrés. Referenciamento de usuários do SUS para um hospital universitário no sul do Brasil. **Ciência, Cuidado, Saúde**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 198-204, 2009.

LEVY, Pierre. A. **Conexão Planetária. O mercado, o ciberespaço, a consciência**. São Paulo: Ed. 34, 2001.

MARQUEZ, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

MATTOS, Ruben Araújo 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.

MAZETO, Francisco de A. Penteados. Pioneiros da Geografia da Saúde: séculos XVIII, XIX e XX. In: Barcellos, C. (org.). **A Geografia e o contexto dos problemas de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008, p. 17-33.**

MEDINA, Maria Guadalupe; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. *The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health system*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1153-1167, 2009.

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

MENDES, Eugênio Vilaça. Território: Conceitos Chave. In: MENDES, Eugênio Vilaça, *et al* (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1993, p. 166-169.

_____. A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário. In: MENDES, E. V. (org.). **A vigilância à saúde no Distrito Sanitário**. Brasília OPAS/OMS, 1992, p. 7-19.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

_____. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4 (suplemento), p. 3-11, 2008.

_____. **Revisão bibliográfica sobre as redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2007.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2000.

MISOCZKY, Maria Ceci. A medicina de família, os ouvidos do príncipe e os compromissos com o SUS. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 40-44, 1994.

MONKEN, Mauricio. 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.

_____. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância à saúde**. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ, 2003.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, Angélica; CORBO, Anamaria D'Andrea (org.). **O território e o processo saúde doença**. Rio de Janeiro: ESPJV/Fiocruz, 2007, p. 177-224.

_____. **Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

MONKEN, Maurício; GONDIN, Grácia Maria de Miranda. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio Cesar França (org.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSVJ, 2008, p. 392-399.

MOREIRA, Ruy. 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.

MORIN, Edgar. **Ciência com Consciência.** 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1998.

_____. **O Método** (tradução: Juremir Machado da Silva). 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2008.

MORTIMER, Eduardo Fleury. *Conceptual change or conceptual profile change?* Holanda, Science & Education, v.4, n. 3, p. 265-287, 1995 (no texto está como 2012, rever no texto).

NORONHA, José Carvalho de; *et al.* A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 45-94.

NOSSA, Paulo Nuno. **Linhas de investigação na Geografia da Saúde e a noção holística em saúde.** In: Barcellos, C. (org.). A Geografia e o contexto dos problemas de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008, p. 35-62.

OLIVEIRA, João Bertoldo de. **Pedologia Aplicada.** Piracicaba: FEALQ, 2008.

OMS – Organización Mundial de la Salud. *La atención primaria de salud: más necesaria que nunca.* Informe sobre la salud en el mundo, 2008.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. **Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários à Saúde: Declaração de Alma Ata.** Alma Ata, 1978. Disponível em: www.opas.org.br/coletiva. Acessado em: 13 de outubro de 2010.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.** Ottawa, 1986. Disponível em: www.opas.org.br/coletiva. Acessado em: 10 de outubro de 2010.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. *Redes Integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas.* Washington: OPAS/OMS, 2010.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde.** Washington, D.C, 2007. Disponível em: www.opas.org.br. Acessado em: 10 de outubro de 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária e a municipalização. Rio de Janeiro, **Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 2, p. 29-47, 1992.

_____. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia (org.). **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993, p. 455-466.

_____. Atenção à Saúde no Brasil. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 15-44.

_____. Políticas de saúde no Brasil ou recusando o apartheid sanitário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 18-20, 1996.

_____. Saúde da Família: espaço de reflexão e contra-hegemonia. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v.9, p. 143-146, 2001

_____. Gestão da atenção básica nas cidades. In: RASSI NETO, Elias; BÓGUS, Cláudia Maria (org.). **Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada**. Brasília: OPAS, 2003, p. 183-2012.

PESSOA, Samuel Bansley. **Ensaio Médico-Sociais**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1978.

PICHERAL, Henri. *De la géographie médicale à la géographie de la santé*. Cahiers géos, n. 22, p. 1-32, 1992.

_____. *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. GEOS, Université de Montpellier, 2001.

_____. *Place, Space and Health*. *Social Science and Medicine*, v. 39, n. 12, p. 1589-1590, 1994.

PICKENHAYN, Jorge A. Geografia de La salud: El camino de las aulas. In: Barcellos, C. (org.). **A Geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008, p. 63-84.

PMPA – PREFEITURA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE. **Plano Diretor do Município de Pouso Alegre-MG**. Disponível em: www.pousoalegre.mg.gov.br. Acesso em: 23 de novembro de 2008.

PROTI, Carlos Alberto; MARQUES, Joice; RIGHI, Liane Bestriz. Gestão local da saúde: descentralização e desenvolvimento organizacional em dois municípios do Estado do Rio Grande do Sul. In: BORDIN, Ronaldo; MISOCZKY, Maria Ceci. **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa, 2004, p. 217-234.

PYLE, G.F. *New Directions in Medical Geography*. Oxford, Ed. Pergamon Press, 1980.

RAFFESTIN, C. **Por Uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática; 1993.

RIBEIRO, Ana Clara Torres. Pequena reflexão sobre categorias da teoria crítica do espaço: território usado, território praticado. In: SOUZA, M. A. de. (org.). **Território brasileiro: usos e abusos**. Campinas: Edições Territoriais, 2003, p. 29-40.

RIBEIRO, Ana Clara Torres. Sentidos da urbanização: desafios do presente. In: SPOSITO, Eliseu Savério; SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão; SOBARZO, Oscar. **Cidades Médias: produção do espaço urbano e regional**. São Paulo: Expressão Popular, 2006, p. 17-25.

ROJAS, Iñigues Luisa. *Geografía y Salud: temas y perspectivas em América Latina*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 701-711, 1998.

