

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PPGA

CURSO DE MESTRADO

**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 em Porto Alegre, RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Administração no Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Nilson Maestri Carvalho

Orientadora: Prof^a. Dra. Zilá Mesquita

Porto Alegre

2003

RESUMO

Tendo como fio condutor a diversidade de abordagens que circunda a temática territorial, particularmente em suas relações históricas com o campo da saúde pública, esta pesquisa se propõe a estudar as diferentes características que constituem o(s) território(s) do Morro da Cruz, em Porto Alegre, e suas relações com o trabalho cotidiano desenvolvido pela Unidade Básica de Saúde (UBS) local, buscando analisar, por um lado, quanto e como é compreendida a complexidade territorial por aquela equipe e, por outro, de que maneira as práticas assistenciais empreendidas configuram estratégias de territorialização. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, baseada em um estudo de caso observacional, cujos dados foram coletados a partir das técnicas de observação participante, entrevista semi-estruturada e análise documental. As informações obtidas permitiram identificar nas práticas de territorialização empreendidas a influência de conceitos referentes aos preceitos da Geografia Tradicional e da Geografia Quantitativa. Da primeira são herdadas a noção de espaço absoluto naturalizado e uma aproximação ao território *ratzeliano*, que reconhece no Estado o poder que demarca os limites da territorialidade. Da Geografia Quantitativa, por outro lado, deriva uma representação lógico-positivista de espaço, o qual, visto como variável independente, é perpassado por linhas que configuram distâncias e tempos mensuráveis. Ao ignorar os aportes recentes da Geografia Humanista e da Geografia Crítica, o processo de territorialização não apreende as relações de poder e as ligações simbólico-afetivas que configuram a complexidade territorial local. Valendo-se desta base conceitual no campo geográfico e supervalorizando a importância das concepções epidemiológicas para o conhecimento da realidade, as estratégias observadas tendem a produzir, ao mesmo tempo, um modelo de planejamento tradicional, de cunho normativo. Por outro lado, ao desenvolver ações como a prática do *acolhimento*, trabalhos com grupos e visitas domiciliares, a equipe procura ampliar sua capacidade de entendimento e intervenção, lançando mão de abordagens que buscam compreender a perspectiva do usuário. Assim, valendo-se de estratégias que não buscam diretamente a apropriação do território, a equipe consegue se aproximar da complexidade do mesmo.

ABSTRACT

Having as its *leit motiv* the diversity of approaches that surround the territorial theme, particularly in its historical relations with the field of public health, this research studies the different characteristics that constitute the territory(ies) of Morro da Cruz, in Porto Alegre (RS, Brazil), and their relations with the day-by-day work developed by the local Unidade Básica de Saúde – UBS (Basic Health Unit), trying to analyze, on one hand, how much and how the territorial complexity is understood by that team and, on the other hand, how assistance practices applied configure territorialization strategies. It is a qualitative research, based on an observational case study, whose data were collected through techniques of active observation, semi-structured interview and document analysis. Information obtained allowed to identify, in the territorialization practices applied, the influence of concepts referent to ideas of the Traditional Geography and of the Quantitative Geography. From the first, the heritage are the notion of naturalized absolute space and an approach to the *ratzelian* territory, which acknowledges in the State the power that sets the limits of territoriality. From Quantitative Geography, on the other hand, it derives a logical-positivist representation of space, which, seen as independent variable, is trespassed by lines that configure measurable distances and times. By ignoring the recent basis of Humanistic Geography and Critical Geography, the process of territorialization does not comprehend the relations of power and the symbolic-affective links that configure the local territorial complexity. Using this conceptual basis in the geographic field and overrating the importance of epidemiological conceptions to the knowledge of reality, the strategies observed tend to produce, at the same time, a traditional planning model, with normative characteristics. On the other hand, while developing actions such as the practice of *welcoming*, work with groups and home visits, the team tries to broaden their capacity of understanding and intervention, placing at hand approaches that try to understand the perspective of the user. Thus, through the use of strategies that do not seek directly the appropriation of the territory, the team can approach its complexity.

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa fala do cotidiano de um serviço de atenção primária em saúde. Como afirma minha orientadora nesta pesquisa, Professora Zilá Mesquita, o cotidiano carrega consigo uma ambigüidade instigante, pois ao mesmo tempo em que exprime uma noção de banalidade e monotonia, reserva também a possibilidade de uma investigação analítica capaz de desvelar particularidades fundamentais da existência humana. Considero então procedente iniciar esta apresentação falando um pouco sobre minha trajetória no campo da saúde, a história das minhas vivências cotidianas nos diferentes *territórios* que me conduziram à realização deste trabalho.

Minha formação acadêmica foi em Medicina. Fiz especialização em Pediatria no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), uma instituição de ponta no sistema de saúde do Rio Grande do Sul. Foram três anos de Residência Médica estagiando nos setores de emergência, ambulatório, internação e terapia intensiva, estudando e praticando os preceitos da chamada medicina científica. Já no decorrer da Residência comecei a exercer minhas atividades profissionais em Pediatria e, a partir de então, durante quase dez anos, trabalhei em várias instituições de saúde – hospitais, policlínicas, unidades de atenção primária – e em consultório privado.

Ao final da década de 90, quando já me sentia afetiva e irremediavelmente vinculado à saúde pública, aproximei-me das atividades de gestão. Foi uma aproximação fortuita, pois minha formação era toda voltada para atividades clínicas. Não obstante, passei a me envolver cada vez mais com as questões de organização do sistema de saúde, desempenhando funções de coordenação e assessoria. Esta nova realidade desencadeou a necessidade de aperfeiçoamento profissional, pois como administrador eu era um ótimo pediatra. Fiz, então, o Curso de Especialização em Saúde Pública na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o qual permitiu uma aproximação com temas e autores que mostravam uma outra possibilidade de pensar a saúde pública. Ratifiquei minha opinião de que tudo aquilo que me angustiava na gestão do sistema de saúde –

burocracia, centralização, falta de criatividade, comodismo – não eram uma fatalidade do destino.

Esta volta à sala de aula representou uma reviravolta na minha vida. Embora mantivesse minhas atividades como pediatra, aproximei-me cada vez mais do meio acadêmico. Comecei a trabalhar no Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública (ESP) do estado e, sob influência da Professora Maria Ceci, decidi fazer o Mestrado em Administração, na área de Organizações. O contato com os residentes na ESP e as disciplinas cursadas no Mestrado reforçaram a convicção de que não era possível pensar profundamente os problemas da saúde pública sem o suporte de um olhar interdisciplinar. A consequência foi uma aproximação com a temática territorial, resultando na realização desta pesquisa. Nestes últimos meses perguntei várias vezes a mim mesmo se não deveria ter escolhido um tema mais familiar, mais próximo da minha formação profissional. Mas a curiosidade foi mais forte e decidi não fugir do *território*, já que a necessidade de discutir a *territorialização* da atenção à saúde há algum tempo me instigava. Assim, abrindo mão de outros caminhos mais seguros e tranquilos, optei pelo risco de caminhar – e tropeçar - em *territórios* desconhecidos.

Minha trajetória, portanto, é repleta de aparentes rupturas. Embora simulem uma seqüência descontínua, minhas escolhas guardam uma coerência que abomina a compartimentalização dos saberes e o comodismo das certezas absolutas. Sou grato à vida por ser assim. Embora, às vezes, esta disposição de espírito provoque situações difíceis e sofrimentos desnecessários.

Esta pesquisa foi desenvolvida no Morro da Cruz, em Porto Alegre, onde trabalho como médico pediatra desde 1998. Exigiu-me, portanto, um esforço contínuo de manter um *afastamento relativo* que permitisse um olhar de estranhamento, mas que não significasse, ao mesmo tempo, abrir mão de sentir e me envolver com a realidade vivida.

Não sei se o resultado final é aquele que eu esperava. A necessidade de aprender *novas linguagens* e manter um mínimo rigor acadêmico (e, ao mesmo tempo, não ceder à rigidez formal estéril), significaram um desafio que poderiam me levar a diferentes lugares, ou mesmo a lugar algum. Espero que não seja este o

caso. De qualquer maneira a simples trajetória já fez valer o esforço. Foi uma caminhada por diferentes tempos e *territórios* que desvelou o quanto ainda temos que percorrer para nos aproximarmos de uma prática de atenção à saúde que contemple o intenso significado de *ser humano*.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 TERRITÓRIO, ESPAÇO E LUGAR:	
APROXIMANDO-SE DA POLISSEMIA	14
1.1 Da Geografia Tradicional à Geografia Quantitativa	15
1.2 A Geografia Crítica e o espaço socialmente construído	18
1.2.1 Um pouco mais de Milton Santos	21
1.2.2 A crítica de Milton Santos	24
1.3 A Geografia Humanista: lugar e espaço vivido	24
1.4 As dimensões contemporâneas do território	26
1.4.1 Uma dimensão: território e poder	28
1.4.2 Outra dimensão: território, subjetividade e cultura	33
1.5 Território, espaço e lugar: do que estamos mesmo falando?	37
2 TERRITÓRIO E ATENÇÃO À SAÚDE:	
ANTIGAS E NOVAS RELAÇÕES	39
2.1 Da concepção hipocrática à Idade Média	39
2.2 Estado, território e a saúde pública moderna	43
2.3 A bacteriologia e a ascensão da epidemiologia	48
2.4 Geografia e saúde hoje	52
3 TERRITÓRIO E SAÚDE NO BRASIL	55
3.1 Do Sanitarismo Campanhista ao Sistema Único de Saúde	56
3.2 Descentralização, vigilância à saúde e territorialização	59
3.3 Planejamento em saúde pública	64
3.4 Territorialização e vigilância à saúde: considerações críticas	67
4 O MÉTODO DE PESQUISA	70
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	77
5.1 Fragmentos da história e dualidades	77
5.2 Caminhando pelo morro	82
5.2.1 A favelização em Porto Alegre.....	84

5.3 O crescimento populacional no Morro da Cruz	87
5.4 A atenção à saúde no Morro da Cruz	89
5.4.1 Breve histórico do CSEM	89
5.4.2 A UBS Morro da Cruz	92
5.4.3 Delimitando fronteiras: o território da UBS	96
5.4.4 O mito do diagnóstico da comunidade	103
5.4.5 A visita domiciliar	112
5.4.6 Acolhimento e grupos: o território na UBS	114
5.5 O estigma da violência	121
5.5.1 Entre parênteses: o Campo da Tuca	127
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137
ANEXOS	150

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Resultados dos censos de conglomerados irregulares na cidade de Porto Alegre em 1950, 1964 e 1973	84
-----------	---	----

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1:	Gráfico da evolução da população que vive em núcleos e vilas irregulares de Porto Alegre	84
-----------	--	----

INTRODUÇÃO

O sistema público de saúde no Brasil tem como marco recente a Constituição Federal (BRASIL, 1988), onde, no artigo 196, fica definido que todo o cidadão brasileiro tem direito à saúde. Esta é identificada como um direito social da cidadania, cabendo ao Estado, nas três esferas de governo, garanti-la por meio de políticas públicas que reduzam o risco de doenças e outros agravos. Segundo o texto constitucional, as ações e serviços públicos de saúde integrariam uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo o chamado Sistema Único de Saúde (SUS), cujas diretrizes básicas seriam: (1) descentralização e regionalização, com direção única em cada esfera de governo; (2) atendimento integral, universal e equânime, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e (3) participação da comunidade.

Fruto do movimento que ficou historicamente conhecido como *Reforma Sanitária*, a criação do SUS não significou um simples arranjo conjuntural do setor. Sua concepção representou uma verdadeira revolução na história da gestão e organização da saúde pública brasileira, ao incorporar princípios como participação popular, descentralização, regionalização, universalidade, equidade e integralidade das ações. Tal revolução se consubstanciou numa grande transformação do sistema de saúde, resultando em importantes conquistas relativas à expansão da rede pública, à institucionalização de espaços de participação popular e a modificações instituídas no aparato legal e na configuração político-administrativa.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2002), o SUS é hoje um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, realizando em média 350 milhões de atendimentos ao ano. São 85 milhões de consultas especializadas, 200 milhões de

exames laboratoriais, 79 milhões de atendimentos de alta complexidade, 12 a 13 milhões de internações hospitalares, 165 milhões de consultas de atenção básica e tantas outras cifras estratosféricas que atestam o gigantismo do sistema.

A história mostra, entretanto, que esta enorme transformação estrutural e quantitativa não tem sido igualmente acompanhada de uma mudança significativa no modo de se produzir saúde. Ou seja, as práticas de atenção na dimensão operacional do sistema ainda não correspondem às propostas doutrinárias do SUS, sendo observáveis os efeitos desse descompasso no cotidiano dos serviços de saúde de qualquer cidade brasileira.

A consolidação de um ideário democrático da saúde – tal como é preconizado pelo SUS – passa, portanto, por uma mudança qualitativa das práticas sanitárias no nível local, onde o sistema de saúde se materializa, colocando, frente a frente, serviços e usuários. É desta perspectiva que descende a proposta de organização da assistência a partir de distritos sanitários e de serviços com bases territoriais definidas. Trata-se de uma concepção que corresponde à proposta internacionalmente conhecida como Sistemas Locais de Saúde (SILOS), que chegou ao Brasil por meio do Programa de Desenvolvimento de Serviços de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no final da década de 80. A OPAS caracteriza os SILOS como segmentos relativamente autônomos do sistema nacional de saúde, dimensionados para apreender e responder adequadamente aos problemas sanitários de uma população sediada numa base territorial definida. (JUNQUEIRA & INOJOSA, 1993). A finalidade da proposta é a descentralização dos serviços de saúde, considerando três níveis de atenção e recursos, que devem atuar conjuntamente: o nível básico, local ou primário, responsável pelos serviços de saúde da comunidade e pela ampliação da cobertura, capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde; o nível intermediário ou regional, que inclui serviços integrados de prevenção, cura e reabilitação em estabelecimentos hospitalares, que atenderia os casos *filtrados* pela atenção básica; e o nível terciário, que compreende centros médicos e institutos de investigação científica altamente desenvolvidos, responsáveis pelos casos de maior complexidade.

No Brasil a distritalização da saúde – concebida como expressão operacional do princípio constitucional da descentralização – encontra-se definida na Lei 8080

(BRASIL, 1990), conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, dispendo sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Entretanto, apesar de todos os mandatos nacionais e internacionais e o arcabouço jurídico-legal apontarem para a necessidade de se reorganizar a atenção à saúde a partir da distritalização e do estabelecimento de serviços com bases territoriais definidas, ainda há uma série de interrogações – e discordâncias - sobre a fundamentação teórico-conceitual e o significado prático deste processo. Nessas discussões a categoria *território* ocupa, necessariamente, um espaço privilegiado, visto que é um conceito-chave para o processo de descentralização preconizado pela reforma sanitária brasileira. Ao fundamentar as propostas de territorialização empreendidas, a base teórico-conceitual subjacente à noção de território dá sustentação às concepções de gestão e de planejamento utilizadas, configurando, assim, estratégias e modelos de atenção que guardam coerência – ou não – com a proposta política e ideológica do SUS.

É dentro desta perspectiva, portanto, que vê no processo de territorialização da atenção à saúde a expressão operacional dominante da proposta de descentralização constitucionalmente prevista - e que compreende o território como categoria central neste processo, que o presente trabalho se insere e se justifica.

Assim, o objetivo deste estudo é descrever e problematizar as práticas assistenciais empregadas na rede básica de atenção do SUS, buscando analisar, por um lado, quanto e como as mesmas compreendem a complexidade territorial e, por outro, de que maneira configuram estratégias de territorialização. Tendo como fio condutor a diversidade das abordagens que circundam a temática territorial, particularmente em suas relações históricas com o campo da saúde, esta pesquisa se propõe a estudar as diferentes características que constituem o(s) território(s) do Morro da Cruz, em Porto Alegre, e suas relações com o trabalho cotidiano desenvolvido pela Unidade Básica de Saúde (UBS) local.

No primeiro capítulo deste trabalho (*Território, espaço e lugar: tentando compreender a polissemia*) busca-se explorar historicamente as diferentes concepções de território a partir das múltiplas vertentes conceituais existentes.

A seguir, no segundo capítulo (*Território e saúde: antigas e novas relações*), verifica-se as relações entre saúde pública e território, a partir de uma perspectiva histórica que busca analisar, por um lado, como as vinculações dos homens com os territórios foram influenciadas pelas representações atinentes aos fenômenos da saúde e da doença e, por outro, como a organização e a gestão da saúde pública condicionaram configurações territoriais e por elas foram condicionadas.

No terceiro capítulo (*Território e saúde no Brasil*) discute-se a temática territorial na história da saúde pública brasileira no século XX, examinando como a mesma perpassa as discussões atuais sobre o processo de implementação e desenvolvimento do SUS.

No quarto capítulo é apresentada a metodologia utilizada para a realização da pesquisa.

No quinto capítulo, à luz das discussões anteriores, busca-se descrever e problematizar o processo de territorialização da atenção à saúde, focalizando o caso da Unidade Básica de Saúde Morro da Cruz, em Porto Alegre.

No último capítulo são tecidas considerações finais sobre os desafios da territorialização da atenção à saúde, a partir do referencial teórico estudado e dos resultados obtidos no trabalho de campo.

1 TERRITÓRIO, ESPAÇO E LUGAR: APROXIMANDO-SE DA POLISSEMIA.

A polissemia que domina os conceitos de *território*, *espaço* e *lugar* promove, muitas vezes, suas utilizações como sinônimos, tanto no senso comum como nos mais distintos campos do saber. São noções que, dentro e fora da Geografia, têm sido objeto de discussão entre as diferentes correntes de pensamento. Cabe reproduzir, neste sentido, o que escreveu Mesquita (1998, p.65):

Há palavras que parecem se comportar como seres humanos. Têm o dom da mobilidade e, assim sendo, viajam de seus nichos de origem tornando-se migrantes ou ainda ciganas, sem paradeiro fixo. Neste último caso vestem-se com roupas coloridas antes mesmo de partir ou durante o percurso da viagem. Assim é com *espaço*, *território* e *lugar*. Assinale-se ainda que com bastante frequência elas são usadas umas pelas outras, indistintamente, tanto pelo senso comum quanto nos meios acadêmicos e técnicos, e também em belas expressões de arte como, por exemplo, na literatura ou em exposições de pintura.

