

# Gestão da saúde em territórios urbanos: considerações de uma experiência de pesquisa

Health management in urban territories:  
considerations of a research's experience

RIVALDO MAURO DE FARIA

Geógrafo e doutorando em Geografia (Instituto de Geociências-Unicamp)  
[rivaldofaria@yahoo.com.br](mailto:rivaldofaria@yahoo.com.br)

**Resumo:**

Este texto tem como objetivo refletir sobre a territorialização da atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção primária se apresenta como condicionante geral para se alcançar a universalidade da atenção à saúde no Brasil e como nó intercambiador de todo o sistema. A territorialização é uma técnica de gestão desses serviços e deve, dado a importância do papel atribuído à atenção primária, ser adequadamente refletida. Acredita-se que o uso da expressão territorialização vem autorizando uma prática de criação, que se reflete em certa imposição, de territórios da saúde.

**Palavras-chave:** Gestão territorial da saúde; Atenção primária; Experiência de pesquisa na geografia da saúde

**Abstract:**

This paper claims to understand the health's primary attention on the territorialization process from SUS (Health Unique System). The primary health attention is presented such a general condition for reaching the health universality in Brazil and also such as link for exchanges inside the whole system of attention. The territorialization is a technique of services management and must be very well studied due to the important roll given to primary attention. We believe that the use of this expression authorizes a practice of creation that reflects in a certain imposition of health territories.

**Keywords:** Territorial health management; Primary attention of health; Research's experience in geography of health

Há mais de três anos o Grupo de Trabalho (GT) “Meio Ambiente Urbano, Território e Novas Práticas Sócioespaciais”, dirigido pela professora Arlêude Bortolozzi, vem produzindo pesquisas em torno da temática territorial urbana. Trata o urbano como um território e o território como fenômeno urbano. Diante das inúmeras possibilidades que essa temática se impõe, o GT não poderia se constituir de outra forma senão como grupo de estudos interdisciplinares. E isso é um desafio nesse momento em que a técnica e as especialidades derivadas do mundo das técnicas se impõem como racionalidade da produção da ciência e do saber.

Uma das principais características desse conjunto de estudos é a capacidade empreendida pela coordenadora do grupo, de integrar diferentes áreas num mesmo veio condutor. Este veio é o território urbano e ele determina, ao mesmo tempo, o conteúdo dessas pesquisas (o urbano e a problemática urbana) e a base conceitual e metodológica para sua abordagem (o território e as relações sociais de poder estabelecidas em diferentes escalas). É assim que temáticas tão variadas, como educação, saúde, ambiente, patrimônio, etc. podem encontrar um denominador comum, pois todas fazem parte da mesma dinâmica, da mesma estrutura, processo, função e forma: o território urbano.

A discussão da gestão territorial da saúde em territórios urbanos é uma das temáticas tratadas no interior desse GT. É no contexto da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que ela se insere, mas especificamente, da gestão territorial da atenção primária à saúde em áreas urbanas.

O SUS é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas nos diversos níveis da federação. (BRASIL, 2000) Foi instituído na Constituição Federal de 1988 como proposta de integração e universalização do sistema de atenção à saúde no país. Não há como negar a ousadia na sua criação e também os avanços nas políticas de saúde pública brasileira a partir desse momento, malgrado, evidentemente, às muitas críticas que possam ser feitas.

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

O caráter universal do SUS, ainda hoje não alcançado, acabou impondo ao Estado a necessidade de certo arranjo territorial na organização dos serviços. Afinal, não é possível que a saúde seja acessível a todos, indistintamente, se as pessoas não tem acesso ao sistema. E o acesso depende, obviamente, da existência dos serviços nos territórios. O modo encontrado para se resolver isso foi implementando a política da descentralização da saúde no Brasil, numa tentativa clara de levar os serviços aos territórios e, dessa forma, tornar o sistema acessível. Com a descentralização o Município ganha importância e com ele o território. (PAIM, 1992)

Portanto, a questão do direito à saúde está diretamente atrelada ao território e a forma com os serviços são dispostos territorialmente. Entretanto, não é sob a perspectiva do direito stricto sensu que se deve pensar, mas da sua efetivação ou realização. Ocorre que o direito nem sempre se faz justiça, isso é verdade. O território pode ser tomado, de um lado, como a possibilidade da efetivação desse direito e, de outro, como o resultado e consequência dessa mesma efetivação. As enormes desigualdades territoriais no Brasil, por exemplo, representam

o resultado histórico da efetivação (ou não) do direito. Contudo, essas mesmas desigualdades territoriais só poderão ser resolvidas mediante eficientes políticas de planejamento e gestão territoriais.