RONZANI, Telmo Mota; STRALEN, Cornelis Johan Van. Dificuldades de implantação do Programa Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro. **Revista APS**, v. 6, n. 2, p. 99-107, 2003.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SABROZA, Paulo Chagastelles; et al. **Saúde, ambiente e desenvolvimento: uma análise interdisciplinar**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992.

SANTANA, Ana Paula Rodrigues. **Geografias da saúde e do desenvolvimento**. Coimbra: Almedina, 2004.

_____. **Território, saúde e desenvolvimento: contributo para uma Geografia da Saúde**. Coimbra: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 2005

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001.

SANTOS, Lenir. O que são redes? In: SILVA, Silvio Fernandes da (org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de serviços de saúde**. Campinas: IDISA: Conassems, 2008, p. 29-34.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. In: SILVA, Silvio Fernandes da (org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de serviços de saúde**. Campinas: IDISA: Conassems, 2008, p. 23-28.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: técnica, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2004.

- _____. **A Urbanização Brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1993.
- _____. **A urbanização desigual: a especificidade do fenômeno urbano em países subdesenvolvidos**. São Paulo: Edusp, 2010.
- _____. **Da totalidade ao lugar**. São Paulo: Edusp, 2012a.
- _____. **Economia Espacial: crítica e alternativa**. São Paulo: Hucitec, 1979a.
- _____. **Espaço e método**. 5. ed. São Paulo: Edusp, 2012b.
- _____. **Manual de Geografia Urbana**. 3. ed. São Paulo: Edusp, 2008a.
- _____. **Metamorfose do espaço habitado**. 6. ed. São Paulo: Edusp, 2008b.
- _____. **O dinheiro e o território**. In: SANTOS, M.; et al (org.). 3. ed. Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007b, p. 13-21.
- _____. **O espaço dividido: os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos**. 2. ed. São Paulo: Edusp, 1977.
- _____. **O espaço do cidadão**. 7. ed. São Paulo: Eduspo, 2007a.
- _____. **O papel ativo da geografia: um manifesto**. Revista Território, n. 9, p. 103-109, 2000.
- _____. **O retorno do Território**. In: SANTOS, Milton *et al.* (org.). Território: Globalização e Fragmentação. 4. ed. São Paulo: Hucitec:Anpur, 1996, 15-20.
- _____. **Pobreza urbana**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1979b.
- _____. **Por uma outra globalização**. 13. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.
- _____. **Técnica, espaço e tempo: globalização e Meio Técnico-Científico-Informacional**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 9. ed. São Paulo: Cortez; 2006.
- SAQUET, Marcos Aurélio. **Abordagens e Concepções de Território**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.
- _____. **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.
- _____. **Por uma abordagem territorial das relações urbano-rurais no Sudoeste paranaense**. In: SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão; WHITACKER, Arthur Magnon (org.). **Cidade e campo: relações e contradições entre urbano e rural**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

SENNA, Mônica de Castro Maia. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (suplemento), p. 203-2011, 2002.

SENNA, Mônica de Castro Maia; COHEN, Mirian Miranda. Modelo assistencial e estratégia saúde a família no nível local: análise de uma experiência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 7. n. 3, p. 523-535, 2002.

SERRASUL – Shopping. Disponível em: www.serrasulshopping.com.br. Acessado em: 10 de março de 2012.

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica. **Cadastramento familiar**. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acessado em: 22 de janeiro de 2011.

SIAB – **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acessado em: 20 de janeiro de 2012.

SIAB – **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acessado em: 05 de novembro de 2010.

SILVA, Fernandes da; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, Silvio Fernandes da (org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de serviços de saúde**. Campinas: IDISA: Conassems, 2008, p. 69-85.

SILVA, Lígia M. Vieira da; PAIM, Jairnilson S.; COSTA, Maria da C. N. **Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais**. Revista de Saúde Pública, v. 33, n.2, p. 187-197, 1999.

SILVA, Luis Jacinto. Crescimento urbano e doença: a esquistossomose no Município de São Paulo (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 1-7, 1985b.

_____. O Conceito de Espaço na Epidemiologia das Doenças Infecciosas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 585-593, 1997.

_____. Organização do Espaço e Doença. In: CARVALHEIRO, J. R (org.). **Textos de Apoio: Epidemiologia I**. 2. ed. Rio de Janeiro, v. 1, 1985a, p. 159-185.

SILVA, Marcus Vinícius Caetano Pestana da; MENDES, Eugênio Vilaça. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte, 2004. Disponível em: www.saude.mg.br. Acessado em: 02 de fevereiro de 2011.

SILVA, Silvio Fernandes da (org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de serviços de saúde**. Campinas: IDISA: Conassems, 2008.

_____. Organização das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro, **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

_____. Redes de atenção à saúde: modelos e diretrizes operacionais. In: SILVA, Silvio Fernandes da. (org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: Idisa/Conasems, 2008, p. 87-100.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Pouso Alegre: Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Pouso Alegre, 2011, 114 p.

SNOW, John. **Sobre a Maneira de Transmissão do Cólera**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, 1991.

SOJA, Edward W. **Geografias pós-modernas: a reafirmação do espaço na teoria social**. (Tradução: Vera Ribeiro). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

SORRE, Max. *Complexes Pathogènes et Géographie Médicale*. Annales de Géographie, Paris, v. 42, p. 1-18, 1933

_____. *Lês Fondements de la Géographie Humaine. Primeiro Tomo: Lês Fondements Biologiques (Essai d'une écologie de l'homme)*. 3. ed. Paris: Armand Colin, 1951.

SOUSA, Maria de Fátima de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 153-158, 2008.