Assim, um primeiro recorte a ser feito é tentar analisar conceitualmente a incorporação e a interpretação dessas categorias dentro do campo da investigação geográfica. As noções de *espaço*, *lugar* e - particularmente - *território* sempre guardaram em suas matrizes conceituais uma estreita relação com as questões de saúde pública, de modo que cabe buscar uma aproximação, ainda que parcial, do histórico e desdobramentos das mesmas.

1.1 Da Geografia Tradicional à Geografia Quantitativa

Uma pesquisa às bases epistemológicas da ciência geográfica mostra que a mesma não apresentou, ao longo de seu desenvolvimento, uma preocupação mais sistemática com explicações referentes ao campo teórico. Por se constituir desde suas origens em um saber eminentemente empírico, a Geografia foi marcada pelo predomínio de estudos e mapeamentos meramente descritivos ao longo dos séculos. Mesmo com a institucionalização da disciplina nas universidades européias, a partir de 1870, poucas foram as discussões conceituais e epistemológicas desenvolvidas (MACHADO, 1997).

Durante todo o período delimitado pela chamada Geografia Clássica ou Tradicional, que perdurou até a década de 1950, prevaleceu uma concepção absoluta de *espaço*. Nesta, o *espaço* era percebido como algo independente, pré-existente, um receptáculo separado da matéria e definido por meio de um conjunto de pontos e um sistema de coordenadas, como latitude e longitude, onde eram priorizadas a observação e a descrição dos diferentes fenômenos (CORRÊA, 1995; MACHADO, 1997; SUERTEGARAY, 2001). Foi a partir desta concepção de *espaço absoluto* que a noção de *território* foi apropriado pela ciência geográfica, no final do século XIX.

Derivado da expressão latina *territorium* (construído pela adição à *terra* do sufixo *torium*, que designa pertencer a um âmbito terrestre localizado), o termo já havia sido utilizado na Grécia clássica e, posteriormente, nas cidades medievais italianas, designando os distritos que circundavam uma cidade e sobre os quais esta tinha jurisdição (MESQUITA, 1995b). No campo científico o conceito de *território* foi formulado pela primeira vez pelo ornitólogo inglês Elliot Howard, ao observar a sociedade territorial dos pássaros (BONNEMAISON, 2002). Em seguida essa noção foi ampliada a outros ramos das Ciências Naturais, como área ou espaço de disseminação de espécies animais ou vegetais, para finalmente ser estendida, pela Geografia, à sociedade dos homens. Este processo de transposição da noção de territorialidade animal para a Geografia foi profundamente marcado pelos estudos de Friedrich Ratzel, no final do século XIX. Objetivando enfrentar a questão da construção e sedimentação do Estado Alemão, Ratzel procurou transferir a noção de domínio natural para as ciências sociais, lançando mão da idéia de *espaço vital*, que

expressava as necessidades territoriais de uma sociedade em função do tamanho de sua população, dos recursos naturais existentes e da tecnologia disponível (CORRÊA, 1995). Como observam Mesquita (1999), Silva (2002), Souza (1995) e Suertegaray (2001), a concepção territorial *ratzeliana* se confundia com o conceito de solo (*boden*), o qual, circunscrito pela fronteira, sustentava o poder nacional e dava coerência cultural ao *território*. Para Ratzel, a preservação e ampliação do *espaço vital* constituíam-se na própria razão de ser do Estado, de modo que, por meio da política, o *espaço* transformava-se em *território*.

O nascimento da Geografia como disciplina científica, portanto, com suas concepções de *espaço absoluto* e *território* nacional, fez parte de uma estratégia para a unificação e o fortalecimento dos Estados modernos. Essa estratégia compreendeu tanto a valorização do solo e da população como esteios do *território* nacional, quanto o avigoreamento de uma religião cívica – o patriotismo – no imaginário popular (HOBSBAWN in EVANGELISTA, 2000).

Estas concepções influenciaram os estudos geopolíticos durante a primeira metade do século XX (MACHADO, 1997; SOUZA, 1995; SILVA, 2002). Assim, durante este período, a temática territorial compreendia apenas as questões econômicas, políticas, ideológicas e culturais relativas ao poder estatal:

O poder e a atuação do Estado Nacional definiam a territorialidade a ser investigada, a territorialidade do espaço, que era dada através das construções de rodovias, canais, estradas de ferro, redes comerciais e bancárias, enfim, através da fixação de capital e de trabalho materializado no solo que, por sua vez, marcavam os limites político-territoriais (MACHADO, 1997, p. 21).

A partir da década de 1950, com a eclosão do movimento que ficaria conhecido como *revolução teórico-quantitativa*, manifestou-se no interior da ciência geográfica uma discussão que, ao valorizar mais profundamente a perspectiva teórica e conceitual, colocaria a Geografia no rol das ciências sociais (CORRÊA, 1995; MACHADO, 1997). Tratava-se da emergência da chamada Geografia Analítica ou Quantitativa, marcada pelo domínio da filosofia neopositivista

ou positivista lógica¹, que daria visibilidade a uma noção de *espaço relativo*. Em oposição ao *espaço absoluto* da Geografia Tradicional, o *espaço relativo* era compreendido a partir de linhas e superfícies que configuravam um campo geométrico dinâmico, representado por fluxos e distâncias com tempos e custos matematicamente mensuráveis (CORRÊA, 1995; MACHADO, 1997).

Fruto da necessidade de se adotar uma nova forma de comunicação que favorecesse o soerguimento dos países afetados pela guerra, a Geografia Quantitativa fez parte de uma ampla reformulação do campo de conhecimento, marcada pela adoção de sistemas lógicos e matemáticos que permitissem a homogeneização das ciências a partir de técnicas metodologicamente uniformes. Esta reformulação, como observa Evangelista (2000), não significou apenas uma nova corrente de pensamento, mas um processo social mais amplo, uma nova forma de viver, de sentir, de estudar, calcada na ascendência do poder norte-americano e com forte conteúdo ideológico, ao ensejar um certo distanciamento ou obscurecimento de conflitos sociais e políticos, mitificando a dinâmica social.

Embora a Geografia Quantitativa tenha representado um grande progresso nos estudos que passaram a ser implementados a partir da década de 1950, com intensa aplicação prática no planejamento público e privado, a mesma tornou-se cada vez mais abstrata, matemática, desvinculada de bases materiais e das atividades e relações sociais:

É preciso considerar o que representou para a Geografia a concepção de espaço que os geógrafos lógico-positivistas nela introduziram. Tratava-se de uma visão limitada de espaço, pois, de um lado, privilegia-se em excesso a distância, vista como variável independente. Nesta concepção, de outro lado, as contradições, os agentes sociais, o tempo e as transformações são inexistentes ou relegadas a um plano secundário. Privilegia-se um presente eterno e, subjacente, encontra-se a noção paradigmática de equilíbrio (espacial), cara ao pensamento burguês (CORRÊA, 1995, p. 22-23).

Esta concepção vazia e não politizada de *espaço* contribuiu para uma segregação ainda maior da noção de *território* às discussões de políticas de

¹ O neopositivismo (ou positivismo lógico) postulava por uma ciência unificada, com uma linguagem objetiva apoiada fundamentalmente na evidência dos sentidos e caracterizada por um sistema neutro de comunicação (FERREIRA & SIMÕES in EVANGELISTA, 2000).

planejamento e ordenamento estatal, tendo em vista que, nos meios acadêmicos, a temática territorial já se encontrava à margem das discussões em função da forte influência naturalista da concepção ratzeliana e dos excessos cometidos em nome do *território* pela política expansionista nazista (CORRÊA, 1995; MACHADO, 1997).

As grandes transformações econômicas e políticas que se processaram a partir dos anos 60 e 70, resultando uma nova lógica mundial de organização e ordenamento sócio-espacial, trouxeram à tona a necessidade de uma nova concepção de *espaço relativo*. Essas transformações produziram um intenso movimento de *compressão espaço-temporal* e ensejaram uma mudança nos mapas mentais, nas atitudes e nas configurações institucionais, resultando na organização de um novo arranjo espacial, caracterizado pela polarização a nível global e pulverização a nível local (HARVEY, 1993). Tal processo se consubstanciou na incorporação de propostas filosóficas e práticas que se propunham a questionar a forma de conhecimento geográfico produzido, de um lado, pela Geografia Tradicional e, de outro, pelo neopositivismo teórico-quantitativo. Dentro deste contexto se desenvolveu a Geografia Crítica, fundada no materialismo histórico dialético, e a Geografia Humanista, centrada numa dimensão subjetiva das relações entre os homens e o *espaço*. Este momento representou uma verdadeira transformação na ciência geográfica, desencadeando, ao mesmo tempo, um processo de retomada e renovação da noção de *território* (CORRÊA, 1995; MACHADO, 1997).

1.2 A Geografia Crítica e o Espaço Socialmente Construído

Segundo Horacio Capel (in EVANGELISTA, 1997), a Geografia Crítica floresceu na Europa a partir do avanço dos partidos comunistas, enquanto nos Estados Unidos seu marco de surgimento remonta a 1969, quando nasceu a revista *Antipode - A Radical Journal of Geography*, com a proposta de situar-se na antípoda (daí o nome da revista) teórico-metodológica da Geografia neopositivista predominante na época. Foi nesta revista que o geógrafo brasileiro Milton Santos publicaria, ainda no exílio, o artigo *Society and space: social formation as theory*, formulando pela primeira vez a idéia de *formação sócio-espacial* (REIS, 2000), a

qual, como será visto adiante, representou um marco na renovação crítica da Geografia.

Para Vesentini (2001) não é possível dissociar o advento da Geografia Crítica dos movimentos contestatórios das décadas de 1960 e 1970 (contracultura, maio de 1968, movimento feminista, reação à guerra do Vietnã, entre outros). Foi naquele contexto efervescente que a Geografia Crítica, buscando superar tanto a Geografia Tradicional quanto a Geografia Quantitativa, procurou desvincular do Estado o conhecimento geográfico, envolvendo novos sujeitos, identificando-se com a sociedade civil e engajando-se “enquanto saber crítico [...] nas reivindicações dos oprimidos, das mulheres, dos indígenas, dos negros e de todas as demais etnias subjugadas, dos excluídos, dos dominados, dos que ensejam criar algo novo, dos cidadãos em geral na (re)invenção de novos direitos” (VESENTINI, 2001, p. 1).

Corrêa (1995) observa que o desenvolvimento da Geografia Crítica foi marcado por debates que buscavam esclarecer, em primeiro lugar, se o *espaço* estava presente ou ausente nos textos que sustentavam o materialismo histórico, e, em segundo lugar, qual a natureza e o significado do *espaço* na perspectiva marxista. Segundo o autor, a categoria *espaço* apareceu efetivamente na teoria marxista a partir da obra de Henri Lefébvre, para quem o *espaço* - entendido como *espaço social* - deveria ser interpretado como *locus* da reprodução das relações sociais de produção. Ou seja, o *espaço* como uma dimensão da sociedade, articulada e transversal a todas as outras, e com o mesmo status ontológico, enquanto força produtiva, que capital e trabalho (OLIVA, 2002).

Esta concepção de *espaço social* marcou profundamente os geógrafos brasileiros que adotaram o materialismo histórico e dialético a partir do final da década de 1970, estimulados pelo processo de abertura política experimentado pelo país naquele momento. Um outro fator importante que contribuiu para o avigoramento da Geografia Crítica no Brasil nesta época foi o retorno do professor Milton Santos ao país, após um longo período no exílio (EVANGELISTA, 1997).

Buscando uma visão totalizadora e dinâmica das transformações da sociedade, Milton Santos (1977) procurou afirmar a interdependência entre modo de produção, formação sócio-econômica e *espaço*, construindo o conceito de *formação*

sócio-espacial. Para Corrêa (1995), o mérito desta idéia reside no fato de explicitar teoricamente que uma sociedade só se torna concreta a partir do *espaço* que ela produz, assim como o *espaço* só é inteligível por meio da sociedade, de modo que ambas não podem ser compreendidas separadamente, como categorias a serem reunidas *a posteriori*. Já Mamigonian (1996) e Reis (2000) consideram a concepção de *formação sócio-espacial* um marco fundamental, um paradigma da renovação marxista da geografia humana.

Na concepção de Santos (1978) o *espaço* – visto como um *sistema de fixos* e um *sistema de fluxos* - funde-se ao tempo numa totalidade dialética, constituindo-se em uma instância subordinada e subordinante da sociedade. Mais recentemente, ratificando uma concepção sistêmica de *espaço*, Santos (1996, p. 51) passou a referir no mesmo “um conjunto indissociável de *sistemas de objetos* e *sistemas de ações*, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá”. Para esse autor o *espaço* deve ser analisado a partir das categorias *forma*, *função*, *estrutura* e *processo*, os quais devem ser estudados concomitantemente a partir da interação que cria e molda o *espaço* através do tempo:

Forma, função, estrutura e processo são quatro termos disjuntivos associados, a empregar segundo um contexto do mundo de todo dia. Tomados individualmente representam apenas realidades parciais, limitadas, do mundo. Considerados em conjunto, porém, e relacionados entre si, eles constroem uma base teórica e metodológica a partir da qual podemos discutir os fenômenos espaciais em totalidade (SANTOS, 1998, p. 52).

Segundo Corrêa (1995), a *forma* é considerada o aspecto visível, aparente, exterior, de um objeto, enquanto *função* implica uma tarefa, atividade ou papel a ser desempenhado pelo objeto criado. Assim, este tem um aspecto exterior visível (a *forma*) e desempenha uma ou mais atividades (as *funções*), que se tornam complementares. O termo *estrutura* refere-se à natureza social e econômica de uma sociedade em um dado momento, onde as *funções* e as *formas* são criadas e justificadas. O *processo*, por sua vez, é definido como uma ação que se realiza continuamente, visando um resultado qualquer, implicando tempo e mudança, a partir das contradições internas da sociedade.

A natureza introdutória deste trabalho não possibilita uma investigação mais aprofundada da vasta obra de Milton Santos. Não obstante, cabe ressaltar alguns aspectos que dizem respeito às organizações e interações espaciais em suas relações com a globalização, o tempo, o cotidiano, a urbanização, o trabalho e a migração.

1.2.1 Um Pouco Mais de Milton Santos

Estudando a influência do processo de globalização sobre as relações sociais, Santos (1994, p. 31) observa que o desenvolvimento de novas tecnologias de informação e de comunicação incorpora continuamente novas dimensões em todos os aspectos da vida social, enriquecendo o cotidiano com novas percepções espaciais e estabelecendo uma nova relação do homem com o mundo: “O espaço se globaliza, mas não é mundial como um todo, senão como metáfora. Todos os lugares são mundiais, mas não há espaço mundial. Quem se globaliza, mesmo, são as pessoas e os lugares”.

Neste sentido o autor aponta a existência de *temporalidades hegemônicas* e *temporalidades não hegemônicas*. As primeiras representam a ação dominante dos atores sociais que dominam – do ponto de vista econômico, político e cultural – os demais agentes sociais. Do mesmo modo o *espaço* também se adapta a esta nova realidade, visto que frações territoriais adotam componentes regulados por forças instaladas em *espaços hegemônicos*. Este processo compreende, por um lado, a artificialização técnica do meio ambiente e, por outro, a adoção de crenças, valores, desejos, vontades e hábitos que inspiram os comportamentos e as relações interpessoais.

O mesmo autor observa que, entretanto, a globalização conduz a conflitos, pois não se trata da busca de um sistema de relações em benefício do maior número de atores, mas da construção de “um sistema de relações hierárquico, construído para perpetuar um sistema de dominação sobre outros subsistemas, em benefício de alguns” (Santos, 1994, p. 35-36). Trata-se, assim, de um processo que envolve um embate entre uma organização coercitiva e o exercício da espontaneidade,

gerando uma realidade tensa, um dinamismo instável que se recria a cada momento, e onde globalização e localização – ou fragmentação – se relacionam dialeticamente:

A dimensão fragmentada é a tribo – união de homens por semelhanças – e o lugar – união dos homens pela cooperação na diferença. A grande revolta se dá através do espaço, do lugar, ali onde a tribo descobre que não é isolada, nem pode estar só. Esse lugar tanto pode se chamar Ngoro Karabad como Los Angeles. O mundo da globalização doentia é contrariado no lugar (Santos, 1994, p. 36).

A localidade, assim, se opõe à globalidade, mas também se confunde com ela (Santos, 1996). O *lugar* representa a dimensão onde o passageiro, o imposto de fora, de depara com a resistência do permanente, o recôndito:

O espaço aparece como um substrato que acolhe o novo, mas resiste às mudanças, guardando o vigor da herança material e cultural, a força do que é criado de dentro e resiste, força tranqüila que espera, vigilante, a ocasião e a possibilidade de se levantar (Santos, 1994, p. 37).

Por fim, ressaltando que a base desta ação reativa repousa no *espaço* compartilhado do cotidiano, o autor observa que “o acontecer é balizado pelo lugar e, nesse sentido, (...) se pode dizer que o tempo é determinado pelo espaço” (Santos, 1994, p.38). Assim, no *lugar* se superpõem, dialeticamente, os tempos externos das escalas superiores e os tempos internos das coexistências, enlaçando definitivamente as noções e as realidades de *espaço* e de *tempo* (Santos, 1996).

Para este ator, portanto, a história contemporânea repõe a questão do *lugar* numa posição central, impondo a necessidade de se refletir sobre seus novos significados, sendo que uma das possibilidades para esta reflexão é dada através da consideração do cotidiano.

Partindo destas considerações, Santos (1996) procura analisar dois fenômenos contemporâneos nas grandes cidades: o primeiro se refere a como as populações pobres constroem novas articulações sociais e afetivas e como este processo pode levar à produção de uma nova consciência social; o segundo diz respeito à (re)construção da territorialidade pelos imigrantes, a partir do entendimento dos movimentos de *desterritorialização* e *reterritorialização*.

