

A TERRITORIALIZAÇÃO COMO PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): ANÁLISE DE UMA PRÁTICA GEOGRÁFICA DA SAÚDE

Rivaldo Mauro de FARIA¹

Arlêude BORTOLOZZI²

Resumo

A territorialização vem sendo proposta como política para organização dos serviços de atenção básica à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Pode ser entendida como a criação de territórios de atuação de unidades de saúde no interior de um município, tratando-se, portanto, de uma prática essencialmente geográfica. O objetivo deste texto é refletir sobre a territorialização da atenção básica à saúde e a prática derivada do seu entendimento conceitual.

Palavras-chave: Territorialização; Atenção Básica à Saúde; Sistema Único de Saúde (SUS).

Abstract

Territorialization as a purpose for organization of primary health care under the SUS (SUS): a practical analysis of geographic's health

The territorialization has been proposed as a policy for organization of primary attention service to health on behalf of the National Health System (SUS). It can be understood as the creation of territories of performance of health facilities within a municipality, meaning, a practice mainly geographical. The aim of this paper is to reflect on the territorialization of primary care and practice derived from its conceptual understanding.

Key words: Territorialization; Primary Attention to Health, National Health System (SUS).

¹ Mestre e Doutorando em Geografia – Instituto de Geociências/Unicamp. Caixa Postal: 6152 - 13083-970, Campinas/SP. E-mail: rivaldogeo@hotmail.com

² Dra em Educação e pesquisadora do Nepam/Unicamp (Núcleo de Estudos e Pesquisas Ambientais). Docente da Pós-Graduação em Geografia do Instituto de Geociências da Unicamp. Caixa Postal: 6152 - 13083-970, Campinas/SP. E-mail: arleude@unicamp.br

OBSERVAÇÕES INTRODUTÓRIAS

A territorialização vem sendo proposta como política para organização dos serviços de atenção básica à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (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 básica 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. Afinal, como tornar a saúde um bem universal sem que os serviços estejam presentes em todo o território? Como tornar equitativo o sistema de saúde se não resolver, antes de tudo, as iniquidades territoriais? Como integrar o sistema de saúde numa gestão territorial centralizada? O acesso à saúde depende da disposição dos serviços no território, o que também envolve a questão da cobertura, sem a qual seria inviável qualquer proposta de universalização. Evidentemente, não haverá acesso em territórios onde inexistente 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 uma 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 territorialização da saúde é uma prática geográfica, mas carece de uma análise propriamente geográfica. Há a apropriação de conceitos, mas não a devida reflexão sobre suas possibilidades e limitações. No entanto, o uso do conceito se transforma em prática política e o território municipal é esquadrihado segundo a lógica da territorialização dos serviços. Este texto quer refletir sobre essa prática de ordenamento dos serviços de atenção básica à saúde do SUS, fazendo-se, na primeira parte, um estudo analítico-descritivo e, na segunda, um estudo teórico-crítico.

A TERRITORIALIZAÇÃO COMO MODO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA LOCALIDADE

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 básica ou atenção primária³ à saúde (MONKEN, 2003). Outros níveis do sistema de saúde como o secundário e o terciário⁴, 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. Conquanto, serviços especializados devem operar em âmbito regional, em escalas que podem variar conforme o tipo de serviço e o nível de especialização. Serviços de alta complexidade terão comportamentos regionais diferentes daqueles de média complexidade, por exemplo.

A regionalização é uma diretriz constitucional e uma condição para a realização do SUS no país e a criação do Plano Diretor de Regionalização (BRASIL, 2001b) assinala muito bem isso. Ressalte-se que a regionalização é um dos principais componentes do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão (BRASIL, 2006), política mais importante a favor do SUS desenvolvida no país recentemente. Cita-se essa questão regional antes de se prosseguir o debate da territorialização da atenção básica, pois não se tratam de processos desconexos, mas complementares. O SUS deve se organizar através de uma rede hierarquizada de serviços, começando pela atenção básica, cuja política espacial se estabelece nos moldes de uma territorialização, e passando pelos demais níveis do sistema, cuja política espacial se faz nos moldes de uma regionalização. Daí a importância do geógrafo para esclarecer teórica e metodologicamente o uso desses conceitos e para se evitar extrapolações e apropriações políticas indevidas dessas mesmas expressões. Retome-se agora a temática da territorialização.