SOUZA, Marcelo Jose Lopes. “Território” da divergência (e da confusão): em torno das imprecisas fronteiras de um conceito fundamental. In: SAQUET, M.; SPOSITO, E. S. **Território e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular, 2009, p. 57-72.

_____. A cidade, a palavra e o poder: práticas, imaginários e discursos: heterônomos e autônomos na produção do espaço urbano. In: CARLOS, Ana Fani A.; SOUZA, Marcelo Lopes de; SPOSITO, Maria E. Beltrão (org.). **A produção do espaço urbano: agentes, processos, escalas e desafios**. São Paulo: Contexto, 2011, p. 147-166.

_____. O Território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, Iná Elias de. *et al.* (org). **Geografia: conceitos e temas**. 2. ed. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2000, p. 55-75.

_____. **Mudar a cidade: uma introdução crítica ao planejamento e à gestão urbanos**. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

SOUZA, Maria Adélia A. de. **Geografias da desigualdade: globalização e fragmentação**. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A. de; SILVEIRA, M. L (org.). Território: globalização e fragmentação. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1996, p. 21-28.

_____. Uso do território e saúde: refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: SPERANDIO, Ana Maria Girotti. **O processo de construção de municípios potencialmente saudáveis**. Campinas: IPES Editorial, 2004, p. 57-77.

_____. Introdução. In: SOUZA, Maria Adélia (org.). **Território brasileiro: usos e abusos**. Campinas: Edições territorial, 2003.

SPÓSITO, Maria Encarnação Beltrão. A gestão do território e as diferentes escalas da centralidade urbana. **Revista Território**, Rio de Janeiro, n. 4, p. 27-37, 1998.

_____. **A produção do espaço urbano: escalas, diferença e desigualdades socioespaciais**. In: CARLOS, Ana Fani Alessandri; SOUZA, Marcelo Lopes de; SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. A produção do espaço urbano: agentes e processos, escalas e desafios. São Paulo: Contexto, 2011, p. 123-145.

_____. Formas espaciais e papéis urbanos: as novas qualidades da cidade e do urbano. Presidente Prudente, **Revista Cidades**, Presidente Prudente, v. 1, n. 1, p. 123-147, 2010.

_____. Novos conteúdos nas periferias urbanas das cidades médias no Estado de São Paulo, Brasil. Cidade do México, **Investigaciones Geográficas**, México, n. 54, p. 114-139, 2004.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Carmem Fonte, PAIM, Jairnilson Silva; VILASBOAS, Ana Luiza. **SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Informe Epidemiológico SUS, v. 7, n.2, p. 7-28, 1998.

UNGLERT, Carmem Vieira de Souza. **Contribuição geográfica para o estudo da localização de serviços de saúde: uma abordagem geográfica em saúde pública**. São Paulo: Tese de doutorado, Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, 1986.

_____. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.

_____. **Territorialização em saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente**. São Paulo: Tese de livre docência, Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, 1995.

- _____. 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.
- UNIFEI – Universidade Federal de Itajubá. **Relatório de impacto ambiental do sistema integrado de contenção de enchentes contemplando os diques 1, 2, 3, 4 e 5**. Itajubá: UNIFEI, 2010.
- VASCONCELOS, Eymard Mourão. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 9-19, 1999.
- VEIGA, José Eli da. **Cidades imaginárias: o Brasil é menos urbano do que se calcula**. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2003.
- VIANA, Ana Luiz D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (suplemento), p. 225-264, 2005.
- VILLAROSA, Francesco Notarbartolo Di. **A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1993.

ANEXOS

Anexo 01

Critérios para a delimitação dos territórios dos Distritos Sanitários e dos territórios das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) segundo o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais – 2008

Delimitação	Critérios
1. Delimitação do território (Distritos Sanitários)	Geográfico: barreiras, limites, áreas rurais, etc.
	Risco ambiental
	Densidade populacional
	Aspectos políticos, econômicos (modo de produção, renda), sociais, culturais.
	Malha viária e meios de transporte
	Equipamentos sociais
2. Delimitação do território das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no mapa: limites das áreas e microáreas	Pontos de atenção à saúde: UAPS, centros de especialidades, consultórios/ambulatórios privados, hospitais, laboratórios, residências terapêuticas, pronto-atendimentos, dentre outros.
	Pontos de atenção à saúde: UAPS, centros de referência/especialidades, consultórios e ambulatórios privados, hospitais, laboratórios, pronto-atendimentos, dentre outras
	Equipamentos e serviços sociais existentes: escolas, creches, cursos profissionalizantes, associações, ambulatórios, hortas comunitárias, etc.
	Áreas de lazer existentes: campos de futebol, pistas para caminhada, parques, etc.
	Áreas de risco ambiental: lixão, áreas sujeitas à deslizamento, soterramento ou inundação, fonte poluente e outros riscos.
	Áreas de assentamentos e invasões
	Áreas de aglomeração urbana: favelas, cortiços, etc.

Fonte: adaptado ESPMG, 2008b

Anexo 02

Diagnóstico local produzido a partir do processo de territorialização

Perfis	Dados
Perfil territorial-ambiental	Território
	Geografia e Ambiente
	Delimitação do território da UAPS no mapa: limites das áreas e microáreas
	Urbanização e acesso
	Características dos domicílios
Perfil demográfico	População absoluta
	População segundo faixa etária e sexo, Nº de usuários
Perfil socioeconômico	Nº de chefes de família analfabetos
	Nº de famílias com renda per capita inferior à 60 reais
	Nº de famílias segundo grau de risco.
Perfil institucional	Histórico das UAPS
	Localização
	Tipologia
	Acesso à UAPS: topografia, transporte
	Horário de atendimento
	Caracterização das UAPS
	Recursos humanos
	Conselhos Locais de Saúde

Fonte: ESPMG, 2008b (adaptado)

Anexo 03

Relação de profissionais enfermeiros, médicos e dentistas por unidade de atenção primária à saúde na área urbana de Pouso Alegre-MG em 2010.