Ao analisar o primeiro fenômeno, o autor identifica duas formações econômicas em todas as grandes cidades: de um lado uma economia explicitamente globalizada, produzida de cima, estabelecendo uma especialização de atividades rígida, dependente de normas implacáveis, de cuja obediência depende a sua eficácia; de outro uma economia produzida de baixo, a partir da população marginalizada, onde a divisão do trabalho - considerada mais simples pelo discurso dominante - não é fixo, de modo que cada ator pode exercer atividades diversas ao sabor da conjuntura. Esta segunda forma de divisão de trabalho - que o autor denomina de *flexibilidade tropical* - corresponderia a uma versão imitativa da primeira, como resposta às necessidades das populações mais pobres calcadas no consumo das classes mais abastadas. Ela é caracterizada por uma variedade infinita de ofícios, de combinações em movimento permanente, que avultam as relações de proximidade e a comunicação entre os habitantes, dada a afinidade econômica ou cultural ali existente e a percepção mais clara das situações pessoais ou de grupo. Neste sentido, as populações mais pobres constroem novas articulações práticas e novas normas na vida social e afetiva, na busca de um futuro sonhado e entrevisto nas possibilidades apresentadas pelo mundo e percebidas no *lugar*. Este futuro imaginado, mas não atendido, engendraria o processo de produção de uma nova consciência social.

Já ao propor-se a analisar as relações entre imigração e territorialidade, Santos (1996) parte da consideração de que hoje a mobilidade se tornou praticamente uma regra, de modo que tudo muda constantemente de *lugar* - homens, produtos, mercadorias, imagens, idéias. Daí a idéia de *desterritorialização*. Neste sentido, quando o imigrante se defronta com um *espaço* que não ajudou a criar, cuja história desconhece e cuja memória lhe é estranha, esse *lugar* é a sede de uma vigorosa alienação. No *lugar* novo, onde o passado não está, é mister superar a perplexidade inicial e encarar o futuro. Suas experiências vividas ficaram para trás e a nova residência o obriga a novas experiências, constituindo um embate entre o tempo da ação e o tempo da memória. Sua relação com o novo *espaço* vivido cria uma nova territorialidade e uma nova cultura, num processo dialético de *reterritorialização*, onde a memória olha para o passado e a nova consciência olha para o futuro. Para o autor o *espaço* é um dado fundamental nessa descoberta, pois

nele se estabelecem relações entre o futuro e o passado, conformando um presente ao mesmo tempo concluído e incluso, num processo sempre renovado.

1.2.2 A Crítica de Milton Santos

Para Costa & Teixeira (1999), Czeresnia & Ribeiro (2000), Rojas (1998) e Silva (1997) as propostas de Milton Santos constituem uma das mais valiosas referências para as análises da relação entre Geografia e Saúde Pública. Vesentini (2001), entretanto, afirma que as concepções de Santos incorrem num certo ecletismo (sobreposição incoerente da análise sistêmica com a idéia hegel-marxista de totalidade), marcado por ambigüidades na noção de *espaço* (que se torna fetichizado) e pela falta de engajamento e de sujeitos sociais. Já Misoczky (2002), por outro lado, aponta na concepção de *espaço* de Milton Santos as limitações inerentes às diversas abordagens sistêmicas, as quais promovem uma compartimentalização que impede o entendimento do processo de configuração do todo.

Não obstante estas divergências, a obra de Milton Santos subsistiu à retração da Geografia Crítica nos meios acadêmicos brasileiros nas últimas duas décadas. Esta retração, fruto da derrocada dos regimes socialistas do leste europeu e da crise do marxismo, aliada às divergências entre os geógrafos críticos quanto à transposição da teoria marxista ao campo geográfico, tem afastado a Geografia Crítica do projeto de construir pelo marxismo uma ciência total, aproximando-a da corrente humanista da Geografia (EVANGELISTA, 1997).

1.3 A Geografia Humanista: lugar e espaço vivido.

Assim como a Geografia Crítica, a Geografia Humanista prosperou a partir das décadas de 1960 e 1970 como uma resposta à insatisfação com a Geografia Quantitativa. Ao contrário da Geografia Crítica, entretanto, a corrente humanista sustentou seu corpo teórico numa visão de mundo centrada na subjetividade do pensamento e do conhecimento humano (HOLZER, 1992). Ao valorizar os

sentimentos, a intuição, a experiência, o simbolismo e a contingência, a Geografia Humanista concebe a compreensão – e não a explicação – como base de inteligibilidade do mundo real (CORRÊA, 1995).

Segundo Mello (in EVANGELISTA, 2000), a Geografia Humanista apóia-se numa rede de tendências filosóficas que inclui a fenomenologia, o existencialismo, o idealismo e a hermenêutica. Embora estas correntes se façam presentes em diferentes combinações, sem uma definição clara de suas linhas fronteiriças, observa-se que a fenomenologia é a principal tendência presente nos estudos dos geógrafos humanistas (HOLZER, 1992).

Um dos temas mais importantes para a Geografia Humanista é a noção de *espaço vivido*, a qual, segundo Holzer (1992), corresponde a um *espaço* social dinâmico, um campo de representações simbólicas fundado na experiência e construído a partir do imaginário, do mágico e do afetivo.

Estudando o *espaço vivido* em sociedades tropicais primitivas, Gallais (in CORRÊA, 1995) observou que o mesmo encerra uma dimensão espacial e temporal profundamente diferente daquela experimentada na sociedade industrial contemporânea. Enquanto nesta há uma concepção linear e homogênea de espaço e tempo, naquelas há fragmentação e discontinuidades, decorrentes das características etno-culturais e lingüísticas dos diferentes grupamentos populacionais, as quais referenciam a dimensão espacial do cotidiano. Assim, particularidades regionais relativas ao solo, à atividade econômica dominante, às relações comerciais, à afetividade e a nuances ecológicas configuram distâncias simbólicas que diferem das distâncias objetivas, metricamente aferidas. Deste modo, lugares distantes podem ser vistos como próximos e, do mesmo modo, espaços vizinhos podem ser percebidos como longínquos.

Outra noção que se constitui em conceito-chave para a Geografia Humanista é a idéia de *lugar*. Como observa Tuan (1983), a Geografia Humanista tenta explicar como o *espaço* se transforma num *lugar* humano, com um significado e uma identidade forjados a partir da experiência, dos conceitos, dos símbolos, da ligação emocional aos objetos e ao meio. Trata-se, em síntese, de buscar um entendimento da condição humana a partir das atitudes e idéias das pessoas, manifestas em suas

relações com o *espaço*. Esse autor acredita que a compreensão das atividades humanas requer uma nova abordagem que supere a perspectiva econômica e instrumental, permitindo o entendimento de que nem toda a energia empregada em uma ação tem uma função produtiva, voltada à sobrevivência. Para ele, as informações que embasam a Geografia Humanista dependem da experiência e da interação entre observador e objeto observado (do qual o observador faz parte), sendo que esta experiência compreende desde sentimentos e percepções primárias até concepções complexamente elaboradas.

Partindo destes pressupostos, este mesmo autor aponta a existência de espaços pessoais e espaços grupais (onde é vivida a experiência do outro), e do espaço mítico-conceitual. Este último, embora ancorado na experiência, se projeta para além das evidências sensoriais e das necessidades humanas imediatas, atingindo um nível espacial mais abstrato que aquele concebido pragmática e cientificamente.

Segundo Holzer (1992), a Geografia Humanista alcançou seu apogeu na segunda metade da década de 1970, com a constituição de um coletivo de geógrafos que desenvolveram esta corrente a partir das bases assentadas por Yi-Fu Tuan. Na década seguinte, segundo este autor, a expansão da Geografia Humanista caminharia para um certo ecletismo, permeado por apropriações e trocas com o marxismo e outras correntes de pensamento. Desse diálogo ressurgiria com intensidade a temática do *território*, focado não mais sob a perspectiva naturalista e nacional, mas a partir de um novo referencial que buscava contemplar a complexidade da sociedade contemporânea.

1.4 As Dimensões Contemporâneas do Território

Nos dias de hoje, embora o senso comum e parte da literatura científica ainda reduzam o conceito de território à condição *ratzeliana* de território-nação, o mesmo tem sido objeto de análise nas mais diferentes escalas espaciais e temporais, particularmente na complexidade do cotidiano metropolitano.

Trata-se de uma nova realidade que, perscrutada a partir do diálogo entre a Geografia Crítica e a Geografia Humanista, desvela a necessidade de se considerar não apenas as grandes transformações estruturais na sociedade, mas também as novas relações que condicionam o funcionamento do território no nível local, contemplando aspectos ligados à individualidade e à subjetividade, tais como as representações e os sentimentos de vinculação. Neste sentido, estudar o território significa entendê-lo como resultado de um processo de apropriação de um grupo social, compreendendo, assim, uma dupla dimensão, material e cultural (MACHADO, 1997).

Esta dupla dimensão é também apontada por Bonnemaïson (2002), ao afirmar que o território é, simultaneamente, *espaço social* e *espaço cultural*. Para o autor, ao mesmo tempo em que devem ser considerados os aspectos sociais, políticos e econômicos que desvelam as estruturas de poder no território, é necessário compreender as concepções de mundo daqueles que o habitam e como estas concepções se expressam no espaço.

Segundo esse autor, o espaço geográfico se desdobra em três níveis de percepção sucessivos. O primeiro corresponde ao espaço objetivo, ordenado e estruturado pela sociedade conforme suas finalidades, funções e nível tecnológico. O segundo corresponde ao espaço subjetivo ou vivido, formado pela totalidade de lugares e trajetos utilizados cotidianamente pelos indivíduos. O terceiro nível, mais profundo, se refere ao espaço geossimbólico, carregado de cultura, afetividade e significações e que remete, em última instância, à noção de território. Para Bonnemaïson (2002, p. 117), “toda sociedade agrupa esses diferentes níveis de percepção num conjunto espacial mais ou menos harmonioso ou tenso e dá a cada um destes tipos de espaço uma significação e um papel particular”.

Dentro desta mesma perspectiva Haesbaert (1995) aponta a existência de uma dupla dimensão do território: é um espaço dominado ou apropriado com um sentido político, mas também apropriado simbolicamente, onde as relações sociais produzem ou fortalecem uma identidade, utilizando-se do espaço como referência. Para o autor, estas dimensões do território - cultural e político-disciplinar - devem ser analisadas a partir das formas e da intensidade com que se apresenta a relação -

conjugada, reforçada ou ainda contradita - entre a dimensão material (político-econômica) e a dimensão imaterial (simbólico-cultural).

Seguindo a mesma linha dos autores anteriormente citados, Silva (2002) observa que, não obstante a complexidade que envolve a noção contemporânea de território, é possível identificar duas grandes dimensões que envolvem o tema: a de poder e/ou controle, e a simbólica e/ou afetiva. A primeira dimensão exprime no território o domínio de uma área geográfica por um indivíduo ou por um grupo que busca influenciar ou controlar pessoas, fenômenos e relações, a partir de interações de presença/ausência ou de inclusão/exclusão. A segunda dimensão, onde o território é identificado a partir da apropriação simbólica e afetiva do espaço, vincula-o à noção de lugar e espaço vivido, onde um indivíduo ou um grupo imerso no espaço experimenta suas vivências e sentimentos.

A seguir serão abordadas as duas grandes dimensões que configuram as discussões contemporâneas sobre a temática territorial: primeiramente, aquela relacionada à apropriação ou dominação política e econômica, que desvela as estruturas de poder e controle no território; em seguida, a dimensão subjetiva e cultural, onde a apropriação afetiva do espaço, a partir de relações sociais, produz ou fortalece a noção de território como referência simbólica. Claro está que esta divisão visa apenas facilitar a discussão sobre o tema, já que não há como separar dicotomicamente estas perspectivas, intrinsecamente relacionadas.

1.4.1 Uma dimensão: território e poder.

As relações entre *território* e poder são tão antigas quanto a história humana. Ao longo dos séculos inúmeras guerras e batalhas testemunharam o grande valor do *espaço* enquanto instrumento de conquista e exercício de poder. As disputas bélicas pelo espaço representaram, entretanto, apenas uma situação limite que não esgota a importância política do mesmo (SOUZA, 1995). Como observa Silva (2002), todas as relações sociais mediadas pelo poder só alcançam significado e concretude quando se exprimem espacialmente, visando controlar ou influenciar pessoas, fenômenos e relações.

Friedrich Ratzel já vislumbrava o território como o cenário para a tomada do poder e, ao mesmo tempo, o poder como uma necessidade para o controle territorial (SILVA, 2002; SUERTEGARAY, 2001). Assim, a concepção ratzeliana de território, que conformou a Geografia Política Clássica durante a primeira metade do século XX, distinguia o poder como categoria central da temática territorial.

Entretanto, como salientado anteriormente, as idéias de Ratzel eram fortemente influenciadas pelas ciências naturais. Estendida à explicação dos fenômenos sociais, tal concepção concebia a conduta espacial do homem como uma forma instintiva de sobrevivência, associando-a a formas elementares de localização, divisão e defesa do espaço, comuns ao comportamento de certas espécies animais. Esta transposição acrítica, freqüente nos primeiros estudos sobre a territorialidade humana, é fortemente contestada por Sack (1986) e Raffestin (1993), dois autores que reafirmam a inerência entre território e poder.

Para Sack (1986) a territorialidade humana é uma estratégia de natureza política, ideológica, econômica ou cultural que um indivíduo ou um grupo utiliza para afetar, influenciar ou controlar recursos e pessoas, a partir da delimitação e do controle sobre uma determinada área geográfica:

Territoriality for humans is a powerful geographic strategy to control people and thing by controlling area (...). It is used everyday relationship and in complex organizations. Territoriality is a primary geographical expression of social power. It is the means by which space and society are interrelated. Territoriality's changing functions help us to understand the historical relationships between society, space and time (SACK, 1986, P. 5).

Segundo este autor, as estratégias que transformam um simples local ou uma dada região da superfície terrestre em instância territorial podem ir desde a utilização de violência física, passando por normas e disposições jurídicas, até formas sutis de comunicação, tais como a postura corporal. Estas estratégias, de um modo geral, podem ser agrupadas em quatro grandes tipos de ações: a delimitação de áreas às quais se estabelecem normas claras do que é permitido ou proibido; a implementação de limites ou fronteiras por meio de marcas simbólicas ou sinais; a distribuição e alocação de recursos; e o repasse da responsabilidade das decisões e atitudes sociais para a área, como se fosse um atributo natural do lugar.

A territorialidade, para Sack (1986), é sempre construída socialmente, sendo o território, ao mesmo tempo, fonte de poder e base para as relações de poder. Tais concepções, segundo o autor, levam a três importantes implicações: primeiro, a territorialidade envolve um tipo de *classificação por área* (definir limites territoriais implica classificar/designar a posse ou o controle de recursos de uma determinada área, sem a necessidade de enunciar ou enumerar os mesmos explicitamente); segundo, a territorialidade envolve um tipo de *comunicação* (definir limites territoriais implica utilizar marcas, sinais ou símbolos representados formal ou informalmente); e, terceiro, a territorialidade envolve um *controle* para sua construção e manutenção (definir limites territoriais implica utilizar alguma forma de poder). Para Sack (1986) estas três facetas da territorialidade podem ser observadas em todas as sociedades, configurando uma combinação particular em cada contexto histórico específico.

Partindo de uma perspectiva semelhante, Raffestin (1993) compreende o território como um *espaço* cujo domínio é estabelecido a partir de relações de poder desenvolvidas no seu interior:

O território se forma a partir do espaço, é o resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente (por exemplo, pela representação) o ator *territorializa* o espaço. (...) O território, nessa perspectiva, é um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por consequência, revela relações marcadas pelo poder (RAFFESTIN, 1993, p. 143-144).

Utilizando uma perspectiva marxista, este autor afirma que o espaço - ao contrário do território - não tem valor de troca, mas apenas valor de uso. O espaço é algo dado, pré-existente, com possibilidades potenciais, a partir de onde se produzirá o território. Esta produção, por sua vez, pode se expressar simplesmente a partir de uma representação codificada, como a cartografia, por exemplo. Esta, apoiada numa *sintaxe* euclidiana, mobiliza a superfície, a linha e o ponto para representar um espaço modelado pelas relações de poder.

Para Raffestin (1993) a representação do território só existe em função dos objetivos intencionais do ator, havendo a possibilidade de inscrição de diversas imagens ou representações territoriais quantos forem os objetivos intencionais que os diferentes atores tiverem. O resultado desta interação mediada por relações de

poder é a construção de um sistema de malhas, nós e redes que perpassam o território, a partir das diferentes naturezas dos projetos envolvidos, constituindo o invólucro no qual se dão as relações de poder. Ou seja, é a exteriorização de uma estrutura de base mais profunda, mais interna:

As *imagens* territoriais revelam as relações de produção e conseqüentemente as relações de poder, e é decifrando-as que se chega à estrutura mais profunda. Do Estado ao indivíduo, passando por todas as organizações pequenas ou grandes, encontram-se atores sintagmáticos que *produzem* o território (...). Em graus diversos, em momentos diferentes e em lugares variados, somos atores sintagmáticos que *produzem* territórios. Esta produção de território se inscreve perfeitamente no campo de poder de nossa problemática relacional. Todos nós combinamos energia e informação, que estruturamos com códigos em função de certos objetivos. Todos nós elaboramos estratégias de produção, que se chocam com outras estratégias em diversas relações de poder (RAFFESTIN, 1993, p. 152-153).

Para este autor, portanto, a territorialidade deve ser entendida em função da apreensão das relações recolocadas no seu contexto sócio-histórico e espaço-temporal. Nessas relações estão incluídos não apenas os processos vinculados à esfera da produção, mas também os elementos culturais, tais como a lingüística, a moral, a ética, a religião e todo o complexo conjunto de padrões de comportamento que são transmitidos coletivamente e que caracterizam uma dada sociedade. A territorialização compreende, assim, a apropriação concreta ou abstrata do espaço – ainda que pela representação, mediada por relações de poder.

As proposições de Raffestin são criticadas por Souza (1995), ao afirmar que aquele autor incorre no erro de *coisificar* ou *reificar* o território, incorporando – ou sobrepondo - ao conceito a noção de espaço. Para Souza (1995, p.86), ao contrário, o território não é o espaço social em si, mas relações de poder espacialmente delimitadas:

O território [é] um *campo de forças*, uma *teia* ou *rede de relações sociais* que, a par de sua complexidade interna, define, ao mesmo tempo, um *limite*, uma *alteridade*: a diferença entre *nós* (o grupo, os membros da coletividade ou *comunidade*, os *insiders*) e os *outros* (os de fora, os estranhos, os *outsiders*).