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

Se a universalidade supõe e exige o território, ainda mais a equidade. Pode-se mesmo afirmar que não existe equidade social em saúde sem que haja antes uma equidade territorial. Obviamente, que adianta ter acesso ao médico se não se tem acesso à comida? Que adianta o direito à saúde se não se tem direito ao território? Dessa forma, qualquer intervenção da saúde que não seja uma intervenção no território é falha, é como remediar sem antes prevenir.

Se, de um lado, a saúde é direito de todos, de outro, é dever do Estado oferecê-la, assim reza a constituição. Este é o segundo aspecto composicional do SUS de que se falava e com ele o Estado passa a se responsabilizar pela criação de todas as estruturas necessárias para fazer valer o direito. Num momento de forte pressão pelo chamado Estado mínimo, de neoliberalismo e globalização, o SUS se apresenta como realidade contrária e isso deve ser enaltecido. Entre as diversas estruturas criadas pelo Estado para tornar o SUS uma realidade citam-se a financeira, político-organizacional e territorial. É nesse último caso que a contribuição geográfica se faz mais importante.

O presente texto introduz a reflexão geográfica em torno de uma política e de um método de planejamento e gestão essencialmente geográficos, qual seja: a territorialização da atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

### **A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS**

O SUS se organiza em níveis hierárquicos de atenção primária, secundária e terciária. (BRASIL, 2000) O que os diferencia são os tipos de ações, as tecnologias utilizadas e a sua geografia ou sua inscrição espacial. Quanto mais especializada a atenção (níveis de atenção secundária e terciária) mais concentrados espacialmente são os serviços e quanto mais generalizada, mais difundida espacialmente (atenção primária). Não há um nível mais importante que outro e muito menos independência ou isolamento. O correto é que todos eles funcionem de modo integrado de tal forma que o que não se resolve num determinado nível seja encaminhado para o outro.

A atenção primária é o primeiro nível, não é o nível mais simples ou simplificado. É assim chamado porque é onde se dá o primeiro contato do indivíduo com o sistema de atenção. (STARFIELD, 2002) E esse primeiro contato é, talvez, o mais importante, pois é daí que deve (ou deveria) se estabelecer o encaminhamento para os demais níveis de atenção. Dessa forma, a atenção primária se apresenta, de um lado, como a porta de entrada do SUS e, de outro, como o coordenador geral dos fluxos em todo o sistema. Além disso, e aqui mais uma característica desse nível de atenção, suas ações devem ser contínuas, não se atendo a momentos esparsos da vida do indivíduo como, normalmente, ocorre nos níveis de atenção especializada.

De fato, na atenção especializada (dada nos níveis secundário e terciário) o indivíduo procura os serviços para resolver algum problema de saúde, ou seja, quando já está adoentado. Desse modo, suas ações ficam limitadas à doença e sua manifestação, o que torna essas ações fragmentadas e descontínuas, pois ocorrem em momentos esparsos da vida da pessoa. Evidentemente esse modo de organização não é um problema, na verdade, essa é a vocação, por assim dizer, das ações tomadas nos níveis de atenção secundário e terciário.

A atenção primária é a primeira referência (ou deveria ser essa primeira referência) que o indivíduo tem com o SUS. Mas, ao mesmo tempo, deve ser também (ou deveria ser) a contra referência do sistema de atenção, pois, se de um lado, ela controla os fluxos aos demais níveis (referencia os fluxos aos serviços especializados necessários), de outro, os demais níveis devem retornar os fluxos para a atenção primária (contra referenciando esses fluxos de volta a esse nível) que irá acompanhar de modo sistemático e contínuo a situação de vida e saúde da pessoa. Veja-se, portanto, que tudo converge para a atenção primária que acaba também se constituindo como o nó intercambiador do SUS, ou seja, como ponto de integração de todo o sistema. (MENDES, 2009)