A atenção básica, ao contrário da atenção especializada, 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 atenção básica (STARFIELD, 2002), sem que antes se defina o território de atuação da unidade de saúde. Afinal, a continuidade supõe o relacionamento duradouro entre a população e os serviços de saúde e

³ 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 se determinar qual a acepção 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 acepção “atenção primária”, fato que mostra certo desacordo na interior da própria política nacional de saúde. Contudo, para se evitar qualquer mal entendido, utilizar-se-á o termo atenção básica, em acordo, portanto, com as orientações dadas na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007).

⁴ O SUS pode ser hierarquizado em níveis de complexidade, conforme o uso de tecnologias, metodologias, formas de atenção, entre outros. Além da atenção primária ou atenção básica, 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 de ordem fisiopatológica.

o relacionamento, por sua vez, supõe a demarcação de fronteiras. A definição do território de atuação das unidades básicas de saúde 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 básica.

Em atenção básica são os serviços que se dirigem às pessoas e não o contrário como na atenção especializada. Os serviços devem estar em contato com a população à qual se destina, realizando ações sobre as condições de vida e saúde e não apenas sobre as condições de doença. 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. Nesse nível de atenção, as ações devem antecipar o agravo mediante práticas de prevenção e promoção à saúde. Mas como prevenir e promover sem definir previamente a população e o território? 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 básica. A territorialização deve ser entendida como consequência dessa “necessidade” de estruturação territorial dos serviços do SUS. Pode ser definida como uma técnica ou método para “criar territórios” de atuação dos serviços de atenção básica no município. 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)⁵.

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, uma forma privilegiada para se alcançar a universalização, equidade e integralidade do sistema de saúde (MENDES, 1992). Porém, a ideia parece ter caído no ostracismo neste 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 Programa Saúde da Família (PSF) rouba a cena, mas não se exime do discurso do território. Ao contrário, projeta-se como um programa “territorializado”. Entre as suas características mais importantes, cita-se 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

⁵ 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).

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 tratar aprofundadamente os sentidos do 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. Por isso, 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; 1993), 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; 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 microáreas 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 microáreas no interior dos territórios das unidades de saúde, definidos a partir das condições de vida e saúde. A partir das informações coletadas nas microáreas, 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 da territorialização é muito parecida em todos esses trabalhos. 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 propriamente dita.

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, permite 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; 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? Como analisar os sistemas de objetos e sistemas de ações responsáveis pelos usos diferenciados do território em cada lugar? A forma encontrada para resolver essas questões 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 empirizável) 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.

São inumeráveis os trabalhos que tratam o território e a territorialização em saúde no Brasil, sobretudo no contexto da geografia da saúde. Isso indica o avanço do debate político e institucional em torno do território como conceito para a organização do sistema de saúde brasileiro. No entanto, ao que parece, não há uma avaliação adequada da abrangência conceitual do termo territorialização, ao mesmo tempo em que se observa o uso indiscriminado da expressão, presente em quase todos os manuais de atenção básica à saúde, sem esclarecimento adequado de sua definição. Ao que parece, há uma profunda carência de participação do geógrafo no debate dessa política pelo setor saúde, fato que se reflete no reducionismo teórico e numa prática deficiente. Abaixo, algumas considerações, mais como forma de questionamentos do que propriamente uma análise teórico-epistemológica, dessa que vêm se tornando a prática por excelência de organização dos serviços de saúde nos municípios brasileiros.

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 básica 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 técnica. 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.

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; 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; 2007), 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; GUATARRI, 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 repita-se 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. Cita-se, por exemplo, o 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 intervenção da 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).

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 esquadrinhado 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; 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, com o 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; 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, 2001a). 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 de 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, tal como orienta a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007), seria realmente uma pretensão. A 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 extremamente 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, 2007). 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 através do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (ESPMG, 2009), 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 extremamente 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.