UPAS	ESF e UBS	Enfermeiros	Médicos	Dentistas	
Centro	Centro	01	03	00	
	Colinas Sta Barbara	01	03	06	
	Esplanada	02	04	00	
	Fátima	01	07	02	
	Yara	01	03	02	
	Total		06	20	10
Cidade Jardim	Cidade Jardim	02	04	02	
	Belo Horizonte	02	02	02	
	Faisqueira I	01	01	00	
	Faisqueira II	01	04	02	
	Total		06	11	06
	São Cristóvão	São Cristóvão - ESF	01	01	00
São Cristóvão - UBS		02	05	01	
Vergani		01	01	00	
Arvore Grande		02	04	04	
Jatobá		01	01	00	
Foch		01	03	01	
Total			08	15	06
São Geraldo	São Geraldo (Policlinica e ESF)	01	01	00	
	São Geraldo (UBS)	02	02	04	
Total		03	03	04	
São João	São João (CAIC)	02	01	04	
	São João (PS)	02	02	00	
Total		04	03	04	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Pouso Alegre-MG, 2010 (adaptado).

Anexo 04

Entrevista Semiestruturada

I - Objetivos:

A entrevista é definida por Minayo (2000) como uma conversa com finalidade. Deve estar atrelada a um objetivo previamente definido e a um roteiro muito bem delineado. A entrevista é tomada aqui como um importante instrumento para se entender os contextos políticos da gestão territorial da saúde na área urbana de Pouso Alegre-MG. A territorialização é uma prática preconizada localmente e deve ser processada mediante decisões locais. Por isso, o seu entendimento deve ser feito a partir do contato com os gestores da saúde na localidade.

O uso da entrevista semiestruturada se explica pelo fato de que o que interessa nesse estudo não são apenas os dados quantitativos e sim os contextos da gestão desses serviços e da territorialização como prática dessa gestão. Por isso, os entrevistados selecionados são aqueles que estão diretamente envolvidos com o planejamento e a gestão da atenção primária à saúde na área urbana de Pouso Alegre-MG. São eles: pessoal ligado à gestão e planejamento na Gerência Regional de Saúde (A), Secretaria Municipal de Saúde (B), gestores de Unidades Básicas de Saúde e Equipes Saúde da Família (C) e profissionais envolvidos com a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (D).

II - Guião da entrevista:

O guião da entrevista se estrutura em torno de cinco pontos destacados abaixo:

1. Propósito da entrevista:

- a) Entender como é feita a gestão territorial dos serviços de atenção primária à saúde na área urbana de Pouso Alegre-MG.
- b) Entender como está sendo processada a política da territorialização das unidades de atenção primária à saúde na área urbana de Pouso Alegre-MG

2. Perfil dos entrevistados:

Foram selecionadas pessoas diretamente envolvidas com a gestão da atenção primária à saúde da área urbana de Pouso Alegre-MG.

3. População/amostras:

- a) São dez depoentes descritos no quadro abaixo:

Perfil dos entrevistados				
Entrevistados	Localidade da gestão	Sexo ⁶	Ocupação atual	Data da entrevista
EA001	GRS ¹	F	Administrador	02/2011
EB001	SMS ²	F	Administrador	03/2011
EB002	SMS	F	Administrador	03/2011
EB003	SMS	F	Administrador	03/2011
EB004	SMS	M	Administrador	04/2011
EC001	UBS-ESF ³	F	Enfermeiro	05/2011
EC002	UBS-ESF	F	Enfermeiro	06/2011
EC003	UBS-ESF	F	Enfermeiro	06/2011
ED001	PDAPS ⁴	F	Professor	04/2011
ED002	PDAPS	F	Enfermeiro	04/2011

Notas:

1. GRS: Gerência Regional de Saúde

2. SMS: Secretaria Municipal de Saúde

3. UBS: Unidade Básica de Saúde - ESF: Equipe Saúde da Família

4. PDAPS: Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde

5. F: Feminino
M: Masculino

4. Meios de comunicação: gravador e escrito

5. Temáticas abordadas e objetivos a serem alcançados:

- a) Estrutura e modelos de atenção: tem como objetivo entender como se estrutura a atenção primária à saúde em Pouso Alegre, sobretudo no que se refere às formas como se lida com a demanda pelos serviços.
- b) Processos de implantação e gestão territorial da saúde: tem como objetivo entender como foram implantados esses serviços no território.
- c) Território e territorialização: procura descrever o entendimento e a apropriação desses conceitos pelos gestores locais da saúde.

- d) Redes de atenção e Plano Diretor da Atenção Primária à saúde (PDAPS): tem como objetivo entender como vêm sendo implantadas as redes de atenção à saúde em Pouso Alegre e as mudanças impostas com o processo de implantação do PDAPS.