Parece ter ficado claro até aqui que a atenção primária tem um comportamento mais ativo (deve antecipar o agravo, atuar sobre as pessoas e não apenas sobre as doenças, deve se dirigir às pessoas e não o contrário), ao passo que a atenção secundária e terciária tem um comportamento mais passivo (acolhe os fluxos e as pessoas que lhe acorrem para resolver seus problemas de saúde). No Brasil a atenção primária tem como foco a família. Desde 1994 quando foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) parece que tudo converge nesse sentido, tanto é assim que de programa, a Saúde da Família se transformou em estratégia de consolidação da atenção primária e do próprio SUS no país. (BRASIL, 2007) A Saúde da Família é formada por uma equipe multidisciplinar que atua a partir de um público-alvo e de um território definido. Como os serviços são organizados para as pessoas e não para as doenças como se vem insistindo, há a necessidade de se definir o público a ser atendido por cada serviço em particular. Mas não só isso, os atributos da atenção primária não se realizam sem que se defina o território ou a área de atuação desses serviços. Por exemplo: não é possível que as ações sejam contínuas e sistemáticas sem que cada serviço saiba exatamente qual é a população sob sua responsabilidade.

A atenção primária no Brasil é feita em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família e cada uma dessas unidades deve ter um território definido e uma população adscrita para sua atuação. Há, portanto, a necessidade de certa estrutura territorial para a organização desses serviços. Mas como fazer isso? Como definir territórios de atuação das unidades de saúde? É assim e apresentando-se como uma necessidade de método e de política que se desenvolveu no Brasil a proposta da territorialização da atenção primária à saúde.

## **A TERRITORIALIZAÇÃO COMO PROCESSO DE CRIAÇÃO DE TERRITÓRIOS POLÍTICOS DA SAÚDE**

A ideia da territorialização ganhou força na década de 1990 graças ao processo de descentralização da saúde e a responsabilização municipal pela oferta da atenção primária. Na época, foi muito usada para se definir territorialmente os limites dos distritos sanitários, [1] mas é com a Saúde da Família que a proposta se disseminou e se tornou quase imperativo na organização da atenção primária

1 - O distrito sanitário representava na época a resposta mais evidente para a mudança nas práticas assistenciais, fortemente influenciado pelo paradigma da promoção da saúde. Foi tomado como um processo social de mudanças nas práticas sanitárias, tendo uma dimensão política, ideológica e tecnológica. Entretanto, a ideia foi perdendo força no início de século em detrimento das propostas de organização em torno da família.

à saúde no país. A preocupação inicial em termos de agenda de pesquisa foi refletir sobre os sentidos atribuídos à territorialização e a sua capacidade ou não de apreender a complexidade do território urbano.

Um primeiro aspecto que se notou é o relativo distanciamento do geógrafo em relação a esse debate, o que é estranho pelo fato de se tratar de uma prática essencialmente geográfica. Há pequenas contribuições, mas nada que interfira em termos de planos e programas de governo. E isso vai se refletir nos modos como o conceito de território e seus derivados (territorialização e territorialidade) serão pensados no setor saúde. O conceito de território já comporta em si mesmo certa confusão conceitual, isso mesmo no interior da geografia. Além disso, ressalte-se o fato de que essa não é uma categoria disciplinar, juntamente com a geografia apresentam-se as contribuições dadas pelas ciências políticas, antropologia, biologia, entre outras. Daí a dificuldade ainda maior em defini-la ou de tomar uma definição que seja mais adequada para pensar esses territórios da saúde.

A territorialização pode ser entendida como uma técnica ou tecnologia utilizada para se definir as áreas de atuação dos serviços de atenção primária à saúde. (MONKEN e GONDIN, 2008) Acredita-se que seu uso está mais relacionado com as possibilidades que o conceito permite em termos de apropriação do espaço e de praticidade, do que mesmo as suas potencialidades teórico-metodológicas e de mudanças nas práticas assistenciais. De fato, territorializar significa apropriar-se de determinada parcela do espaço e isso pode se apresentar, de um lado, como algo prático e, de outro, como algo politicamente viável. Para o Estado que tem quase que livre trânsito em termos de intervenção no espaço, apropriar-se de uma área, criar um território da saúde não é algo tão difícil. Dessa forma, o uso da expressão territorialização acaba justificando uma prática política da saúde, pois, são territórios políticos que se impõe sobre o território urbano realmente existente. (FARIA e BORTOLOZZI, 2009)