Para este autor os recursos naturais e as características geológicas, bem como as ligações afetivas e de identidade entre uma população e o espaço, embora importantes para a compreensão do interesse por um território e de sua gênese, são

aspectos que remetem sempre à pergunta crucial: quem domina ou influencia o espaço e como é exercido esse domínio e/ou esta influência?

Trata-se, assim, de uma perspectiva que distende o vínculo entre território e espaço concreto:

Territórios, que são no fundo antes *relações sociais projetadas no espaço* que espaços concretos (os quais são apenas os *substratos materiais* das territorialidades), podem (...) formar-se e dissolver-se, constituir-se e dissipar-se de modo relativamente rápido (ao invés de uma escala temporal de séculos ou décadas, podem ser simplesmente anos ou mesmo meses, semanas ou dias), ser antes instáveis que estáveis ou, mesmo, ter existência regular apenas periódica, ou seja, em alguns momentos – e isto apesar de que o substrato espacial permanece ou pode permanecer o mesmo (SOUZA, 1995, p. 87).

Essa concepção, ao descolar a noção de território da de *espaço* concreto, conduz o autor à diferenciação entre *território contínuo* e *território descontínuo*. O primeiro pressupõe uma contigüidade espacial, de superfície. O segundo, ao contrário, corresponde a um conjunto de pontos (os *nós*) conectados entre si por linhas (os *arcos*), as quais correspondem aos fluxos (de pessoas, de bens ou de informações) que interligam os *nós*. O *território descontínuo*, portanto, corresponde a uma rede que articula dois ou mais *territórios contínuos*, sendo por isso também chamado de *território-rede*. A complexidade destes *territórios-redes*, por sua vez, traz à tona a necessidade de se considerar a superposição ou simultaneidade existente entre múltiplos territórios, tanto no que se refere à não coincidência de limites e fronteiras, como no que diz respeito às contradições entre territorialidades, por conta dos atritos entre os diferentes poderes envolvidos.

Como exemplos deste tipo de relação espaço-temporal de redes de relação complexamente imbricadas o autor aponta os *territórios* da prostituição, de imigrantes, de camelôs, do tráfico de drogas, da polícia, entre outros, dentro das cidades modernas. São “vários tipos de organização espaço-temporal, de redes de relações, [que] podem surgir diante de nossos olhos, sem que haja uma superposição tão absoluta entre o espaço concreto com os seus atributos materiais e o território enquanto campo de forças” (SOUZA, 1995, p. 86). Trata-se de territorialidades que expressam a coexistência de grupos, por vezes num mesmo espaço físico em tempos diferentes, desvinculando as relações humanas e sociais

da relação direta com a dimensão natural do espaço. Como observa Suertegaray (2001), estas novas territorialidades locais constituem parte do tecido social e expressam uma realidade não desvinculada da dominação política de territórios em escalas mais amplas.

As relações entre *território* e poder perpassam, portanto, as discussões produzidas no campo da geografia desde sua institucionalização como disciplina na segunda metade do século XIX. Desde o conceito *estadocêntrico* de Ratzel até as recentes concepções de redes espaço-temporais complexas, o exercício do poder compreende a existência de um fundamento territorial, seja ele circunscrito externamente por meio de limites ou fronteiras espaciais, seja definido internamente a partir de diferentes territorialidades de indivíduos ou grupos sociais específicos. Se originalmente a idéia de dominação do espaço expressava uma condição necessária à sobrevivência, hoje este conceito indica possibilidades analíticas que privilegiam outras formas de apropriação, balizadas pelos mais diferentes objetivos, inclusive de ordem simbólica e cultural (SUERTEGARAY, 2001).

1.4.2 Outra dimensão: território, subjetividade e cultura.

O ressurgimento da temática territorial a partir da década de 1970 abriu espaços para um conjunto de debates que buscavam valorizar a subjetividade e desvendar aspectos culturais e simbólicos da territorialidade humana.

Partindo do pressuposto de que as relações sociais que produzem o espaço urbano não se relacionam apenas às formas materiais e funcionais que sustentam o processo de produção capitalista, mas também aos códigos e símbolos que se constroem na vida cotidiana, Silva (2000) observa que o olhar geográfico deve contemplar esta complexidade. Segundo a autora, faz-se necessário alcançar a dimensão subjetiva da relação entre os homens e o *espaço*, a partir da interpretação dos códigos, significados, idéias e ideologias dos indivíduos, pois estes vivem o *território* por meio de suas culturas, as quais, por sua vez, influenciam suas experiências e ações.

Para Bonnemaïson (2002, p. 99-100) *território* e cultura são termos indissociáveis, pois é pela existência de uma cultura que se cria um *território* e é pelo *território* que se exprime a relação simbólica existente entre cultura e *espaço*: “a territorialidade é compreendida muito mais pela relação social e cultural que um grupo mantém com a trama de lugares e itinerários que constituem seu território do que pela referência aos conceitos habituais de apropriação biológica e de fronteira”. Tais afirmações são fundamentadas pelas observações de sociedades tradicionais, onde o território corresponde a um conjunto de lugares hierarquizados, ligados por uma malha de itinerários, com os quais os grupos e etnias mantêm relações sociais e culturais. Para este autor a noção de fronteira rigidamente delimitada é um fato recente, decorrente do desenvolvimento dos Estados modernos, tendo em vista que nas chamadas sociedades tradicionais o território é muito mais “um tipo de relação afetiva e cultural com uma terra, antes de ser um reflexo de apropriação, ou de exclusão do estrangeiro” (BONNEMAISON, 2002, p. 101).

Nesta mesma direção Holzer (1997) define o *território* como um conjunto de lugares onde se desenvolvem laços afetivos e de identidade cultural de um determinado grupo social, independente de ser ou não um espaço fechado, com fronteiras rigidamente delimitadas. Para este autor a territorialidade pode ser compreendida a partir das relações sociais e culturais que um grupo mantém com os *lugares* e os *itinerários* (trajetos que as pessoas utilizam em seu deslocamento) que constituem o seu *território*. Neste sentido, a concepção de *território* tem como base o *lugar* (concebido como um conceito essencial para a formulação da intersubjetividade), onde se constituem territórios fora de uma ordem planejada por quem detém poder político ou econômico.

Esta perspectiva de dimensão simbólica e apropriação cultural é também explorada por Guatari (1985), ao conceber o território como um conjunto de projetos e representações onde desembocam uma série de comportamentos e de investimentos nos espaços e tempos sociais, culturais, estéticos e cognitivos. Para este autor os homens se organizam em territórios – entendidos como sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma - que os delimitam e os articulam a outros homens e aos fluxos cósmicos.

Segundo Guatari (1985) o território se diferencia do espaço porque este se encontra ligado mais às relações funcionais, servindo como uma referência extrínseca aos objetos nele contido, enquanto o território está ligado a uma ordem de subjetivação individual e coletiva, funcionando em uma relação intrínseca com a subjetividade que o delimita. Para este autor as intervenções do Estado moderno no ambiente urbano, a partir da racionalidade estética dos urbanistas, tem destruído os territórios, tornando-os apenas espaços.

Buscando refletir sobre as relações entre territorialidade, identidade e *consciência territorial*, Mesquita (1992) define o território como um espaço com significação individual e social, que não obedece a ordens de grandeza para estabelecer suas fronteiras. Assim, ele se estende até onde vai a territorialidade, que é entendida como “uma *vivência* do espaço físico e cultural enquanto extensão de nós mesmos, enquanto *projeção de nossa identidade* como indivíduos ou como grupo” (MESQUITA, 1992, p. 73).

Essa autora observa que as territorialidades podem se manifestar de diferentes maneiras, conforme as vivências ou projeções identitárias – individuais ou coletivas – predominantes. Assim, é possível identificar uma *territorialidade familiar*, perpassada por sensações e desejos que, simbolicamente, remetem a relações afetivas ao núcleo familiar (sentimentos de autonomia, liberdade, independência – ou contrários a estes – associados a relações com pais e irmãos). Outra configuração apontada é a *territorialidade senhorial*, que enfatiza aspectos de diferenciação espacial associados positiva ou negativamente com o domínio ou posse do território. Esta forma senhorial de territorialidade manifesta um sentimento de pertença a um grupo ou clã, em geral associado a manifestações de orgulho por determinado território, as quais podem ser evidenciadas pela “utilização de um *nós* que não expressa só a pertença, mas acreditar ter como seu, ou de incluir-se numa posse ou num querer coletivos que nem sempre correspondem ao real” (MESQUITA, 1992, p. 75). Por fim, uma terceira possibilidade corresponde à chamada *territorialidade cultural*, que corresponde à “vivência coletiva preservadora de usos, costumes e tradições do passado que reforçam o sentimento de orgulho de pertencer a um território” (MESQUITA, 1992, p. 76).

Assim, estas três configurações da territorialidade podem se manifestar simultaneamente, com diferentes nuances. Seja como projeção de vivências familiares, vivências de domínio ou uma vivência coletiva ou cultural do passado, a territorialidade permite que sejam canalizados antigos e atuais desejos de autonomia, de liberdade, de posse e de poder.

Recorrendo a Yves Barel, Mesquita (1999) enxerga no movimento de mudança social uma expressão da dinâmica territorial, onde códigos desterritorializantes engendram a necessidade de novos territórios. Trata-se de um movimento - nem sempre perceptível e visualizável - de construção, desagregação e reconstrução da territorialidade, que correspondem aos processos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização.

Quanto à consciência territorial, esta autora formula a seguinte definição:

A consciência territorial é entendida como a consciência do lugar, do *locus* da sociabilidade mais próxima vivida no cotidiano, [...] é o *locus* onde se forjam os projetos de vida individuais. Esses, não como refúgios ou redutos do individualismo, mas integrados numa teia de sociabilidade mais próxima ou em redes que nos vinculem a outros territórios distantes, [tornando] possíveis outros projetos, embasados em valores e necessidades comuns (MESQUITA, 1995b, p. 89).

Trata-se de uma abordagem que se aproxima da concepção elaborada por Cara (1995). Segundo este autor, a transformação histórica que resgatou a valorização da subjetividade afetou todas as disciplinas do campo social, produzindo uma convergência interdisciplinar que construiu um novo e rico marco conceitual, que permite reinterpretar as diferentes formas de territorialidade:

Neste marco, o território pode ser definido como uma objetivação multidimensional da apropriação social do espaço, fazendo-se a restrição de que mesmo no caso de se considerar territórios individuais, estes o são em relação a outros. A territorialidade, como qualidade subjetiva do grupo social ou do indivíduo, lhe permite, com base em imagens, representações e projetos, tomar consciência de seu espaço de vida (CARA, 1995, p. 81).

1.5 Território, espaço e lugar: do que estamos mesmo falando?

Concluindo esta visita às diferentes perspectivas que envolvem a temática do *território*, do *espaço* e do *lugar*, pode-se afirmar que a mesma desvela a riqueza e a diversidade das diferentes abordagens conceituais que circundam estas categorias de análise. Assim, não foram buscados conceitos definitivos, mas uma aproximação parcial do histórico, dos desdobramentos, dos limites e das contradições dos mesmos. Neste sentido, apesar de todas as imprecisões que envolvem esta discussão, parece evidente a necessidade se considerar as relações de poder e os códigos simbólicos que os diferentes atores e grupos sociais mobilizam nos seu cotidiano, visto que é nele que as relações sociais dão conteúdo ao *espaço* geográfico.

Segundo Evangelista (1997), há um consenso entre os vários autores contemporâneos que discutem o pensamento geográfico de que é possível identificar, hoje, três grandes escolas atuando no campo da Geografia: a Geografia Quantitativa, a Geografia Crítica e a Geografia Humanista, que se sucederam a Geografia Tradicional, edificada como estratégia de Estado no século XIX.

A Geografia Quantitativa, surgida com o fim da Segunda Guerra, quando os problemas relativos à organização espacial já não eram satisfatoriamente explicados por modelos descritivos, parte de uma concepção de *espaço* matematicamente configurado por linhas e superfícies, representando fluxos e distâncias com tempos e custos mensuráveis.

Já a Geografia Crítica e a Geografia Humanista representam uma reação ao neopositivismo da Geografia Quantitativa. No entanto, enquanto a corrente marxista destaca as estruturas econômicas e produtivas como determinantes para a compreensão dos fenômenos espaciais, desenvolvendo a noção de um *espaço socialmente construído*, os geógrafos humanistas valorizam a individualidade e a subjetividade como focos de atenção, utilizando a perspectiva de um *espaço vivido* e a noção de *lugar* como expressões da dimensão simbólica da relação entre os homens e o espaço. Do diálogo entre estas duas correntes ressurgiu com intensidade a categoria *território*, não mais como fundamento estatal, mas como

objeto de análise em diferentes escalas espaciais e temporais, encerrando em si relações de poder e ligações simbólico-afetivas.

Como observa Evangelista (1997), partindo das considerações de Capel, Mendoza e Johnston, o surgimento da Geografia Crítica e da Geografia Humanista não representou o fim da Quantitativa, a qual sobrevive até os dias de hoje, ao contrário do que ocorreu quando esta rompeu com a Geografia Tradicional, em meados do século passado. Para este autor, os Sistemas de Informações Geográficas (SIG's)², embora não sejam de uso exclusivo da Geografia Quantitativa, representam um exemplo claro do vigor desta corrente geográfica. A explicação para este fato seria a de que o rompimento entre a Geografia Tradicional e a Geografia Quantitativa se deu nos termos de uma mesma base filosófica, de modo que somente uma delas poderia sobreviver, ao passo que a Geografia Crítica e a Geografia Humanista se constituíram a partir de bases distintas, permitindo trocas, ou pelo menos a convivência (ora amistosa, ora conflituosa) entre as três escolas.

As diferentes noções de *território*, *espaço* e *lugar* até aqui abordadas representam, assim, a visão analítica privilegiada por uma ou outra corrente do pensamento geográfico, como dimensões interconectadas de uma realidade una e múltipla (SUERTEGARAY, 2001). A escolha de uma ou outra noção, portanto, não é indiferente, visto que significa uma forma distinta de olhar o mundo e de produzir conhecimento. É importante, portanto, tentar identificar o embasamento conceitual e metodológico destas categorias geográficas transpostas para o campo da saúde pública ao longo do tempo. No contexto brasileiro contemporâneo isto é particularmente relevante em relação às concepções de *território*, tendo em vista sua recorrente presença na literatura que trata da organização e gestão do sistema de saúde nas últimas duas décadas.

² Os SIG, a partir da combinação de informações advindas de imagens de satélites, fotos aéreas e cartas, monitoram os processos de intervenção no território utilizando diferentes enfoques.

2 TERRITÓRIO E ATENÇÃO À SAÚDE: ANTIGAS E NOVAS RELAÇÕES.

Uma rápida viagem pela história da civilização desvela as múltiplas inter-relações entre território e atenção à saúde. Problemas ligados ao controle e melhoria do ambiente físico, à provisão de água potável e de alimentos, ao manejo de doenças transmissíveis, entre outros, entrelaçaram a história da territorialidade humana com os caminhos da saúde pública.

Como observam Silva (1985) e Rojas (1998), as relações entre Geografia e saúde são reconhecidas desde a Antigüidade e, historicamente, o marco teórico que sustenta os modelos explicativos do estado de saúde da população apresenta fortes vinculações com o suporte teórico do espaço geográfico.

Assim, do mesmo modo que as diversas estratégias de atenção à saúde foram historicamente influenciadas por condicionantes territoriais, também as vinculações dos homens com o território, dialeticamente, foram configuradas a partir das representações do ser humano acerca dos fenômenos da saúde e da doença e de suas relações com as mesmas.

2.1 Da Concepção Hipocrática à Idade Média

Em um dos mais importantes relatos sobre as origens e o desenvolvimento da história da saúde pública, Rosen (1994) descreve uma série de achados que evidenciam a intervenção do homem sobre o espaço físico como forma de promover e preservar a saúde, desde os primórdios da vida em sociedade.

Embora as explicações sobre os fenômenos relacionados à saúde e à doença tenham hegemonicamente se sustentado, durante milhares de anos, sobre concepções religiosas e sobrenaturais, escavações arqueológicas revelaram civilizações existentes há três ou quatro mil anos atrás que já mostravam, em suas construções, a preocupação com canais de escoamento, banheiros, esgotos, aquedutos e poços públicos. As primeiras ações sanitárias do mundo civilizado, portanto, precisam ser compreendidas à luz de um forte componente mágico e religioso, visto que as preocupações do homem com a higiene pessoal e a destinação das excreções e dejetos se deveram, originalmente, ao fato de que, para muitos povos, limpeza e religiosidade se avizinhavam (ROSEN, 1994; SCLIAR, 1987).

Isto não significa, entretanto, que não tenham sido desenvolvidas teorias empíricas de que causas ambientais interferissem diretamente sobre a saúde e os processos mórbidos. Estas teorias atingiram seu ápice nos séculos IV e V antes de Cristo, na Grécia clássica. Para a medicina grega a saúde exprimia o equilíbrio entre vários elementos do corpo humano, equilíbrio este que poderia ser facilmente perturbado por fatores físicos externos, ligados ao clima e ao meio ambiente (GUIMARÃES, 2001; SCLIAR, 1987). Fruto destas concepções, o livro hipocrático *Ares, Águas e Lugares* representou o primeiro esforço sistemático para compreender as relações causais entre o meio físico e as doenças, constituindo-se no texto mais importante da saúde pública durante mais de dois mil anos, ou seja, até o século XIX, quando nasceu a epidemiologia moderna (COSTA & TEIXEIRA, 1999; CZERESNIA & RIBEIRO, 2000; ROSEN, 1994; SCLIAR, 1987). Trata-se de uma obra que serviu, entre outras coisas, como guia para a ocupação do território nos movimentos de colonização da antiga Grécia:

Ao estabelecer uma nova comunidade, necessitava-se garantir não apenas que o sítio satisfizesse exigências religiosas e militares, mas também a sua salubridade. *Ares, Águas e Lugares* pretende servir de guia nesta matéria. Assim, o autor aconselha consultar os médicos antes de colonizar um lugar, e submeter o caráter do solo a uma investigação minuciosa. Consideravam-se nocivas as planícies encharcadas e as regiões pantanosas e supunha-se que seria melhor erguer as casas em áreas elevadas, aquecidas pelo sol, para que entrassem em contato somente com ventos saudáveis (ROSEN, 1994, p. 38).