III - Roteiro para a realização da entrevista:

Roteiro - entrevista semiestruturada	
Temáticas	Questões
Estrutura e modelos de atenção	<ol style="list-style-type: none"> 1 Parece haver dois modelos de atenção primária à saúde em Pouso Alegre: a demanda espontânea das UBS e demanda controlada das ESF. Eles funcionam de modo integrado ou como entidades separadas? 2 Como se dá a prática da demanda espontânea das UBS? 3 A PNAB define que os seguintes pontos em relação à atenção básica no Brasil: <ol style="list-style-type: none"> a) Desenvolvimento: “[...] sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados [...] com território adscrito [...]” b) Infraestrutura: [...] Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família [...]. c) Do Trabalho: [...] definição do território de atuação das UBS [...]. d) Da Saúde da família: [...] ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional [...]. É requisito para a instalação de ESF a existência de UBS inscrita no cadastro nacional de estabelecimentos. e) Qual a situação de Pouso Alegre no que se refere a essas determinações dadas na PNAB?
Processos de implantação e gestão territorial da saúde:	<ol style="list-style-type: none"> 1 Ao se implantar um serviço de saúde, quais os critérios utilizados para se determinar suas localizações? 2 De acordo com a PNAB, compete aos municípios “[...] definir, no Plano de Saúde, as características, os objetivos, as metas e os mecanismos de acompanhamento da estratégia Saúde da Família”. Ou ainda: [...] o município e o Distrito Federal deverão elaborar a

	<p>proposta de implantação ou expansão de ESF [...]. Esta proposta deve definir “[...] território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas e micro-áreas” (BRASIL, 2007b, p. 30). Existe essa proposta elaborada em Pouso Alegre? Como se tem acesso a ela?</p> <p>3 Há variações na densidade de profissionais e especialidades envolvidas entre unidades de atenção primária à saúde. Como elas são determinadas?</p>
<p>Território e territorialização</p>	<p>1. O que você entende por territorialização?</p> <p>2. A PNAB orienta que a atenção básica é dirigida “sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária”. Portanto, a definição de territórios de atuação é pressuposto contido no plano (Portaria 648). Qual o estágio desse processo em Pouso Alegre?</p> <p>3. Como são determinadas as áreas de atuação das ESF? Como é o início do processo de territorialização?</p> <p>4. Como são determinadas as áreas de atuação dos ACS? Qual o procedimento usado pelo Enfermeiro para fazer isso?</p> <p>5. Os limites das áreas de atuação das ESF podem sofrer alterações?</p>
<p>Redes de atenção e Plano Diretor da Atenção Primária à saúde (PDAPS):</p>	<p>1. O que o plano propõe em termos de estrutura organizacional do SUS?</p> <p>2. Qual o estágio do PDAPS hoje em Pouso Alegre? Quais as principais mudanças já impostas?</p> <p>3. As redes de atenção devem ser coordenadas pela atenção primária. Ela é a porta de entrada e regulador dos fluxos. Isso tem funcionado em Pouso Alegre?</p> <p>4. De acordo com a PNAB, compete aos municípios “organizar o fluxo de usuários, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica”. O que são esses centros de referência à saúde? Qual o seu papel nas redes de atenção à saúde? Quais seriam os centros de referência à saúde hoje em Pouso Alegre?</p>
<p>Termo de consentimento livre e esclarecido</p>	

*Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos:
Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde.
In: Ministério da Saúde /Fundação Nacional da Saúde.
Informe Epidemiológico do SUS. Suplemento3, ano V, n.2 abril a junho, 1996.*

Esta pesquisa fará parte da tese que está sendo realizada sob orientação da Professora Dra Arlêude Bortolozzi (UNICAMP/NEPAM/IGE) intitulada “A Territorialização como Prática de Gestão da Atenção Primária à Saúde: Perspectiva de Adequação aos Perfis do Território Urbano de Pouso Alegre-MG”. O objetivo desse estudo é discutir a territorialização como prática da gestão da atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A área de aplicação é o território urbano de Pouso Alegre-MG, onde também será trabalhada a perspectiva de adequação da territorialização os perfis do território urbano. O trabalho envolve essencialmente a discussão da gestão da saúde no nível primário. Por isso, é fundamental saber dos gestores locais, regionais e das pessoas envolvidas com a atenção primária à saúde como é praticada essa gestão e quais as perspectivas que se descortinam com as políticas propostas em Minas Gerais e em Pouso Alegre respectivamente.

Prezado (a) você está sendo convidado (a) a participar de forma totalmente voluntária com essa pesquisa, através de entrevista aberta a ser gravada. A concessão da entrevista não representará qualquer risco de ordem social, profissional, física ou psicológica. Será garantido ao participante: direito a qualquer esclarecimento sobre o estudo em qualquer fase do mesmo; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; confidencialidade e anonimato: as informações serão sigilosas e os participantes não serão identificados. Os resultados do estudo serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros científicos, tais como: monografias, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, congressos e reuniões científicas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Rivaldo Mauro de Faria

Nome e assinatura do pesquisador

Endereço e telefone institucional

Instituto de Geociências - Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

R. João Pandiá Calógeras, 51. Caixa Postal: 6152 - 13083-970 - Campinas - São Paulo.

Fone: 19 3521-4653 / Fax: 19 3289-1562

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Pouso Alegre-MG, abril de 2011

Sujeito da pesquisa

Anexo 05

O Método Observacional como recurso para o entendimento dos usos do território urbano

1.1.Considerações gerais

De acordo com Morin (2008), não há nenhum método científico suficientemente abrangente que permita abarcar todas as questões da realidade de modo perfeito e insuspeito. Há sempre, continua o autor, certo grau de incompletude que deve ser reconhecido antes de empreender qualquer atividade ou aplicação. O método observacional, por exemplo, apresenta como principais vantagens à rápida captação de dados e com custo relativamente barato. Porém, como desvantagem, cita-se o fato de estar atrelado à presença do pesquisador, o que pode provocar alterações no fenômeno observado e levar à produção de informações distorcidas sobre a realidade observada, haja visto que o pesquisador faz parte dessa realidade e, por isso, tem uma percepção previamente elaborada da mesma.

No que se refere especificamente ao reconhecimento dos usos do território urbano, o método observacional pode se associar a outros e oferecer uma excelente tecnologia para descrever tais usos. É o caso da observação *in loco* acompanhada do estudo da paisagem através de fotografias aéreas. A visão vertical pode escamotear elementos importantes que podem ser mais bem compreendidos com a observação em campo.