Veja-se, portanto, que é sob a perspectiva política que o conceito de território vem sendo tomado. E isso tem sérias implicações no modo de estabelecer esses territórios da saúde. Uma dessas implicações, por exemplo, talvez a mais importante, é a burocratização desse processo. São territórios padronizados, geométricos, impostos como condicionantes espaciais de acesso aos equipamentos, não há comunicação e integração entre territórios e serviços, dados e situações. Entretanto, o território urbano não pode ser esquadrihado dessa forma, sob o risco de separar e dividir ao invés de integrar e agregar. Está cada vez mais claro para os teóricos da discussão territorial que este não se apresenta hierarquicamente, mas em rede. (SAQUET, 2007) Há sim a sobreposição de territórios, mas não o isolamento. Contudo, territórios político-burocráticos têm limites relativamente rígidos, pois são criados artificialmente nos escritórios dos gestores, desenhados cartograficamente e impostos como condicionantes gerais da vida de relações.

Como conceito, a territorialização deve ser entendida como o processo de criação de territórios. Mas o que anima esse processo? Quais são os atores responsáveis pela sua existência? Ora, supõe-se que a territorialização materializa-se como o processo ou o movimento das territorialidades. São as territorialidades que produzem os territórios ou territorializam os territórios para ser redundante. Não há uma única territorialidade, mas um conjunto de territorialidades que se processam e se movimentam. Mas não são processos harmônicos, há enfrenta-



mentos entre estes mesmos processos e suas intenções, entre atores e escalas. É assim que o território urbano se produz pelo complexo jogo das relações sociais de poder expressas em diferentes escalas e segundo diferentes intencionalidades. As territorialidades são o motor provocador da territorialização e da materialização de territórios que se justapõem. Veja-se, portanto, que a territorialização como movimento não significa absolutamente nada se não se considerar o motor que o anima e lhe dá existência, ou seja, as territorialidades produzidas e produtoras de relações sociais de poder.

A territorialização tem um caráter processual ao passo que as territorialidades têm um caráter estratégico. (SACK, citado por MONKEN e GONDIN, 2008) Ao usar o termo territorialização para se definir áreas (criar territórios políticos) dos serviços de saúde se está enfatizando o seu caráter processual ou prático, mas é no campo das estratégias de intervenção ou das intenções em termos de mudanças nas práticas sociais em saúde que se deve refletir. Deve-se então perguntar quais são essas estratégias e quais os impactos desse tipo de intervenção.

A territorialização é uma tecnologia de gestão e uma política de Estado, já se disse. Como tecnologia ela é também uma solução metodológica, uma prática de “criação de territórios” da saúde. O modo como isso é feito obedece alguns padrões previamente definidos, o mais importante é o número de pessoas ou de famílias adscritas em cada unidade de atenção primária. E esse número é padronizado para todo o país, com variações que podem ser encontradas na territorialização desses serviços nas regiões metropolitanas. Não se pode negar tudo, só o fato de levar os serviços aos territórios já representa avanços em termos de políticas públicas de saúde. Contudo, pensar que todos os territórios terão a mesma dimensão é algo a ser questionado. Estudo feito na área urbana de Pouso Alegre (cidade localizada no Sul do Estado de Minas Gerais) mostrou os problemas de se implantar territórios geométricos dessa forma. (FARIA e BORTOLOZZI, 2009) Um desses problemas, por exemplo, é o que se tem chamado de inadequação territorial. Como são padronizados, os territórios da saúde nem sempre são condizentes com as realidades territoriais híbridas e de dimensões variadas. E isso gera certo estranhamento, pois os limites das áreas de atuação das unidades de saúde não refletem os limites do território existente, já está posto como realidade social projetada no espaço. O grande problema é que esse limite territorial do serviço de saúde acaba por se impor como barreira, só terá acesso ao mesmo a população adscrita localizada no seu interior. E como explicar ao cidadão o fato dele estar incluído num determinado território e não em outro?