Um dos fatores que pode explicar essas limitações teórico-conceituais está relacionado com a ausência da geografia no debate da saúde no país. Embora a Geografia da

Saúde venha se expandindo fortemente, ainda não foi suficiente para influenciar as políticas públicas do setor, em especial na organização da atenção básica, uma vez que se trata de um nível de atenção que se organiza a partir de uma geografia muito bem definida. Ao geógrafo cabe, então, a tarefa de debater as questões territoriais da saúde mais detidamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A territorialização da saúde deve ser entendida como uma técnica ou estratégia para organizar os serviços de saúde nos municípios. Porém, nos moldes em que vem sendo feita equivale muito mais à criação de áreas do que mesmo à criação de territórios da saúde. Questiona-se se seria possível falar em territorialização de alguma coisa, uma vez que tudo está, de acordo com Souza (2004), territorializado.

A territorialização em si mesma não deve ser tomada como conceito, uma vez que sua existência só se efetiva no conjunto dos movimentos das territorialidades. Ao tomar a territorialização isoladamente, corre-se o risco de se deter nos processos que a constituem, negligenciando-se os conteúdos sociais, políticos e econômicos que lhe dão existência. Outro risco é o reducionismo conceitual, que se apresenta num certo pragmatismo que, por sua vez, desemboca em irracionalismos. A territorialização é um modo político de conceber a criação de territórios para a atuação dos serviços de saúde, porém, o território já está dado, já existe. O resultado disso, como se viu, será a imposição de um território político sobre um território realmente existente. O problema é que os seus limites nem sempre serão coincidentes, o que faz gerar incompatibilidades de diversos tipos, uma vez que os territórios não podem ser homogeneizados ou padronizados como tem sido feito na implantação do Programa Saúde da Família.

O caráter processual da territorialização acaba de algum modo se ajustando à prática política do planejamento num contexto de complexidades, sobretudo do espaço urbano. De fato, é mais fácil criar um novo território, ou seja, territorializar, do que reconhecer os múltiplos territórios existentes e ajustar os serviços às demandas desses múltiplos territórios. O risco nesse caso é tornar a territorialização uma prática de manutenção do *status quo*, reproduzindo no setor saúde as mesmas desigualdades sociais e econômicas do país.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Christóvam; 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.

BRASIL. **Constituição**: República Federativa do Brasil 1988. Brasília, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

ESPMG – ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**: redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLOZZI, Arlêude. **Território, poder e produção de doenças**: importância da categoria território para a gestão urbana em saúde. In: II CONGRESSO INTERNACIONAL & IV SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE, 4, Uberlândia/MG, 30/11 à 03/12 de 2009. Anais (CDRON), Uberlândia: Sion Business Consultoria, p. 2595-2605, 2009.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

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.

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. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

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.

MENDES, Eugênio Vilaça, *et al.* 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.

MENDES, Eugênio Vilaça. 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.

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.

MONKEN, Mauricio. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância à saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Rio de Janeiro, 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.

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

MONKEN, Maurício; GONDIM, 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.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária e a municipalização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 29-47, 1992.

RAFFESTIN, C. **Por Uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993.

SAQUET, Marcos Aurélio. **Abordagens e Concepções de Território**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SAQUET, Marcos Aurélio. Por uma abordagem territorial. In: SAQUET, M.; SPÓSITO, E. S. **Território e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular, 2009, p. 73-94.

SOUZA, Maria Adélia A. Uso do território e saúde: refletindo sobre "municípios suadáveis". In: SPERANDIO, Ana Maria Girotti. **O processo de construção de municípios potencialmente saudáveis**. Campinas: IPES Editorial, 2004, p. 57-77.

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**, Brasília, v. 7, n.2, p. 7-28, 1998.

UNGLERT, Carmen Vieira Sousa. **Contribuição geográfica para o estudo da localização de serviços de saúde: uma abordagem geográfica em saúde pública**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, 1986.

UNGLERT, Carmen Vieira Sousa. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.

UNGLERT, Carmen Vieira Sousa. **Territorialização em saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente**. São Paulo: Tese (Livre Docência) Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, 1995.

UNGLERT, Carmen Vieira Sousa. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes Eugênio Vilça, *et al* (Org.). **Distritos sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993, p. 221-235.

VILLAROSA, Francesco Notarbartolo Di. **A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1993.

Recebido em março de 2011

Revisado em julho de 2011

Aceito em março de 2012