Como herdeiros do legado grego, os romanos assumiram os pressupostos da medicina helênica e aperfeiçoaram suas propostas sanitárias, utilizando os ensinamentos etruscos sobre construção de esgotos e drenagem de pântanos; sua maior obra nesta área é a *cloaca máxima*, concluído no século VI antes de Cristo, que até hoje faz parte do sistema de drenagem da moderna Roma (SCLIAR, 1987). Igualmente notáveis foram as observações sobre a necessidade de se levar em conta as condições de salubridade de um determinado sítio para a fundação de cidades e a construção de prédios (ROSEN, 1994). Já o sistema romano de suprimento de água, com pontos distantes de captação e uma complexa rede de aquedutos, chegou a abastecer cerca de um milhão de pessoas no auge do Império, por volta do primeiro e do segundo séculos da era Cristã, possibilitando inclusive a construção de banhos públicos. Foram construídas mais de uma dezena de grandes aquedutos que distribuíam a água conforme o grau de purificação a que era submetida: alguns canais, que apresentavam no seu percurso bacias de sedimentação e um sistema de canalização entremeado por reservatórios de diferentes capacidades, asseguravam o abastecimento de água a ser ingerida pela população; outros, que garantiam o suprimento para a irrigação de jardins, não apresentavam os mesmos quesitos de despoluição (ROSEN, 1994).

A construção e manutenção desta complexa rede hidráulica demandavam uma parcela importante da administração pública romana, com a definição, ao longo do tempo, de cargos como o de comissário e o de *procurator aquorum*, os quais tinham sob seu comando centenas de escravos especializados (ROSEN, 1994).

Todo este avanço de engenharia sanitária e de organização administrativa, entretanto, não impediu que inúmeras endemias e epidemias assolassem o Império Romano em vários momentos de sua história, já que os benefícios das instalações higiênicas beneficiavam apenas uma parcela da população romana. Estes fatos, aliados às guerras que favoreceram a disseminação de doenças contagiosas, fazem com que se atribua a pestilências de difícil diagnóstico retrospectivo um papel importante na queda do Império Romano (SCLIAR, 1987).

A desintegração do mundo greco-romano e a ascensão do regime feudal significaram uma decadência da organização e da prática em saúde pública nos primeiros séculos da era Cristã. Esta decadência, entretanto, não foi homogênea

em todas as regiões do Império Romano: enquanto do lado oriental foi conservada a tradição e a cultura de Roma, no ocidente prevaleceu a perspectiva mágica e religiosa dos problemas de saúde, com o cristianismo reafirmando a conexão entre doença e pecado (COSTA & TEIXEIRA, 1999; ROSEN, 1994; SCLIAR, 1987). Paradoxalmente, porém, os conhecimentos sobre saúde herdados da cultura grega foram preservados nos claustros e igrejas do mundo ocidental, sendo utilizados na organização de mosteiros, que contavam com sistemas de água encanada, latrinas adequadas, aquecimento e ventilação:

Localizados em importantes estradas, [os mosteiros] serviam também como albergues para os viajantes, cuja recepção representava um ato de caridade cristã. Todas estas circunstâncias levaram, já no século IX, ao aparecimento de mosteiros com um número muito grande de recursos higiênicos. Essas construções, sem dúvida, serviram de modelo para as comunidades urbanas que, por volta do século X, começaram a se desenvolver na Europa (ROSEN, 1994, p. 53).

Numa descrição minuciosa sobre a saúde no mundo medieval, Rosen (1994) observa que uma das principais características das cidades que surgiam era a aglomeração humana por detrás das muralhas e fortificações circundantes. Estas, necessárias à vida e à segurança na cidade, representavam também um empecilho à expansão urbana e confinavam a população crescente em um território exíguo, resultando em um número de problemas de saúde. Entre estes estava o de suprimento de água. No início os únicos mananciais disponíveis eram as fontes naturais, as cisternas e os poços cavados. Depois foi necessário recorrer a fontes distantes, de onde a água era trazida por meio de canais e aquedutos, cujas construções foram pioneiramente empreendidas por grupos religiosos. A necessidade de garantir a salubridade levou as municipalidades medievais a instituírem uma série de regulamentos que buscavam evitar a poluição das águas, os quais serviram de base para um incipiente código sanitário oficial. A estes regulamentos seguiram-se outros, visando disciplinar a destinação do lixo, a criação de animais, a eliminação de dejetos e o controle na venda de alimentos nos mercados públicos. Paralelamente a estes decretos oficiais, outras medidas administrativas buscavam proteger a população das moléstias epidêmicas que assolavam a Europa. O medo da peste, da lepra, da varíola, do sarampo e outras pestilências redundaram em medidas de proteção (resultantes da união de idéias

médicas e religiosas), originando ações de saúde pública ainda presentes nos dias de hoje, tais como a notificação de doenças contagiosas à autoridade pública e o isolamento de indivíduos acometidos.

2.2 Estado, território e a saúde pública moderna.

O período de transição representado pelo Renascimento – quando o ocaso da civilização medieval abriu as portas para a aurora do mundo moderno – foi repleto de contradições. O rápido desenvolvimento nos vários campos da ciência semeou um terreno sobre o qual a saúde pública, posteriormente, experimentaria profundas mudanças. Nas ciências médicas, por exemplo, ocorreram várias descobertas nas áreas de anatomia e fisiologia e surgiram as primeiras teorias que dariam sustentação à infectologia e microbiologia, ao mesmo tempo em que foram identificadas e classificadas várias doenças de maneira mais precisa (ROSEN, 1994; SCLAR, 1987).

No campo político e econômico o surgimento de um novo corpo de doutrinas – o mercantilismo, cujo fim supremo consistia em aumentar o poder e as riquezas do emergente Estado moderno, influenciaria sobremaneira as idéias e concepções acerca da saúde pública:

Segundo entendiam os soberanos e seus conselheiros, antes de tudo fazia-se necessário uma população grande; em segundo lugar, cuidar dessa população, no sentido material; e em terceiro, controlá-la, de maneira a se poder utilizá-la segundo os interesses da política pública. E embora a aplicação da doutrina mercantilista recebesse ênfases variadas, em diferentes tempos e lugares, se reconhecia, em qualquer país, para se poder usar uma população, a exigência de alguma atenção aos problemas de saúde (ROSEN, 1994, p. 95).

O reconhecimento da necessidade de se conhecer e manter produtiva a população levou às primeiras tentativas de utilizar métodos numéricos e estatísticos em saúde pública. Assim, surgiram os primeiros registros estatais relativos à natalidade, à morbidade, à mortalidade e à expectativa de vida, entre outras variáveis de interesse ao fortalecimento econômico e político do Estado.

Todo este avanço no campo das idéias, entretanto, em pouco ou nada contribuiu para uma transformação imediata na organização e administração da saúde pública durante o Renascimento, de modo que nenhum país criou, efetivamente, uma política nacional de saúde. A administração sanitária da cidade renascentista era muito semelhante à da cidade medieval. Em geral as autoridades cidadinas tinham alguns poderes de um Estado soberano e conseguiram criar uma estrutura administrativa – em geral ineficiente - responsável pela limpeza de ruas, suprimento de água, drenagem e destinação do esgoto, entre outras atividades (ROSEN, 1994).

Ao final do século XVIII e início do século XIX um grande número de cidades européias presenciou benfeitorias relativas à drenagem, saneamento, pavimentação de ruas e suprimento de água. Este processo, entretanto, foi lento e desigual, de modo que antigos problemas relacionados ao acúmulo de dejetos, poluição das águas, habitações inadequadas, entre outros, persistiam nos espaços urbanos. Com a emergência da industrialização as cidades experimentaram um crescimento acelerado, ao mesmo tempo em que a revolução nos transportes ferroviário e naval diminuía as distâncias e encurtava o tempo, facilitando assim a propagação de doenças transmissíveis e a multiplicação de novas epidemias. A situação sanitária dos espaços urbanos atingiu, enfim, níveis intoleráveis, e o modelo de atenção centrado no nível local, herança da sociedade medieval, mostrou toda a sua ineficiência (ROSEN, 1994).

A constituição de um planejamento integral e efetivo de serviços, expresso na concepção de um sistema nacional de saúde, seria efetivada apenas no final do século XIX. Antes disso, porém, tendo como pano de fundo o Iluminismo e a Revolução Industrial, ergueram-se os alicerces mais consistentes da moderna saúde pública, particularmente nos países de língua alemã, na Inglaterra e na França, de modo que, a partir de então, o saneamento passou a ser visto como a grande solução para o controle das doenças, levando a uma certa indistinção entre saúde pública e planejamento urbano (GUIMARÃES, 2001). Vários escritos e projetos envolvendo assuntos pertinentes à saúde pública foram produzidos e difundidos em diferentes países, inspirados nos ideais iluministas de valorização da razão e melhoria da condição humana. Dentre esses estudos destacaram-se as chamadas *topografias médicas*, que correspondiam a inquéritos regionais empreendidos por

médicos públicos, relatando dados meteorológicos e hidrográficos, as condições de saúde da população distrital, plantas e modos de vida dos habitantes (URTEGA, 1980; ROSEN, 1994). Tratava-se de um contexto em que “os médicos tomaram para si a experiência da intervenção urbanística como uma resposta técnica para as mazelas sociais e uma espécie de missão civilizatória” (GUIMARÃES, 2001, p. 6). Apoiando estas avaliações censitárias houve igualmente um grande avanço nos cálculos de probabilidades e estudos estatísticos. Outros temas importantes, como educação em saúde para a população, doenças ocupacionais, mortalidade materno-infantil e melhorias hospitalares também foram objeto de investigação neste período, já que “as doenças passaram a ser vistas como um mal associado à imundície do ambiente e que poderiam ser eliminadas educando a população pobre para as práticas de higiene, fiscalizando a qualidade dos alimentos, expandindo a rede de esgoto e derrubando as edificações insalubres” (GUIMARÃES, 2001, p. 6).

Nos países de língua alemã culminava a importância da polícia médica (*medicinalpolizei*), assentada no ideário do absolutismo esclarecido. Tratava-se, em síntese, da criação de uma política sanitária governamental e sua efetivação por meio de um rígido sistema administrativo de regulação. A *medicinalpolizei* encontrou seu ápice nas idéias de Johann Peter Frank, um médico que publicou uma vasta obra cujo conteúdo propunha, em minúcias, medidas que o governo deveria adotar para promover a saúde pública. As proposições abarcavam desde impostos para solteiros (como forma de incentivo ao casamento), até medidas para prevenção de acidentes, passando por ações de apoio ao parto e puerpério, ao bem-estar infantil, à higiene ambiental, ao abastecimento de água, entre outras (ROSEN, 1994; SCLIAR, 1987). Como observa Rosen (1994), os conceitos da polícia médica, mesmo que tocados pelo espírito do humanismo e do Iluminismo, correspondiam a uma minuciosa proposta de controle e supervisão de todas as esferas da atividade humana – até mesmo as mais pessoais, visando o bem da sociedade como um todo.

Enquanto isto, na Inglaterra consolidava-se uma nova atitude diante dos problemas da vida comunitária, centrada na organização da assistência aos pobres. Desde 1601, quando foi editada a primeira Lei dos Pobres, o Estado buscava enfrentar a pobreza e o desemprego delegando às freguesias o controle do problema. Segundo Rosen (1994), esta preocupação representava, em essência, a visão da classe média, e refletia não apenas sentimentos de caridade, mas a

intenção de controlar a população mais pobre de modo racional e inteligente. Os custos crescentes e os interesses econômicos vigentes, que viam neste tipo de assistência um obstáculo à oferta de trabalhadores para a indústria, levaram o governo britânico a editar em 1834 a Nova Lei dos Pobres, que submetia o sistema ao controle do governo central e restringia a assistência aos pobres fisicamente capazes, liberando assim o trabalho humano como mercadoria para a nova economia que surgia.

O desenvolvimento desta nova economia de mercado trouxe à tona uma série de problemas sanitários que permaneciam sem solução a cargo das autoridades locais. A explosão demográfica urbana submetia uma grande parcela da população a viver apinhada em porões e habitações miseráveis, sem privadas, esgotos ou remoção do lixo. A multiplicação de epidemias e a situação insuportável dos guetos atraíram cada vez mais a atenção para os problemas sanitários do espaço urbano, visto que as doenças não se limitavam apenas às classes mais baixas: “mesmo não se sentindo responsável pelo seu próximo, quem valorizava sua própria vida desejava não ter doenças virulentas, e as condições que as favoreciam, muito por perto” (ROSEN, 1994, p. 168). Amadureceu, progressivamente, a convicção de que o ambiente físico e social interferia diretamente sobre o estado de saúde, e de que o investimento em medidas preventivas representaria, no final das contas, uma economia para os cofres públicos, já que as doenças ocasionavam uma perda econômica para toda a Inglaterra (SILVA, 1985). Sob esta perspectiva ganharam força os inquéritos sanitários regionais, que serviriam de fundamento para ações administrativas voltadas à promoção da saúde da população, bem como a proposta de conferir ao governo nacional o poder de regulamentar a situação sanitária do Estado, a partir da criação de um órgão administrativo único centralizado. Nos anos seguintes essa proposição sofreu resistência de vários setores organizados, que bradavam pelos direitos de liberdade e propriedade e defendiam a autonomia do poder local sobre seus territórios. O resultado foi a construção de uma reforma sanitária repleta de idas e vindas e marcada por um paradoxo político e social notável, já que no auge da defesa do *laissez-faire* se fazia necessária e presente uma ação reguladora marcante do Estado (ROSEN, 1994, p. 180-181):

Assim, a questão sanitária serviu como um eixo, em torno do qual se visualiza, em vários estágios de modificação, as doutrinas da liberdade econômica e do liberalismo político. Essa transformação não se

deveu apenas ao crescimento do sentimento humanitário ou da consciência social. A legislação sobre saúde e higiene resultou de uma variedade de forças no interior da ordem econômica e social. Resultou menos de uma preocupação pelo bem-estar do pobre do que pela crescente compreensão, a partir de 1850, de que as doenças endêmicas e epidêmicas, causadas pelo esgotamento imperfeito ou alimento estragado, era um problema da comunidade inteira. Crescia, também a consciência de que seus custos representavam uma forma de desperdício social eliminável.

Somente no final do século XIX a administração da saúde pública inglesa reconheceria uma ordem mais definida a nível nacional, dividindo o país inteiro em distritos sanitários urbanos e rurais, sujeitos à supervisão governamental (ROSEN, 1994).

O impacto da experiência inglesa chegou aos países europeus continentais e ao Estados Unidos, onde também se fazia necessária a criação de mecanismos administrativos para a regulação e o controle de ações sanitárias nos espaços urbanos. Nos Estados Unidos, mormente com o crescimento populacional às custas do fluxo migratório desde o continente europeu, os inquéritos epidemiológicos fundamentados em abordagens estatísticas balizaram as ações nos diferentes distritos sanitários e fomentaram, desse modo, a transformação de estruturas administrativas improvisadas em organizações sólidas e eficientes. Este processo, que teve início em Nova York, se difundiu a vários estados e municípios ao longo da segunda metade do século XIX (ROSEN, 1994).

Na Alemanha, onde a industrialização e a expansão urbana foram mais tardias, os problemas sanitários dos espaços urbanos foram semelhantes àqueles observados na Inglaterra, bem como as preocupações dos investigadores em estudar os condicionantes sociais e econômicos sobre a saúde e a doença. A fragmentação dos Estados germânicos, porém, representava uma diferença significativa, de modo que as tentativas de consolidação de um sistema organizado de saúde andavam pareadas aos esforços para unificação do território alemão (ROSEN, 1994)

Já na França, onde a situação decorrente do crescimento desordenado era também problemática, o movimento revolucionário reconheceu, na última década do século XVIII, a obrigação do Estado de proteger a saúde de seus cidadãos, aprovando uma série de leis que buscavam a constituição de um projeto nacional de

assistência social. Somente em 1848, entretanto, com a instalação da Segunda República, foi estabelecido um sistema nacional de administração da saúde pública. As idéias higienistas foram rapidamente incorporadas às políticas urbanas das cidades francesas – particularmente em Paris, servindo como modelo urbanístico para inúmeras cidades em todo o mundo (GUIMARÃES, 2001).

A História demonstra, portanto, que o surgimento da saúde pública moderna, caracterizada por uma intensa preocupação com a limpeza dos espaços urbanos e por um controle higienista dos hábitos e comportamentos da população, mostra-se estreitamente vinculada à emergência da Geografia Tradicional, marcada pela concepção ratzeliana de território. Ambas – Geografia e saúde pública – nasceram e institucionalizaram-se como estratégias voltadas à unificação e fortalecimento dos Estados modernos.

No final do século XIX, entretanto, as práticas da medicina social higienista vigentes experimentariam uma profunda mudança, no plano mundial, em função da emergência da bacteriologia. A partir de então a saúde pública centraria seu foco de atenção na transmissão de micro-organismos, deslocando o determinismo geográfico para o segundo plano.

2.3 A Bacteriologia e a Ascensão da Epidemiologia

As descobertas no campo da bacteriologia no final do século XIX e início do século XX trouxeram uma nova perspectiva para os programas voltados ao controle das condições de vida e do ambiente urbano (GUIMARÃES, 2001; URTEAGA, 1980). O principal impulso para este desenvolvimento ocorreu no final do século XIX, quando foi demonstrado de maneira indiscutível que as doenças infecciosas eram transmitidas por organismos vivos microscópicos e não por influência de miasmas³. A partir dos estudos do químico francês Louis Pasteur e do médico alemão Robert Koch desenvolveu-se a microbiologia médica, revolucionando a trajetória da saúde pública. A utilização da anti-sepsia nos procedimentos cirúrgicos, a descoberta de

³ Durante séculos a teoria miasmática foi a explicação hegemônica para a origem e a expansão das doenças infecciosas. A mesma afirmava que emanações mefíticas decorrentes de más condições sanitárias criavam uma condição atmosférica nociva que provocava as doenças.

vetores animais e de portadores saudáveis de organismos patogênicos, o desenvolvimento de vacinas profiláticas, entre tantas outras aplicações da microbiologia, permitiram um controle de doenças infecciosas assentado numa outra racionalidade, consagrando um novo paradigma sanitário:

Os Departamentos de Saúde criados no século XIX se preocupavam, em essência, com o controle das doenças contagiosas por meio do saneamento ambiental. De acordo com a teoria miasmática do contágio, a prevenção era consequência natural da remoção de refugos e água dos esgotos; ao minorar os transtornos sanitários, o objetivo real da administração da Saúde Pública era o de impedir surtos de doenças contagiosas. No entanto, à proporção que os bacteriologistas identificavam os microorganismos responsáveis por doenças específicas, e expunham seu modo de ação, abria-se o caminho para o controle de doenças infecciosas sob uma base mais racional, e específica. E as autoridades sanitárias puderam desenvolver essa atividade em uma escala sem precedentes (ROSEN, 1994, p. 257-258).