Deve-se esclarecer, antes de qualquer coisa, que não é objetivo nesse estudo usar a observação para captar percepções, representações ou significados, o que recairia no subjetivismo tão criticado no uso desse método. Os usos do território materializam em si mesmos a relação dialética entre formas e conteúdos, objetos e ações (SANTOS, 2004). É isso que deve ser reconhecido através da observação. Ressalte-se que o método observacional não consiste apenas em ver e ouvir fatos e fenômenos, o que possibilita a descrição minuciosa dos mesmos, mas sim examinar, analisar e estabelecer relações entre esses mesmos fatos e fenômenos.

Alguns autores destacam diferentes métodos observacionais, a exemplo, da observação simples e da observação participante (MINAYO, 2000). Nesse estudo far-se-á uso da chamada observação sistemática, pois esta sugere a observação contínua do fenômeno em gradações que vão da descrição à análise e ao estabelecimento de relações. Além disso, a sistematização permite

superar os problemas da superficialidade própria da observação simples e da impessoalidade e subjetivismo próprios da observação participante.

1.2.Níveis de observação

A observação sistemática permite a identificação e a reflexão sobre a realidade observada a partir de quatro níveis apontados por Oliveira (citado por Monken, 2003, p. 100). São eles:

- Primeiro nível ou nível inicial: é o nível perceptivo da situação geográfica; consiste num conhecimento predominantemente sensorial e sensível.

- Segundo nível: é nível da descrição, a passagem do livre olhar para um olhar interessado. Há muitos que criticam a descrição. Porém, dela depende a síntese e a análise aprofundada da realidade. A descrição é uma desmontagem sistemática que traça uma rede de classificações (MONKEN, 2003). Nesse nível, já se chega um diagnóstico descritivo, porém ainda estático.

- Terceiro nível: é o nível da interpretação, responsável por análises e sínteses absolutamente dinâmicas, onde a realidade visível torna-se pretexto para conexões mais amplas e múltiplas. Os elementos elencados na descrição passam agora a formar uma teia de tema a serem encadeados para a construção de interpretações contextuais. Nesse nível são captados os processos relacionados com o fenômeno e não apenas os fenômenos em si.

- Quarto nível: é o nível interativo, onde se viabiliza a reconstrução do conhecimento pela interação entre sujeito e objeto do conhecimento.

1.3.Roteiro

O roteiro foi construído tendo em vista os setores⁵⁸ da área urbana (aqui não se considerou as UPAS, pois estas são apenas unidades política-administrativas, não atendendo a ideia dos usos do território que se vem discutindo). Para definição dos pontos de observação e do roteiro propriamente dito, consideraram-se: as vias mais importantes, arteriais e algumas coletoras de maior densidade; a presença de rios, pois acabam servindo, no caso de Pouso Alegre, como delimitadores da mancha urbana em alguns locais (FARIA, 2008); e as características de cada bairro, tendo em vista, nesse caso, as áreas de menor e maior densidade populacional, presença de infraestrutura urbana, modos de ocupação, centralização e periferação. Esses parâmetros tem relação com a base conceitual usada nesse trabalho, ou seja, foram definidos tendo em vista a sua

⁵⁸ Por setores entendem-se as áreas centrais e periféricas e os eixos de expansão urbana. Um olhar sob a mancha urbana efetivamente usada permite identificar áreas de continuidade e descontinuidade através das quais se podem encontrar especificidades.

capacidade de apreender os usos desse território. Também o número de pontos de observação e a direção do deslocamento entre estes estão ligados à dinâmica dos fluxos (das ações) e dos fixos (objetos) mais importantes e caracterizadores do território. Por isso, as vias são tomadas como primeiro critério para sua definição.

O Centro foi tomado como o ponto de partida a partir do qual todos os demais pontos de observação foram definidos. O Centro se apresenta como o nó intercambiador dos fluxos em todo o território urbano (CORREIA, 1995), portanto, reflete em si mesmo as características desse território. Daí a importância de tomá-lo como referência para o desenvolvimento do roteiro da observação. O roteiro completo das observações pode ser visualizado no mapa a seguir.

1.4 Os usos como conteúdo da observação

Não se pode perder de vista que o ponto de partida para o entendimento do território são seus usos. E os usos do território se inserem na questão ontológica dos sistemas de objeto e sistemas de ações (SANTOS, 2004). Portanto, não se trata de observar e captar materialidades apenas, mas sim as relações sociais projetadas no espaço. Em outras palavras, deve-se procurar entender os usos tendo em vista o caráter inseparável e sistêmico entre objetos (a materialidade) e a vida que os anima (as ações). Recorde-se a discussão teórica sobre os usos do território feita no primeiro capítulo dessa tese. Naquele momento, foram elencados vários aspectos definidores dos usos do território em M. Santos e que agora passam a compor o conteúdo da observação, quais sejam:

a) A divisão territorial do trabalho: aspecto mais importante a definir os usos. Relembre-se que além da divisão territorial do trabalho vivo, há também a divisão territorial do trabalho morto. A este último o autor chama de rugosidades, também representadas por todas as formas herdadas do passado e que agora se apresentam como condicionantes das ações. São rugosidades as formas construídas e as formas naturais. O modo como cada fração do território se insere no contexto da economia urbana (trabalho, formas de comércio, locais de lazer e consumo, educação, etc.) explica o papel de cada uma na divisão territorial do trabalho.