Deve-se ainda esclarecer que a atenção primária não atende a totalidade da população brasileira, pouco mais da metade é atendida em unidades Saúde da Família. Na referida cidade, por exemplo, os territórios criados atendem menos da metade de sua população. E como explicar para a outra metade o fato de não estarem incluídas em nenhum território? Há casos muito graves em que parte da rua foi incluída num território de atuação do serviço de saúde e parte não. Essa é a racionalidade do número e não das pessoas. Os limites dos territórios da vida urbana não são os mesmos limites dos territórios da saúde pública. Ora, é este último que tem que se adequar e não o contrário.

Por isso, uma segunda preocupação em termos de agenda de pesquisa tem sido o trabalho em torno de outra perspectiva que não a territorialização. Nessa

perspectiva o objetivo não é criar territórios da saúde, mas reconhecer os territórios existentes e adequar os serviços aos mesmos. Ou seja, a questão não é territorializar, mas reconhecer e se adaptar. Não é uma nova perspectiva em torno da territorialização, mas outra perspectiva, ao invés de criar territórios, pretende reconhecê-los. Isso exige não a apropriação e imposição de territórios, mas o estudo sistemático dos processos sociais constitutivos dos territórios e a adaptação dos serviços às suas variações. Evidentemente essa tarefa pode ser mais complicada, pois criar exige, de algum modo, uma ação deliberativa vinda de cima, ao passo que reconhecer significa ter que dialogar com o território efetivamente usado e vivenciado.

Reconhecer o território é antes de mais anda reconhecer as estratégias (as territorialidades) que lhe dão existência e vida. Ora, as estratégias são as próprias relações sociais de poder expressas em diferentes escalas e segundo diferentes atores e suas intenções (políticas, econômicas e culturais). A projeção espacial dessas relações sociais de poder é o próprio território materializado. Os usos do território refletem esse jogo de poder, basta ver como isso se expressa, por exemplo, em termos de divisão social do trabalho. (SANTOS, 1996)

A adequação dos serviços de saúde aos territórios permitiria pensar as especificidades de cada território e suas necessidades. Assim, tornar-se-ia possível adequar os serviços de saúde a essas necessidades, dando um atendimento diferenciado para cada território em particular. O reconhecimento dos territórios é também e, sobretudo, o reconhecimento das diferenças. Alguns poderiam argumentar dizendo que não se pode atender dessa forma cada território, pois levaria ao risco do privilegiamento de alguns em detrimento de outros. Entretanto, é o contrário o que se está propondo. Ao que parece, em termos de gestão urbana, as coisas ainda são feitas do tipo produção padronizada e em massa. Porém, o padrão pode ser interessante para determinadas realidades, mas funcionar opostamente em outras. E isso pode ocorrer no interior de um mesmo território urbano. Não é possível, por exemplo, pensar da mesma forma a gestão territorial da atenção primária nas áreas centrais e nas áreas periféricas de ocupação de baixa renda.

O reconhecimento dos territórios deve permitir criar limites de atuação dos serviços de atenção primária à saúde. O resultado desse processo será a criação de áreas de dimensões e densidades variadas e com necessidades variadas. Assim, os serviços também terão densidades variadas e especificidades que permitem atender a essas necessidades. E isso não é utopia, mas eficiência de gestão. Evidentemente o território urbano não pode ser pormenorizado ou dessecado como um objeto inerte que se apresenta ao pesquisador. Como é produzido pelas relações sociais de poder, comporta a própria dinâmica dessas relações. Daí dificuldade e quase impossibilidade de querer entender todas essas relações simultaneamente. Porém, isso não deve ser tomado como fator impeditivo para a tarefa que se coloca de entender, reconhecer e categorizar este território. Se isso não é feito, políticas de gabinete continuarão a ser aplicadas.

Deve-se encerrar reafirmando a necessidade de se pensar o território e não querer impor de fora uma nova estrutura político-territorial. São os serviços de saúde que se adequam aos territórios e não o contrário, como vem sendo feito. O ponto de partida é o território e as intervenções devem fazer valer o direito pelo uso do mesmo em sua plenitude, entre eles o direito à saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- \_\_\_\_\_. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- 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.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *As Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.
- 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, 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.
- PAIM, Jairnilson Silva. “A reforma sanitária e a municipalização”. *Saúde e Sociedade*, v. 1, n. 2, p. 29-47, 1992.
- SANTOS, Milton. “O retorno do território”. In: SANTOS, Milton et al. (org.). *Território: Globalização e Fragmentação*. 4. ed. São Paulo: Hucitec:Anpur, 1996, 15-20.