Foi dentro deste contexto que a epidemiologia estruturou-se como disciplina científica, assentada em um entendimento da relação entre corpo e espaço onde o primeiro era concebido como um organismo biológico, dotado de forma e função, enquanto o segundo era visto como um recipiente onde hospedeiros, vetores e agentes etiológicos engendravam a ocorrência de doenças (CZERESNIA & RIBEIRO, 2000; COSTA & TEIXEIRA, 1999; SILVA, 1997).

Passaria a dominar, a partir de então, o paradigma dominante da unicausalidade, que centrava sua atenção no agente infeccioso e considerava como secundário o papel de outros fatores, inclusive aqueles relacionados aos elementos geográficos:

Com o surgimento da microbiologia, passou-se a dispor de uma teoria completa sobre a determinação das doenças – estas passaram para o domínio exclusivo da biologia. A função da epidemiologia se limita agora à descrição do ciclo das infecções, na elaboração de sua *história natural*. Isto evidentemente veio mascarar a natureza simultaneamente biológica e social da doença, valorizando a primeira, em detrimento da última. Este direcionamento veio reforçar a posição da lógica positivista, esvaziando, por aparentemente inúteis e desnecessárias, reflexões sobre o processo explicativo em epidemiologia. A microbiologia veio demonstrar a existência de uma ordem universal na determinação das doenças, regida por leis naturais (Silva, 1985, p. 379).

Como observa Ayres (1993, p. 141), “a unicausalidade biologicista lançou mão de uma noção de espaço real estranho aos corpos biológicos, mas tornado

conceitualmente contínuo a estes”. Ou seja, a partir de uma concepção abstrata e vazia de *meio*, a epidemiologia submeteu ao espaço concreto normas de cientificidade biológicas, insuficientes frente à complexidade da vida social.

Embora desde o início do século XX alguns estudos buscassem resgatar a importância de fatores geográficos sobre a condição da saúde humana, foi somente entre as décadas de 1930 e 1950 que surgiram as resistências mais fortes à teoria da unicausalidade, demonstrando que a simples presença do agente infeccioso não era capaz de explicar o surgimento de doenças, assim como em muitas patologias não era possível identificar um agente etiológico (COSTA & TEIXEIRA, 1999).

Neste contexto, um dos primeiros e mais importantes autores a estudar essa vinculação mais direta entre espaço geográfico e doenças transmissíveis foi Pavlovsky, ao formular os conceitos de *foco natural* e *foco antropúrgico*, na década de 1930 (CZERESNIA & RIBEIRO, 2000; COSTA & TEIXEIRA, 1999; SILVA, 1997). O primeiro se refere a ambientes que favorecem a circulação de vetores e agentes patológicos, independentemente da presença humana, enquanto o segundo considera os efeitos da transformação espacial imediata a partir da ação do homem. Como observam Ferreira (2000), Barreto (2000) e Silva (1997), os conceitos de Pavlovsky fundamentaram uma série de atividades voltadas ao controle de endemias rurais no processo de expansão das fronteiras agrícolas e industriais do território soviético.

Outro conceito importante desenvolvido pouco depois é o de *complexo patogênico*, formulado por Max Sorre, visando explicar o perfil epidemiológico como resultado das circunstâncias físicas, químicas, biológicas, econômicas, sociais e culturais que predisõem um lugar, em um determinado momento, ao surgimento de doenças (GUIMARÃES, 2001; CZERESNIA & RIBEIRO, 2000). Assim, embora Sorre identifique a ação humana como elemento condicionador dos complexos patogênicos, esta é entendida a partir de uma perspectiva de desequilíbrio ecológico, onde a diferenciação social e cultural é colocada no mesmo patamar do clima e outros fatores ambientais (COSTA & TEIXEIRA, 1999; FERREIRA, 2000; SILVA, 1985).

À medida que as doenças degenerativas substituíam as transmissíveis como principal problema de saúde pública nos países industrializados, crescia a necessidade de um novo modelo que superasse o simplismo da monocausalidade das doenças infecciosas. O resultado foi a *teoria da multicausalidade*, implicando uma verdadeira revolução quantitativa na epidemiologia, coerente com a tendência da adoção de sistemas lógicos e matemáticos nos diferentes campos da ciência após a Segunda Guerra Mundial (GUIIMARÃES, 2001; COSTA & TEIXEIRA, 1999). Tal revolução, entretanto, se limitou aos processos de coleta e análise de dados, não modificando os fundamentos filosóficos da epidemiologia. Esta seguiu sua trajetória positivista, onde “a determinação da doença é sempre biológica, cabendo à sociedade apenas o papel de modulador do processo de distribuição e de intensidade” (SILVA, 1985, p. 381).

Esta trajetória correspondeu à ascensão da *epidemiologia do risco*, a qual, segundo Czerresnia & Ribeiro (2000, p. 597) e Ayres (1993, 1994), tornou ainda mais abstrata e indireta a relação entre o corpo e o seu *meio*:

Em meados do século XX, [...] consubstancialmente ao aprofundamento das relações sociais capitalistas e ao tecnicismo que passa a dominar o mundo do pós-guerra, o causalismo biologicista é superado pela associação probabilística de natureza causal, traduzida no conceito estritamente instrumental de risco. [...] À epidemiologia bastará conhecer o sentido estatístico de interdição ou facilitação da associação supostamente causal. O possível é identificado ao provável, o amostral ao populacional e este ao individual, numa manobra lógica triplamente problemática.

O paradigma do risco abriu série de novas e relevantes possibilidades para o conhecimento epidemiológico [...]. Ao fazê-lo, no entanto, a epidemiologia aprofundou proporcionalmente o sentido redutor de sua leitura sobre o espaço público da saúde. Se é verdade que hoje não existe saber em saúde que não esteja direta ou indiretamente amparado em conhecimentos epidemiológicos, é também um fato que não há conhecimento epidemiológico expressivo fora do campo de indagações de base clínica e, especialmente, não há inferência epidemiológica legítima fora da consistência com os critérios de validação estabelecidos para as ciências que apreendem a saúde no plano da individualidade orgânica (AYRES, 1994, p. 314).

Este paradigma começou a enfrentar resistência a partir da década de 1970, com a formulação de novas perspectivas teóricas que, ancoradas nos referenciais da Geografia Crítica e da Geografia Humanista, buscaram articular-se com diferentes áreas do conhecimento, visando superar as limitações dos conceitos epidemiológicos.

2.4 Geografia e Saúde Hoje

Frutos da chamada condição pós-moderna (HARVEY, 1993), vários estudos têm buscado uma abordagem conceitual que resgate a dimensão coletiva dos problemas de saúde, visando superar a tendência histórica da epidemiologia de se ater às correlações individuais. Ou seja, buscam uma perspectiva que estude o binômio saúde-doença “não na interação humana como ponto de partida, mas na interação sociedade-natureza e nos modelos de interação humana dela decorrentes” (Silva, 1997, p. 589).

Assim, por um lado, os estudos inspirados na vertente humanista da Geografia têm buscado investigar as relações entre saúde e temas relacionados às diferentes formas de alteridade, à cultura, às etnias, ao gênero, enquanto as avaliações epidemiológicas de cunho marxista (com peso maior no Brasil e outros países latinos), voltam-se para o tema do adoecer e morrer nas diferentes classes sociais e contextos sócio-espaciais (GUIMARÃES, 2001; CZERESNIA & TEIXEIRA, 2000). Como observam Silva (1997), Costa & Teixeira (1999) e Czeresnia & Ribeiro (2000), a visão crítica busca incorporar os determinantes naturais e sociais numa perspectiva totalizante do espaço, invariavelmente negligenciada pelos estudos epidemiológicos tradicionais.

Se por um lado isto amplia e diversifica as possibilidades de compreender a mediação entre o espaço e o binômio saúde-doença, por outro cria dificuldades para operacionalização dos mesmos, demandando o desenvolvimento de novas metodologias capazes de superar a perplexidade – e mesmo a imobilidade – provocadas pela complexidade dos enfoques conceituais contemporâneos dos fenômenos espaciais (COSTA & TEIXEIRA, 1999).

Não obstante estes esforços, atualmente o principal elo de ligação entre a saúde pública e a Geografia repousa no desenvolvimento de aplicativos em Sistemas de Informações Geográficas (SIG's), os quais representam uma retomada de estudos estatísticos espaciais, próprios da Geografia Quantitativa, no campo epidemiológico (GUIMARÃES, 2001; EVANGELISTA, 2000).

Como observam Rückert & Misoczky (2002), o geoprocessamento mantém o caráter descritivo da localização cartográfica e o sentido tradicional da espacialidade dos eventos, sem fornecer os fundamentos explicativos da territorialidade. Trata-se de uma crítica que se aproxima à que Ayres (1993, p. 141) faz sobre o caráter instrumental da epidemiologia, levando-a a “fazer inferências cada vez mais precisas e consistentes sobre aspectos do real cuja gênese concreta conhece cada vez menos”.

Já Czeresnia & Teixeira (2000), observam que os recursos de geoprocessamento devem ser utilizados considerando-se os limites impostos pela base conceitual subjacente, assentada na teoria da doença. Para estas autoras as tentativas que historicamente buscam ampliar as concepções de espaço e de tempo no interior da epidemiologia esbarraram nos limites impostos por esta construção:

As tentativas de redefinir o conceito de espaço em epidemiologia, acompanhando o desenvolvimento teórico conceitual da geografia, buscaram incluir na compreensão do processo da doença, dimensões sociais, culturais e simbólicas. Porém, todas essas redefinições esbarraram no limite imposto pela teoria da doença. Pensar o homem como uma integração biopsicossocial manifesta-se através da tentativa de superpor conceitos que não dialogam com facilidade. Mesmo tentando pensar o espaço como totalidade integrada, esta é expressa através de conceitos estruturados a partir de lógicas distintas e fragmentadas entre si (Czeresnia & Ribeiro, 2000, p. 597).

Como observa Rojas (1998), embora as concepções contemporâneas sobre a saúde ratifiquem a idéia de que não se trata apenas da ausência de doenças, a epidemiologia e o sistema de informações em saúde como um todo trabalham, basicamente, em cima de dados sobre morbidade e mortalidade, deixando em segundo plano as condições de vida e a percepção que os grupos populacionais têm sobre as mesmas. Referindo-se ao geoprocessamento, Rojas (1998) ressalta que, não obstante a utilidade potencial desta técnica, ela depende dos fluxos verticais e horizontais de informações, de modo que sua utilização não elimina – e sim reproduz – as deficiências existentes nos sistemas de informações tradicionais. Assim, os SIG's, para essa autora, podem “também se converter em um recurso perigoso, ao conseguir de uma forma atrativa reduzir a preocupação com as limitações da qualidade das informações e das unidades de medição” (ROJAS, 1998, p. 706).

Uma tentativa de ampliar a utilização da categoria *espaço* no campo da saúde corresponde à formulação do conceito de *situação de saúde*, que visa expressar as condições objetiva e subjetivamente construídas dos diferentes grupos sociais, articuladas à maneira como os mesmos participam no processo geral de reprodução social em um dado momento e local (CASTELLANOS, 1990).

No entanto, como observa Almeida Filho (2000, p. 6) ainda resta um longo caminho para que se falar em uma epidemiologia da saúde: “por causa de seu subdesenvolvimento epistemológico e conceitual, a epidemiologia não tem sido capaz de produzir uma referência teórica eficaz sobre o objeto saúde”. Segundo este autor, o conceito de saúde constitui um *ponto cego* para a ciência epidemiológica, o qual só será removido a partir de um intenso investimento de reformulação teórica da disciplina, buscando “avançar para um tratamento epistemológico e teórico deste intrigante ponto cego, objeto-modelo potencial para uma nova definição da saúde em sociedade concretas, buscando produzir reflexões e indicações conceituais e metodológicas capazes de enriquecer a pesquisa e a prática no campo da Saúde Coletiva” (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 17).

3 TERRITÓRIO E SAÚDE NO BRASIL

Segundo a Constituição Federal (BRASIL, 1988), todo o cidadão brasileiro tem direito à saúde, cabendo ao Estado garanti-la por meio de políticas públicas que reduzam o risco de doenças e outros agravos. Para tanto o texto constitucional instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), orientado pelos princípios da participação popular, descentralização, regionalização, universalidade, equidade e integralidade das ações.

Nos últimos anos o campo da saúde tem sido palco de um intenso debate sobre a adoção de modelos assistenciais que garantam, no cotidiano, a consecução dos princípios constitucionalmente previstos. Fruto desta discussão, a proposta de regionalização e hierarquização da rede assistencial a partir de serviços com bases territoriais definidas tem sido apontada nas diferentes instâncias do SUS como elemento estratégico da reforma sanitária brasileira. Esta proposta representou um revigoramento da temática territorial, após a vigência de um modelo que, por mais de meio século, privilegiou a assistência médica previdenciária, em detrimento das ações em saúde pública.

Para um melhor entendimento dessa realidade é interessante uma viagem retrospectiva, mesmo que superficial, pela história da saúde pública no Brasil nas últimas décadas, examinando a inserção do *território* nessa trajetória.

3.1 Do Sanitarismo Campanhista ao Sistema Único de Saúde

No início deste século o sistema de saúde pública brasileiro se resumia basicamente ao chamado *sanitarismo campanhista*, uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e de erradicação ou controle de doenças que prejudicassem o modelo econômico agro-exportador (MERHY, 1997; MENDES, 1993a). As ações de saúde pública neste período compreendiam campanhas de vacinação em massa, intervenções de saneamento ambiental, isolamento de doentes infectados e ações emergenciais curativas com soros ou similares. A escolha das doenças a serem prioritariamente atacadas não obedecia, necessariamente, aos padrões de morbimortalidade da população, mas a critérios de ordem econômica, condicionados pela necessidade de controlar o quadro sanitário nos centros exportadores (CAMPOS, 1991). Centrado em pontos estratégicos do território nacional, como São Paulo e Rio de Janeiro, o *sanitarismo campanhista* era balizado, por um lado, por uma concepção de *espaço absoluto* a ser higienizado e, por outro, pela teoria bacteriológica, vista como fundamento científico mais eficaz para a solução dos problemas de saúde.

A partir das décadas de 20 e 30 o país passou por uma grande transformação econômica e política, marcada pela aceleração do processo de industrialização nos espaços urbanos. Segundo Campos (1991), este processo - ao contrário do que poderia se esperar - foi acompanhado de uma redução progressiva de investimentos em saúde pública, a qual pode ser explicada a partir de duas particularidades do processo de acumulação de capital no Brasil.

Em primeiro lugar, o controle social sobre a força de trabalho deixou de ser realizado via ações coletivas e passou a ser desempenhado pela assistência médica individual. Assim, em 1923 surgiu o atendimento médico ligado à previdência social, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), as quais foram substituídas, na década seguinte, pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's). Além dessa função de controle social, a assistência médica individual passou também a fazer parte do processo de reprodução e manutenção da força de trabalho. Como observa Mendes (1993c, p.21), "o importante, então, já não é sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva". A crescente

demanda por assistência médica nos anos seguintes resultou no fortalecimento dos IAP's e na adoção de um modelo de saúde hospitalocêntrico, caracterizado pela incorporação indiscriminada de tecnologias de alto custo.

Por outro lado, passou a interessar à acumulação de capital uma certa limitação das atividades sanitárias voltadas ao controle ambiental, as quais passaram a ser vistas como obstáculos ao pleno desenvolvimento econômico (CAMPOS, 1991, p.42):

Assim, a Saúde Pública viu-se obrigada a renunciar às suas pretensões de regular o ambiente urbano, de planejar a organização das cidades segundo os preceitos de higiene ambiental. A ocupação do espaço urbano obedeceu mais à lógica da especulação imobiliária, da invasão desordenada de imensos contingentes migratórios expulsos do campo e dos estados mais pobres, inviabilizando a preservação de condições sanitárias adequadas. As políticas de saneamento obedeciam mais aos ditames do mercado financeiro do que aos riscos e danos à saúde, oriundos da ausência das condições básicas de saneamento.

Dentro desse contexto a Saúde Pública aproximou-se das propostas do movimento médico-sanitário norte-americano, originando vários Centros de Saúde e Postos Sanitários Rurais dirigidos a grupos específicos de problemas (malária, febre amarela, desnutrição, etc.). Um exemplo clássico deste movimento foi a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942, a partir de um convênio assinado entre os governos brasileiro e norte-americano, interessados na extração de minério e borracha em regiões interioranas do país (MERHY, 1997).

Esse perfil limitado de atuação correspondia, de certa forma, à ideologia desenvolvimentista daquele período, que via no crescimento econômico o disparador automático de melhores condições de saúde para a população. Ou seja, tentava-se “justificar, a partir de um raciocínio aparentemente científico, a impotência dos programas e das instituições de saúde pública frente à imutabilidade do quadro sanitário brasileiro e frente aos interditos colocados pela dinâmica do processo de acumulação e reprodução do capital” (CAMPOS, 1991, p. 46).

Com o golpe militar de 1964 foi intensificada a separação entre assistência médica e saúde pública, com a solidificação de um sistema “centrado no atendimento médico, comercializado, que passava pelo setor previdenciário, tendo a saúde pública como braço auxiliar” (MERHY, 1997, p. 213). Incrementou-se o papel

regulador do Estado, culminando com a concentração dos IAP's num único órgão - o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A criação do INPS permitiu a extensão de cobertura previdenciária para uma grande parte da população urbana e rural, dentro de um sistema de saúde baseado na criação de um complexo médico-industrial eminentemente privado e numa prática médica curativa individual e assistencialista, em detrimento de ações coletivas (MERHY, 1997; MENDES, 1993c).