b) As incompatibilidades entre velocidades, a exemplo das expressões: espaços da rapidez e espaços da lentidão. A rapidez é dada basicamente pela capacidade do local em abrigar equipamentos modernos, de atrair investimentos e de reproduzir o capital. Em síntese, são rápidos àqueles locais com maior capacidade de acolher e reproduzir o capital. E como este é seletivo, haverá, naturalmente, espaços mais velozes e espaços mais lentos. Espaços da rapidez

estão mais sujeitos às intempéries do mundo globalizado, ao passo que os espaços da lentidão são mais marcados por relações de contiguidade e de vizinhança. Por fim, espaços da rapidez são mais dados ao mundo da política e estão voltados para fora (suas relações são mais verticais), ao passo que os espaços da lentidão são mais dados ao mundo da técnica e suas relações são mais efetivas internamente ou localmente (suas relações são mais horizontais).

c) A dimensão espacial do cotidiano e a corporização do território: são duas dimensões quase opostas, porém interligadas. A dimensão espacial do cotidiano é um modo de entender os usos do território urbano e se expressa a partir das relações sociais de proximidade, geradoras de solidariedades plurais, marcadas por relações de cooperação e conflito. De acordo com Santos (2004), a compartimentação das relações humanas no espaço ou a cotidianidade é tanto um aspecto da territorialidade como da transindividualidade (estas últimas produzidas pelas relações inter-humanas que incluem uso das técnicas e dos objetos técnicos). E são esses processos que caracterizam as particularidade e singularidades dos usos do território na localidade. A corporização do território urbano, por sua vez, marca um território cujas solidariedades são dadas externamente. Os usos refletem as demandas das empresas e das organizações. Também o poder público se organiza para criar arranjos espaciais, formas de usos, que possam acolher grandes investimentos. São os locais da produção, da realização do lucro, das normas e da política globalizada. A observação deve permitir categorizar aqueles usos marcados pela cotidianidade e aqueles marcados pela corporização.

1.5 Guia da observação - caderno de notas⁵⁹: modos de usos do território urbano de Pouso Alegre-MG

i) Usos do solo predominante⁶⁰

Descrição e comentários sobre questões mais relevantes sobre os usos residencial, industrial, comercial e de serviços e usos múltiplos. É importante destacar também nesse item a densidade populacional e habitacional de cada área e ponto de observação respectivamente.

ii) Condições de moradia

⁵⁹ Elaborado a partir de proposição dada em Monken (2003)

⁶⁰ De acordo com Carlos (2008, p. 86), “[...] a diferenciação dos usos do solo será a manifestação espacial da divisão técnica e social do trabalho num determinado momento histórico”.

Descrição e comentários sobre os modos de ocupação residencial. Deve-se identificar o caráter precário ou não das moradias e a homogeneidade espacial dos modos de habitação. Conforme Corrêa (1995), as áreas de habitação mais precárias e as áreas de habitação mais desenvolvidas tendem a apresentar certa homogeneidade do modo de ocupação. Há uma “seleção espacial”, dada pela dinâmica própria do mercado imobiliário urbano nesse processo. Também Santos (2007a) destaca o caráter espacial das relações sociais quando diz que o indivíduo pode ser “classificado” pelo lugar onde está.

iii) Condições socioambientais

Descrição e comentários sobre condições ambientais gerais: arborização, lixo, ruído, presença de alagamentos, proximidade de rios e encostas, sistema de esgoto, abastecimento de água. É importante associar as condições físico-ambientais com as condições de moradia. Nem sempre a ocupação de vales ou de encostas será feita por população de baixa renda, por exemplo. O que determina os modos e lugares de ocupação é a dinâmica própria da reprodução das relações capitalistas de produção do território urbano. Ressalte-se que as condições ambientais são antes condições sociais, deve-se buscar essa associação.

iv) Condições infraestruturais

Descrição e comentários sobre as rugosidades do território: condições das ruas como pavimentação e dimensão; presença de equipamentos públicos como escolas, áreas de lazer e saúde; presença de equipamentos de transporte como estações, aeroportos, locais de passageiros e cargas, etc.

v) Rapidez e lentidão dos fluxos no território

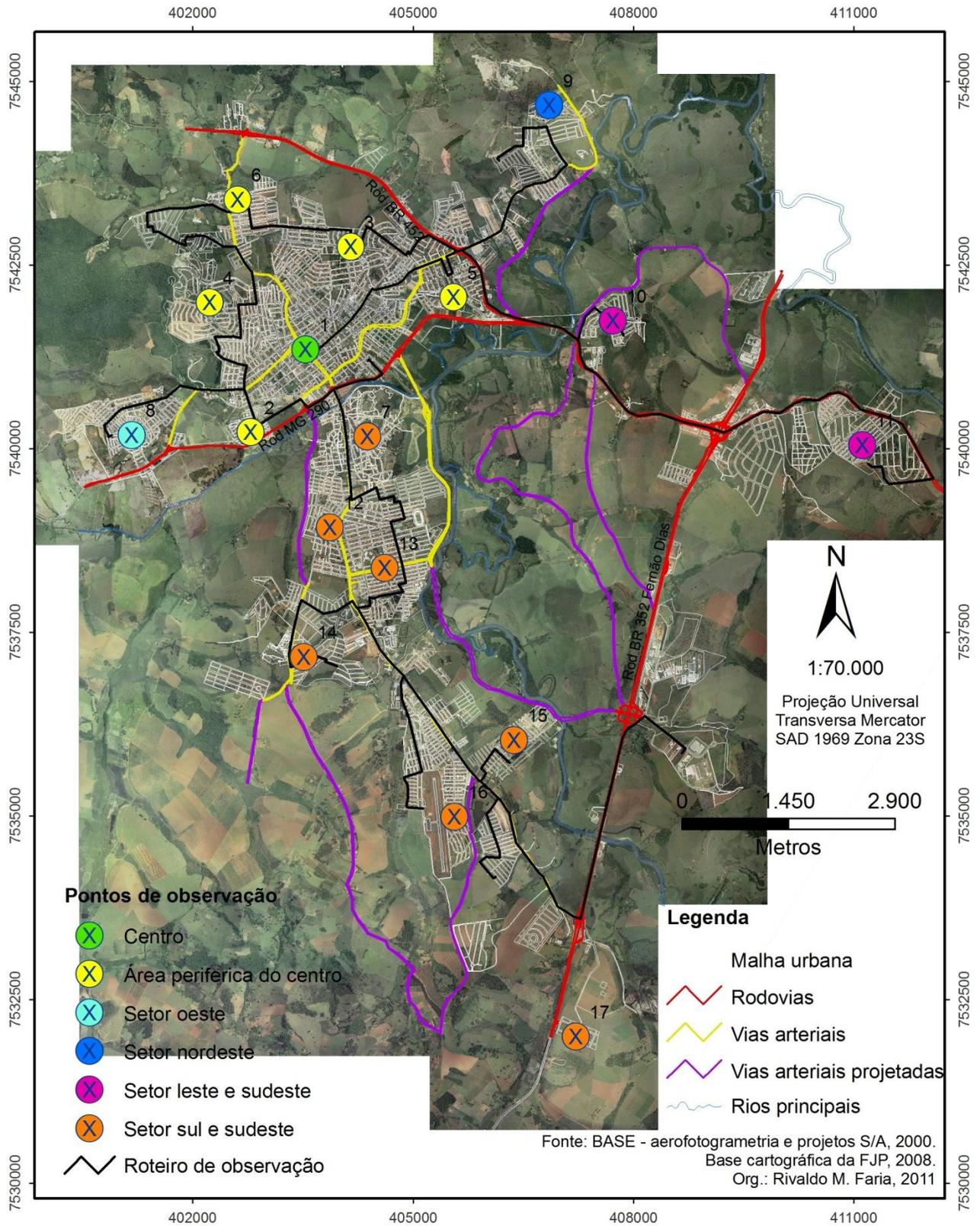
São rápidas as frações do território capazes de acolher vetores da modernização e/ou globalização. É importante observar a capacidade que cada ponto tem de acolher esses vetores, embora essa não seja uma tarefa fácil. Espaços da rapidez são centros de comando e, portanto, exercem papel central na divisão territorial do trabalho. Os fluxos podem ser visualizados objetivamente, isso pela dinâmica das relações sociais cotidianas. A capacidade diferenciada de acolher esses vetores modernos será responsável pelas incompatibilidades de velocidades, fato que denota um território visivelmente fragmentado.

A corporização do território (territórios corporativos, conforme SANTOS, 2004) é um dado importante a ser analisado nesse ponto. Mas, por outro lado, são importantes também as relações sociais de proximidade, de solidariedade e contato, essas mais presentes nos espaços da lentidão.

vi) Relações de trabalho predominantes

As relações de trabalho são dadas pelo modo como cada fração do território se insere no contexto da economia urbana. Áreas centrais estão mais ligadas ao comércio e serviços, ao passo que as áreas mais periféricas estão mais associadas ao trabalho industrial, por exemplo. Há também áreas híbridas. Na verdade, a maior parte do território, senão todo ele, será marcado pela diversidade econômica, resultada, mas também condicionante, de uma diversidade social.

Roteiro para realização das observações dos usos do território urbano de Pouso Alegre-MG



Anexo 06

PREFEITURA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE
ASSESSORIA ESPECIAL DE FINANÇAS E ORÇAMENTO
DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO E TRIBUTAÇÃO
Praça João Pinheiro, 73, Centro.
Telefone: (35) 3449 - 4228

Pouso Alegre, 16 de maio 2012.

OFÍCIO 017/2012 DFT-PHM

A RIVALDO MAURO DE FARIA

REFERENCIA: TABELA DE VALORES

Em resposta à solicitação realizada através de ofício datado do dia 15 de abril do corrente ano, vimos por meio deste, informar que, após análise da referida solicitação, informamos que segue abaixo, planilha contendo os valores do metro quadrado dos imóveis existentes nos setores informados por V.S^a. Informamos ainda que, os valores são uma média, uma vez que existem mais de um bairro por setor. Os valores informados são a somatória do valor do metro quadrado do terreno mais o valor do metro quadrado de construção.

RELAÇÃO DE SETORES		
SETOR	PADRÃO	VALOR (R\$)
CENTRO	ALTO	1400,00
JD AMÉRICA	MÉDIO	850,00
COLINA STA BÁRBARA	ALTO	950,00
RECANTO DOS FERNANDES	MEDIO	850,00
JOÃO PAULO II	ALTO	950,00
FÁTIMA	ALTO	1050,00
ALTAVILLE	ALTO	1050,00
JD GUANABARA	ALTO	1050,00
SÃO JOSÉ	ALTO	950,00
FAISQUEIRA	BAIXO	800,00
SÃO JOÃO	BAIXO	775,00
SÃO GERALDO	BAIXO	750,00
BELO HORIZONTE	BAIXO	800,00
FOCH	MEDIO	850,00
SÃO CARLOS	ALTO	900,00
COSTA RIOS	MEDIO	850,00
ÁRVORE GRANDE	MEDIO	850,00
MARIOSIA	MEDIO	850,00
STA RITA	ALTO	950,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE

ASSESSORIA ESPECIAL DE FINANÇAS E ORÇAMENTO

DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO E TRIBUTAÇÃO

Praça João Pinheiro, 73, Centro.

Telefone: (35) 3449 - 4228

SÃO CRISTÓVÃO	BAIXO	800,00
MORUMBI	BAIXO	800,00
JATOBÁ	BAIXO	800,00
CIDADE JARDIM	BAIXO	775,00

Observação: o valor do setor centro é referente a casas. O valor referente a apartamento é de R\$ 1500,00.

Atenciosamente,

Paulo Henrique Mariano

Seção Geral de Fiscalização e Tributação