Ao final da década de 70 este modelo começou a apresentar graves problemas, determinados principalmente pelas fraudes no sistema de pagamento e faturamento, pelos desvios de verbas da previdência para mega-projetos do governo e pelo aumento dos gastos com procedimentos efetuados pelo setor privado conveniado (COHN, 1999). Ao mesmo tempo a abertura política trazia à cena atores dispostos a lutar pelo resgate da dívida social acumulada pela ditadura, embasando o chamado *Movimento da Reforma Sanitária*, cujo discurso constituía uma teoria crítica histórico-estrutural do binômio saúde-doença, inspirada num corpo de conhecimentos que incluía a medicina social inglesa, o estruturalismo francês e a sociologia política italiana (CARVALHO, 2002). Constituído por intelectuais, trabalhadores e líderes políticos ligados à saúde, o *Movimento Sanitário* engendrou um processo de lutas sociais que buscava a construção de um novo sistema nacional de saúde, orientado por uma utopia de transformação da sociedade.

O início da década de 80 foi marcado pelo recrudescimento da crise na Previdência Social e pelo crescimento - marcado por grandes avanços nos campos teórico-conceitual, ideológico e político - do *Movimento da Reforma Sanitária*. Coerente com o paradigma histórico-estrutural, a *Reforma Sanitária* priorizou estratégias macro-políticas voltadas à reorganização do Estado e à reformulação do sistema de saúde e seus mecanismos de gestão.

Em 1986 aconteceu em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, preconizando a instituição de um sistema de saúde assentado nos princípios da participação popular, equidade, descentralização, universalidade e integralidade das ações de saúde. Ao mesmo tempo foi ratificada, nesse encontro, uma concepção de saúde como direito de cidadania e dever do Estado.

Estes preceitos foram institucionalmente incorporados pela Constituição Federal de 1988, a partir de um intenso trabalho de formulação de propostas organizativas e legais balizadas por um referencial sistêmico e normatizador, com clara influência funcionalista, resultando em importantes conquistas relativas à expansão da rede pública, à consolidação de um arcabouço jurídico consistente e à institucionalização de espaços de participação popular (MISOCZKY, 2000).

A partir do final da década de 80 surgiram críticas - vindas do interior do próprio *Movimento Sanitário* - ao viés determinista da concepção histórico-estrutural e de seu sincretismo com a Teoria dos Sistemas, as quais apontavam a superestimação de fatores macro-sociais, em detrimento de outros elementos ligados à subjetividade e aos aspectos processuais da ação de atores sociais. (CAMPOS, 1991, 1997; CARVALHO, 2002; MISOCZKY, 2000). Ao longo da década de 90 esses questionamentos promoveram discussões que, transpondo a esfera macro das questões econômicas, políticas e ideológicas, chegaram à dimensão técnica e operacional do sistema, buscando o delineamento de estratégias que lograssem incorporar a complexidade do social (CARVALHO, 2002). Foi dentro desse contexto, a partir das discussões sobre estratégias e modelos assistenciais, que a temática territorial voltou a assumir um papel importante nas definições sobre a organização da atenção à saúde.

3.2 Descentralização, vigilância à saúde e territorialização.

As discussões sobre modelos assistenciais permearam a década de 90, colocando o tema da rede básica de serviços como um ponto estratégico para a transformação efetiva da atenção à saúde. As principais correntes envolvidas com a Reforma Sanitária brasileira, partindo de uma reflexão crítica que apontava a necessidade de se pensar um movimento que contemplasse também a dimensão técnica e operativa do sistema, passaram a enxergar a rede básica como “um lugar de efetivação das práticas de saúde que reposicionem o sentido de todo o processo de produção de serviços e das suas finalidades, [...] visando uma mudança de direção de um sistema hospitalocêntrico para um redebasicocêntrico” (MERHY, 1997, p.198).

Esta valorização do espaço local, consubstanciado na formulação de modelos assistenciais alternativos, expressava a constatação de que o avanço nos campos jurídico-legal e institucional não seria suficiente para garantir uma verdadeira mudança na saúde, correndo o risco de “limitar-se a um novo ordenamento jurídico sem força de exprimir-se factualmente ou, na melhor das hipóteses, ao alcançar o espaço institucional, transformar-se em mais uma das muitas e inúteis reformas administrativas que já se fizeram no Brasil” (Mendes, 1993a, p. 99).

Todo este processo foi fortemente influenciado pelas recomendações da OPAS, que advogava a organização dos serviços de saúde de modo hierarquizado, tendo como referência a base geográfica (CAMPOS, 1994; MISOCZKY, 2000). Expressada na proposta de distritos sanitários e de serviços com bases territoriais delimitadas, esta influência encontrou suporte teórico principalmente nas premissas e proposições da *vigilância à saúde*. Exponente desta corrente sanitária, Mendes (1996) sustenta que a saúde resulta de um processo de acumulação social que, ao expressar a qualidade de vida de uma população, sintetiza uma multiplicidade de determinações que compreendem o meio ambiente, o estilo de vida, os serviços de saúde e a biologia humana. Consoante com esta perspectiva, a *vigilância* sugere que a saúde seja apreendida por um olhar multidisciplinar e que sua promoção compreenda de ações intersetoriais que substituam as práticas sanitárias centradas na clínica médica, a partir de saberes e instrumentais provenientes da epidemiologia e do planejamento estratégico.

O vigor da proposta de se organizar os serviços de saúde de modo hierarquizado e territorializado, tendo como referência a *vigilância à saúde*, pode ser constatado em relatório recente do Conselho Nacional de Saúde (2002), ao afirmar que os maiores desafios atuais para o SUS dizem respeito à estruturação de um modelo de saúde que subordine os conceitos da assistência médica individual aos preceitos e programas dos interesses coletivos. Tal estruturação pressupõe, entre outras coisas, a territorialização e a adscrição de clientela aos serviços de saúde:

É condição imprescindível, para a resolutividade do sistema, que se resguarde o direito de cidadania do acesso aos serviços de saúde, dentro da lógica que leve em conta as diretrizes da Universalidade, Eqüidade e Integralidade, mediante a expansão de ações passíveis de serem realizadas tão somente a partir dos serviços de Atenção Básica à Saúde. É neste espaço estratégico e privilegiado de porta de entrada que o novo modelo de atenção à saúde deve incorporar e construir a responsabilidade

sanitária, não somente através da sua territorialização, mas da adscrição da clientela, do acolhimento e vínculo, valendo-se de instrumentos importantes como o planejamento estratégico, os cadastramentos, o geoprocessamento (CNS, 2002, P. 26-27).

Partindo de uma perspectiva semelhante, a III Conferência Municipal da Saúde de Porto Alegre (2000, p. 12) reafirma a defesa de um modelo de atenção “amparado em um conceito ampliado de saúde cujo paradigma é a vigilância à saúde”, ao mesmo tempo em que ratifica a necessidade de se promover a descentralização político-administrativa, transferindo para os distritos sanitários um papel estratégico na atenção à saúde. Uma resolução desta mesma Conferência (PORTO ALEGRE, 2000, p. 40) propõe “restringir a área de atuação das Unidades Básicas de Saúde, que devem trabalhar com áreas fechadas, com população adscrita em torno das unidades, para o desenvolvimento de programas de qualidade e responsabilização da clientela”.

São, portanto, propostas e resoluções que conferem ao processo de territorialização um papel importante para a consolidação do SUS. Neste contexto a categoria *território* encerra um significado decisivo, visto que seu entendimento sinalizará os limites e os desdobramentos da apropriação territorial a ser desenvolvida pelos serviços de saúde.

Partindo desta perspectiva, Mendes⁴ (1993b) concebe o *território* como um conceito chave para a proposta de descentralização na saúde e aponta duas grandes acepções possíveis para o termo: *território-solo* e *território-processo*. Na primeira o território é concebido a partir de uma perspectiva naturalizada, como um espaço físico que está dado, completo; na segunda o território é visto “como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena política” (MENDES, 1993b, p. 166). Estas duas acepções, embora não explicitado pelo autor, aproximam-se respectivamente à concepção ratzeliana de território, representativa da Geografia Tradicional da primeira metade do século XX, e às formulações da Geografia Crítica, fundamentada no materialismo histórico e dialético.

⁴ As observações de Eugênio Vilaça Mendes sobre a importância do conceito de território na definição de distritos sanitários correspondem às proposições da OPAS (da qual Mendes foi consultor durante 11 anos) e são utilizadas pelo Ministério da Saúde em suas publicações.

Segundo Mendes (1993b), as diferentes maneiras de compreender o território sustentam duas concepções distintas de distritos sanitários: a concepção *topográfico-burocrática* e a perspectiva que o concebe como *processo social*. No primeiro caso – predominante na experiência brasileira – o distrito sanitário corresponde à definição de um espaço geográfico e populacional, acompanhada da criação de instâncias administrativas para os serviços de saúde nele localizados. Trata-se, neste sentido, de uma reforma burocrático-administrativa que se limita a buscar a maximização da produtividade e da eficiência dos serviços. A concepção de distritalização como *processo social*, por outro lado, busca transcender os propósitos da racionalização administrativa, através da transformação do conteúdo e da organização das ações e serviços de saúde, de modo a responder às necessidades e demandas da população que vive e trabalha no espaço do distrito sanitário.

Assim, Mendes (1993b, p. 166-167) defende que a noção de território a ser considerada para o trabalho em saúde deve contemplar a idéia de construção social:

A concepção de território-processo transcende à sua redução a uma superfície-solo e às características geofísicas para instituir-se como um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo, de projetos e de sonhos. Esse território, então, além de um território-solo é, ademais, um território econômico, político, cultural e epidemiológico. Esse é o território do distrito sanitário entendido como processo social de mudança das práticas sanitárias e é o que permitirá exercitar a hegemonia do modelo sanitário. Assim, um território-processo-base do distrito sanitário, deverá ser esquadrihado de modo a configurar uma determinada realidade de saúde, sempre em movimento. Isto é, uma situação de saúde determinada pela dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas que se reproduzem historicamente, entre indivíduos e grupos populacionais existentes no território, reprodução esta condicionada pela sua inserção no conjunto da sociedade.

Esse território-processo, além de nunca pronto, também não admite simetrias. Seu esquadrihamento faz-se para desnudar as assimetrias espaciais que correspondem às localizações diferenciadas de distintos conjuntos sociais no seu interior, com suas necessidades, demandas e representações singularizadas.

Buscando contemplar estas assimetrias e representar a dinâmica territorial em sua complexidade, Mendes (1993b) e Unglert (1993) sugerem subdividir o território do distrito sanitário em unidades territoriais menores.

Assim, o *território-área* (Mendes, 1993b) ou *área de abrangência* (Unglert, 1993) - primeira subdivisão que corresponde à área sob responsabilidade de um serviço - deve obedecer a uma lógica de estruturação que leve em conta as barreiras geográficas existentes, os recursos disponíveis para um dado número de habitantes e a distância-tempo entre o serviço e os domicílios adscritos. Segundo Unglert (1993), a *área de abrangência* deve ser constituída por grupamentos de setores censitários definidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Já o *território-microárea* ou *área homogênea de risco* (Mendes, 1993b), ou *microárea de risco* (Unglert, 1993), busca expressar a heterogeneidade socioeconômica-sanitária da *área de abrangência* da UBS, permitindo ações de vigilância à saúde a partir de ações interdisciplinares e intersetoriais. Deste modo, segundo Mendes (1993), torna-se possível lançar mão de operações de discriminação positiva, concentrando o investimento de recursos nas *microáreas* onde os problemas de saúde se fazem mais presentes. Para Unglert (1993), é desejável que a *microárea de risco* seja constituída por conglomerados de setores censitários.

Por fim, o *domicílio* (Unglert, 1993) ou *território-moradia* (Mendes, 1993b, p.169) “institui-se no espaço de vida de uma micro-unidade social (família nuclear ou extensiva), identificado na *microárea* como *locus* para o desencadeamento de ações de intervenção sobre algumas causas dos problemas e seus efeitos”.

Estes conceitos, sujeitos a pequenas variações de denominações, servem de base para a grande maioria dos serviços que trabalham com a lógica da territorialização. Em Porto Alegre, em um texto elaborado para as oficinas de territorialização da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), Aerts & Alves (1997) empregam os conceitos de *área de atuação* e *micro-áreas de risco*, ressaltando a necessidade da consolidação de um modelo assistencial pautado pelo paradigma da produção social da saúde e pela prática da vigilância à saúde:

Entendemos como área de atuação um território delimitado, composto por setores censitários, circunscrevendo um serviço de saúde, onde a equipe atuará planejando e desenvolvendo ações de vigilância e atenção em saúde. A adoção desse conceito pressupõe que a equipe se torne responsável por esse território. Essa área poderá ser recortada em micro-áreas de risco. Isso é, pequenas áreas geográficas, como um

conjunto de casas, quarteirões, margens de sangas ou riachos, que apresentem problemas em comum, destacando-se do seu entorno.

[...] As áreas de atuação são definidas como múltiplos de setores censitários. Entretanto, nos casos das micro-áreas de risco, não é necessário que se respeite os limites dos setores. A importância da utilização de setores censitários como unidade integradora dos dados deve-se ao fato deles serem pequenos o suficiente para captar as desigualdades existentes e, ao mesmo tempo, capazes de permitir sucessivos agrupamentos, sem, contudo fragmentar a realidade. Além disso, são as unidades espaciais de coleta de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para os quais estão disponibilizados dados socioeconômicos a cada dez anos e dados demográficos a cada cinco anos, sendo a única fonte oficial desses últimos dados para o município. Por essa razão, fornecem os denominadores para os indicadores de saúde nacionalmente utilizados (AERTS & ALVES, 1997, p.2).

A proposta de se organizar a atenção à saúde a partir de serviços com bases territoriais definidas e orientados por ações de *vigilância à saúde* representa, portanto, uma estratégia preconizada nas diferentes instâncias do SUS, tanto a nível nacional como municipal. Como já afirmado anteriormente, trata-se de uma proposição que enfatiza o papel da epidemiologia e do planejamento na determinação das necessidades em saúde, renegando a um segundo plano o saber clínico e a demanda espontânea. Portanto, cabe analisar com um pouco mais de profundidade alguns aspectos relacionados às propostas de planejamento no campo da saúde pública.

3.3 Planejamento em Saúde Pública

O planejamento em saúde na América Latina tem no método conhecido como CENDES-OPAS (Centro de Estudos do Desenvolvimento - Organização Pan-Americana da Saúde) o seu marco inicial e o modelo ainda dominante na maioria dos países do continente. Lançado em 1963, o método parte de uma concepção de território passível de uma leitura diagnóstica balizada por indicadores epidemiológicos, a qual define tecnicamente prioridades a partir dos critérios de *vulnerabilidade* (que busca priorizar o ataque aos danos que respondam melhor à tecnologia disponível), *magnitude* (que define os problemas quantitativamente mais significativos) e *transcendência* (que se refere problemas cuja resolução cria

impactos significativos sobre outros setores da vida social). Em síntese, consoante com o modelo normativo de planejamento, o método CENDES-OPAS procura abordar objetivamente a realidade (tida como algo externo a quem planeja), articulando de maneira ótima os recursos financeiros e materiais disponíveis (FEKETE, 1997).

No final da década de 70 e início dos anos 80 assistiu-se, na área de saúde, ao surgimento da concepção estratégica de planejamento, que se opunha à visão normativa até então propugnada⁵ (FEKETE, 1997). Na verdade, a crise do planejamento normativo no Brasil deve ser entendida a partir de uma perspectiva mais ampla, como apontada por Fortes e Gomes (1999). Segundo estes autores, com a crise do modelo desenvolvimentista na década de 80 e a emergência de novos movimentos sociais, dentro de um contexto de mudanças nos paradigmas organizativos a nível internacional, o autoritarismo do Estado brasileiro foi colocado em cheque, dando espaço para novos processos de planejamento, orientados pela perspectiva de democratização da esfera pública.

No enfoque estratégico o planejador é visto como um ator social que faz parte do sistema planejado, de modo que suas percepções, teorias, saberes e ideologias são fortemente influenciados por sua inserção e por sua história. Esse sistema - histórico, complexo, mal definido e incerto – não admite, portanto, a existência de um único diagnóstico. Uma das vertentes desse enfoque – o planejamento estratégico situacional – é apontada por Mendes (1993b) e Teixeira (1993) como um dos princípios organizativo-assistenciais para ações de saúde centradas em bases territoriais definidas.

Desenvolvido por Carlos Matus (1993, 1996), o planejamento estratégico situacional toma como ponto de partida a noção de *situação*:

A situação é a explicação da realidade, elaborada por uma força social em função de sua ação e da sua luta com outras forças sociais. Ela refere-se ao ator da explicação, seus oponentes e aliados, suas ações, às ações de seus oponentes e aliados, assim como à realidade social construída no processo social. Esta realidade apresenta-se como dada num certo momento da formação social, mas é produto da luta constante por manter, reproduzir e transformar o sistema (MATUS, 1993, p. 219).

⁵ Já em 1973 a OPAS apontava as deficiências do planejamento normativo em saúde.

Trata-se de uma noção que coloca em xeque a idéia de diagnóstico, trazendo à tona a necessidade de se determinar *quem* está explicando a realidade e com que objetivos:

O diagnóstico fala em nome de ninguém, de modo impessoal e unidimensional, evita a frase eu explico e pretende dizer-nos como é a realidade depurada de qualquer interesse do sujeito que diagnostica. [...] O que o analista clássico do diagnóstico conhece, ainda que não tenha consciência disso, não é o mundo em si, é o mundo que ele pode diferenciar a partir da sua posição, com seu conhecimento e seu vocabulário. (MATUS, 1996, p.12-13).

Para Matus é uma ficção teórica julgar que as pessoas envolvidas nos problemas são meros agentes, sujeitos a comportamentos pré-estabelecidos, razão pela qual um aspecto essencial no planejamento estratégico situacional é a consideração da existência de *atores sociais*:

Ator social é uma personalidade, uma organização ou agrupamento humano que, de forma estável ou transitória, tem capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades e atuar produzindo fatos na situação (MATUS, 1993, p. 570).

Frente à existência de atores sociais diferentes, capazes de gerar múltiplas possibilidades dentro de um sistema social criativo, que somente em parte segue leis, o planejamento estratégico situacional reconhece a concomitância de vários planos em concorrência ou em conflito, com um final aberto a diferentes resultados. O planejamento de um ator se dá em um cenário onde outros atores planejam, de maneira que o plano de um interfere e sofre a ação do plano do outro. Portanto, nem sempre é possível arrolar todas as possibilidades dos planos e suas operações, nem lhes atribuir probabilidades.

Ao valorizar as *percepções situacionais* dos atores sociais como diferentes possibilidades de se explicar a realidade vivida, o planejamento estratégico situacional não admite a existência de explicações externas ao mundo relacional dos sujeitos. Neste sentido, como observa Misokzky (2002), torna-se problemática a utilização desse enfoque de planejamento em serviços que trabalham com a lógica da *vigilância à saúde* em suas práticas de territorialização, já que a mesma projeta

no olhar epidemiológico uma pretensa capacidade diagnóstica que sobrepuja a percepção situada de qualquer ator social.

3.4 Territorialização e vigilância à saúde: considerações críticas.

Embora os distritos sanitários e os serviços de saúde com bases territoriais definidas – balizados pelo paradigma da *vigilância à saúde* – sejam a expressão operacional dominante das propostas de descentralização constitucionalmente previstas, ainda persistem interrogações e discordâncias sobre a fundamentação teórica e o significado prático desse processo.

Para Campos (1991, 1997), as estratégias referentes à hierarquização e territorialização, embora não devam ser desconsideradas, são insuficientes para a transformação do modo de se produzir saúde. Para este autor uma das principais exigências para a efetivação da Reforma Sanitária brasileira é a mudança do processo de trabalho em saúde, associada a novas formas de co-gestão que envolvam estes mesmos trabalhadores:

A instituição de distritos sanitários no Brasil [...] não teria, por si só, o poder de alterar o modelo vigente nem de unificar as várias organizações de saúde ou viabilizar a integração das práticas sanitárias, já que a implementação de distritos costuma ser concebida como ações restritas à mera divisão do território, da população e de pedaços do sistema, segundo tal ou qual lógica, e sem maiores alterações do modo concreto como são produzidos serviços e como é gerenciado o cotidiano dos serviços públicos (CAMPOS, 1991, p. 144).

Merhy, Cecílio & Nogueira Filho (1991) consideram importante a definição de territórios de abrangência para os serviços da rede básica, mas observam que a mesma deve levar em conta duas lógicas distintas que se fazem presentes: a do usuário e a do serviço. O primeiro deve ser considerado como um consumidor que se territorializa a partir do que lhe é oferecido para satisfazer suas necessidades sentidas, enquanto o serviço precisa levar em conta seus recursos disponíveis, a situação epidemiológica e a dinâmica política da população local. Assim, para estes autores, a vinculação do usuário ao serviço não obedecerá a uma prática de

aprisionamento territorial, mas à capacidade que o serviço apresenta para atender as necessidades e desejos da população adscrita.

A necessidade de revestir o tema descentralização de conteúdo ideológico é lembrada por Misoczky (1991), ao ressaltar que, no setor saúde, a organização dos serviços, os modelos de atenção e os padrões de gestão são indissociáveis das relações sociais de poder. Para a autora, o processo de territorialização deve, necessariamente, aproximar a administração da vida cotidiana, contemplando a configuração do poder local:

Trata-se, portanto, de buscar a criação de instâncias dinâmicas o suficiente para serem permeáveis aos movimentos de moradores e sindicatos e também às diversas tribos urbanas [...]. Instâncias que contemplem a compreensão de que o objeto cidade é uma sucessão de territórios onde as pessoas, de maneira mais ou menos efêmera, se enraízam, se retraem, buscam abrigo e segurança, constituindo uma multiplicidade de *aldeias* que se entrecruzam, se opõem, se entreadjudam e, ao mesmo tempo, permanecem elas mesmas (Misoczky, 1991, p. 57).

Analisando como a categoria território tem sido abordada na produção recente sobre a organização da atenção à saúde no Brasil, esta mesma autora observa que, embora os textos façam menção a aspectos culturais, ideológicos, políticos e econômicos ao se referirem à temática territorial, ainda é a perspectiva epidemiológica que prevalece, de modo que as experiências baseadas nesta concepção – entre as quais se destacam os sistemas de informações de base geográfica e os métodos de estimativa rápida – têm se limitado à formulação de descrições, quase sempre quantitativas, sobre uma base cartográfica. Segundo Misoczky (2002, p. 78), “aqui se identifica um fácil entrosamento entre as origens positivistas da epidemiologia e da geografia, fazendo com que esta simbiose tenha uma tendência [...] de encerrar a tarefa na descrição dos fenômenos e na identificação de tendências [...] e de, a partir delas, planejar a organização dos serviços”.

Esta crítica à ênfase da epidemiologia nas propostas de territorialização é compartilhada por Carvalho (2002), ao afirmar que a valorização de um planejamento centrado no saber epidemiológico pode levar a uma prática burocrática e prescritiva que, inevitavelmente, encontrará resistência entre os

profissionais da saúde, os quais são caracterizados por acumular recursos de poder cognitivos e sobrepor, com frequência, sua visão de necessidades aos usuários. Este autor observa que, ao pretender centrar a atenção na saúde (e não na doença) e, ao mesmo tempo, priorizar o olhar epidemiológico, a vigilância à saúde incorre numa contradição entre premissas e estratégias, já que a epidemiologia é um saber construído a partir da prática clínica e do paradigma biomédico.

Partindo desta mesma perspectiva, Campos (1991, p. 68) questiona a dicotomia – presente no discurso da *vigilância à saúde* - entre a epidemiologia e a clínica, afirmando que a dificuldade de integração entre ambas não é de ordem metodológica, mas política: “uma das explicações para a oposição entre a clínica e a saúde pública está numa conceituação de individual e coletivo clássica entre a esquerda, mas bastante restritiva e que estabelece uma separação mecânica e artificial entre estas duas dimensões da realidade”.⁶

⁶ Outras considerações críticas sobre a utilização do conhecimento epidemiológico em saúde pública estão referidas no tópico 2.4 (*Geografia e saúde hoje*).

4 O MÉTODO DE PESQUISA

Como já afirmado na introdução deste relatório, esta pesquisa se propõe a estudar as diferentes características que constituem o(s) território(s) do Morro da Cruz, em Porto Alegre, e suas relações com o trabalho cotidiano desenvolvido pela Unidade Básica de Saúde (UBS). A partir daí pretende-se analisar, por um lado, quanto e como aquela equipe de saúde compreende a complexidade territorial da região e, por outro, de que maneira suas práticas assistenciais configuram estratégias de territorialização.

Portanto, a realização deste trabalho envolve, fundamentalmente, o estudo do cotidiano.

Como observa Mesquita (1995a), o cotidiano carrega consigo uma interessante ambigüidade: por um lado carrega a idéia de banalidade ou monotonia, onde não há lugar para o desejo, a aspiração e a evasão; por outro, entretanto, pode permitir a "observação atenta de nós mesmos, do grupo ou grupos aos quais nos ligamos, das ações que executamos, do conteúdo e diversidade de nossos pensamentos no dia-a-dia, dos territórios cotidianos em que habitamos" (MESQUITA, 1995, p. 16).

Partindo desta última perspectiva, Petersen (1995) chama a atenção para o fato de que a incorporação da dimensão cotidiana, presente em todo o modo de existência humana, significa um enriquecimento analítico indiscutível para a discussão do momento histórico atual. Segundo a autora, a existência de formas autônomas de organização e de vivência social, com atores sociais constituídos fora das estruturas institucionais, tem forte conteúdo político, tornando necessária uma

reflexão teórica global da vida cotidiana. Como observa Silva (2000), é na vida cotidiana que se desenvolvem condutas subjetivamente dotadas de sentido - a partir das significações que se constroem no senso comum - e que se institui a configuração da realidade social, pois é na vivência do aqui e agora que os homens constroem o mundo e se interessam por ele, visto que é este mundo que lhes está ao alcance imediato.

Feitas estas observações, cabe definir o método utilizado para este estudo do cotidiano.

Spink (1995, p. 128) afirma que, atualmente, o debate histórico sobre as possibilidades do conhecimento das ciências naturais e sociais tem levado a movimentos que convergem para uma epistemologia construtivista, ou seja, ao reconhecimento de que "a realidade é caleidoscópica e que a multiplicidade de métodos pode enriquecer a compreensão do fenômeno". Portanto, partindo-se desta suposição, a utilização de diferentes instrumentos metodológicos para este campo do conhecimento, longe de ser um problema, é fator de enriquecimento da pesquisa, na medida em que permite uma observação do objeto sob vários ângulos: explicações cognitivas, investimentos afetivos e demandas concretas derivadas das ações no cotidiano.

Em função dos objetivos deste trabalho, optou-se por utilizar uma pesquisa de natureza qualitativa, baseada em um estudo de caso observacional (BOGDAN in TRIVIÑOS, 1987; YIN, 2001), que se caracterizou pelo acompanhamento das práticas de territorialização empreendidas por uma Unidade Básica de Saúde localizada no Morro da Cruz, em Porto Alegre. Assim, com base em um enfoque descritivo, foi buscada a integração entre a realidade percebida e os referenciais teóricos estudados.

Como observam Minayo & Sanches (1993, p. 247), a investigação qualitativa permite "aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente".

Quanto à opção pelo estudo de caso, Yin (2001) chama a atenção para o fato de que o mesmo é uma estratégia interessante quando o investigador tem um

controle reduzido sobre os eventos ou quando o foco temporal está em fenômenos contemporâneos dentro do contexto de vida real. Segundo este autor, a principal situação em que o estudo de caso é indicado diz respeito a situações onde se busca esclarecer *como* e *por que* uma decisão ou um conjunto de decisões foram tomadas e implementadas, bem como quais foram os resultados alcançados. Como este estudo procura descrever e analisar as práticas de territorialização empregadas em serviços de saúde da rede básica de atenção, buscando identificar a base teórico-conceitual que fundamenta as mesmas e seus reflexos sobre as estratégias assistenciais empreendidas, a opção por um estudo de caso parece adequado.

A escolha da UBS Morro da Cruz para realização da pesquisa levou em conta a convergência de interesses entre o pesquisador e a equipe de saúde em foco, bem como a acessibilidade ao objeto de estudo, visto que o pesquisador atua profissionalmente naquele serviço de saúde. Por outro lado, cabe observar que a UBS Morro da Cruz apresenta características específicas que a distinguem como portadora de uma identidade própria entre os serviços assistenciais da rede básica de saúde: (1) trata-se de uma unidade vinculada ao setor de assistência social de um hospital privado não conveniado ao SUS; (2) sua inserção no SUS dá-se a partir de um convênio com o Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), uma instituição do governo estadual que desenvolve atividades de ensino e pesquisa em suas unidades assistenciais; e (3) como UBS vinculada ao CSEM, faz parte de um grupo reduzido de serviços básicos ainda não municipalizados na cidade de Porto Alegre. Poder-se-ia afirmar que estas especificidades – que serão abordadas de maneira mais aprofundada adiante – reduzem a possibilidade de generalizações dos resultados observados. Entretanto, como salienta Yin (2001), o que se procura generalizar neste tipo de estudo são proposições teóricas (generalizações analíticas) e não proposições sobre populações (generalizações estatísticas). Neste sentido, as particularidades da UBS Morro da Cruz representam uma riqueza contextual que amplia e enriquece o cabedal de possibilidades analíticas disponíveis.

O processo de coleta de dados se caracterizou pela abertura e flexibilidade, não significando, entretanto, uma ausência de referencial teórico. Buscou-se, ao longo do trabalho, uma discussão e um questionamento constantes no sentido de procurar reformulações teóricas compatíveis com as necessidades que emergiam, visando um diálogo e um transitar contínuo entre teoria e realidade vivenciada.

Como observa Triviños (1987, p. 137), a pesquisa qualitativa “se desenvolve em interação dinâmica retroalimentando-se, reformulando-se constantemente, de maneira que, por exemplo, a coleta de dados num instante deixa de ser tal e é análise de dados, e esta, em seguida, é veículo para nova busca de informações”.

Os dados relevantes à pesquisa foram coletados desde o segundo semestre de 2001, até primeiro trimestre de 2003, a partir das técnicas de *observação participante*, *entrevista semi-estruturada* e *análise documental*. Buscou-se, desta maneira, uma aproximação à *técnica da triangulação na coleta de dados*, com o "objetivo básico [de] abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo" (TRIVINÓS, 1987, p. 138). De acordo com Yin (2001), o uso de múltiplas fontes de evidência permite investigar vários aspectos em relação ao mesmo fenômeno, levando a conclusões e descobertas que, a partir de um processo de mútua corroboração, mostram-se mais convincentes e apuradas.

Segundo Becker (1993), o *observador participante* coleta dados a partir da participação na vida do grupo ou organização que está sendo estudada. Ele observa os sujeitos frente a situações com as quais se deparam cotidianamente, verificando como se comportam diante delas. Ao mesmo tempo entabula conversações com os participantes das situações, investigando as interpretações que os mesmos têm sobre os fenômenos que observou. Assim, um dos pressupostos da *observação participante* é que a experiência direta do observador com a vida cotidiana do outro, seja ele indivíduo ou grupo, é capaz de revelar, na sua significação mais profunda, ações e atitudes que, de um ponto de vista exterior, poderiam permanecer obscurecidas.

De acordo com Yin (2001), a *observação participante* é um modo especial de observação no qual investigador pode ter uma variedade de papéis dentro da situação observada, participando nos eventos que estão sendo estudados. Neste estudo o observador acumulou os papéis de pesquisador e membro da organização, atuando como médico pediatra e sanitarista da UBS Morro da Cruz.

A descrição dos diferentes aspectos do(s) territórios do Morro da Cruz, bem como da interação cotidiana entre os membros da UBS e desses com os usuários, das iniciativas tomadas, dos recursos utilizados e da forma como o foram, do modo

como é percebido o processo de territorialização e adscrição de clientela, das relações com as instâncias superiores, entre outras observações realizadas, conferiram a este estudo, em alguns momentos, um certo caráter etnográfico.

Com relação à *entrevista*, decidiu-se pela utilização da forma *semi-estruturada*, visto que a mesma, "ao mesmo tempo [em] que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação" (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

As entrevistas foram gravadas e seguiram um roteiro flexível, que serviu apenas como ponto de partida para a coleta dos dados. Consoante com o método empregado, as mesmas buscaram respeitar a dinâmica da conversa, permitindo aos informantes acentuarem os aspectos que julgavam mais importantes ou que provocassem mais inquietações:

Podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

É útil esclarecer, para evitar qualquer erro, que essas perguntas fundamentais que constituem, em parte, a entrevista semi-estruturada, no enfoque qualitativo, não nasceram a priori. Elas são resultados não só da teoria que alimenta a ação do investigador, como também de toda a informação que ele já recolheu sobre o fenômeno social que interessa, não sendo menos importantes seus contatos, inclusive, realizados na escolha das pessoas que serão entrevistadas. (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

As entrevistas foram realizadas individualmente com os profissionais da UBS e com moradores da sua área de abrangência, sendo que as primeiras e algumas dirigidas aos moradores tiveram lugar dentro do próprio serviço, enquanto as demais foram conduzidas nas residências dos entrevistados. O tempo médio das entrevistas foi de aproximadamente 40 minutos e a escolha dos indivíduos a serem entrevistados foi intencional, considerando-se, principalmente, a identificação de sujeitos considerados essenciais, segundo o ponto de vista do investigador, para a problematização do tema abordado. Com o objetivo de criar um espaço para os

entrevistados manifestarem seus pontos de vista com liberdade, decidiu-se preservar a identificação dos mesmos, a partir de um contrato ético firmado previamente. Assim, na maioria das vezes, as pessoas não são nominadas ou são tratadas por pseudônimos. Em alguns casos específicos, em que o entrevistado voluntariamente expressou a desnecessidade do sigilo, sua identidade foi revelada.

Além da *observação participante* e das *entrevistas*, utilizou-se de forma complementar a *análise documental*, visando obter informações – explícitas ou implícitas – sobre o fenômeno pesquisado. As fontes documentais utilizadas incluíram textos de Instituições Internacionais – Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS) – e documentos do Ministério, da Secretaria Estadual e da Secretaria Municipal da Saúde que diziam respeito à temática da territorialização, além de registros – formais ou informais – do CSEM e da UBS Morro da Cruz.

Os dados coletados foram registrados em todos os momentos de realização da pesquisa no *Diário de Campo*. Neste diário, além dos dados observados e colhidos, foram registradas as reflexões e apreensões subjetivas que emergiram durante o processo.

A organização e exame dos dados ocorreram simultaneamente à coleta dos mesmos: "nos estudos qualitativos em geral, e no estudo de caso em particular, o ideal é que a análise esteja presente durante os vários estágios da pesquisa, pelo confronto dos dados com questões e proposições orientadoras do estudo" (GODOY, 1995, p.27). Ao final do levantamento, entretanto, intensificou-se um esforço mais sistemático dirigido à análise e reflexão das informações obtidas.

Para Yin (2001), a análise dos dados consiste na etapa mais difícil e exigente da pesquisa qualitativa, visto que as técnicas de análise existente são múltiplas, diversas e não obedecem a um padrão normalizável. Segundo este autor, o mais importante nesta fase é ter uma estratégia analítica geral definida, a qual pode ser configurada de duas maneiras: basear-se nas proposições teóricas (referencial teórico) ou desenvolver uma criativa descrição do caso. Yin (2001) considera a primeira maneira como a mais usual para se analisar as evidências, já que os objetivos e o desenho original do estudo foram baseados, presumivelmente, sobre

essas proposições, as quais refletem um conjunto de questões de pesquisa e revisões da literatura que, de certa forma, modelaram o plano de coleta de dados. Sendo assim, o referencial teórico ajudará a focalizar a atenção sobre certos dados e a ignorar outros, além de auxiliar a organizar o estudo como um todo e a definir explicações alternativas a serem examinadas. O autor sugere, por fim, a construção ou o uso de categorias teoricamente fundamentadas ou já testadas em outros estudos.

Observando tais considerações, a análise e interpretação dos dados levantados nesta pesquisa foram realizadas utilizando uma estratégia analítica identificada com a proposta hermenêutica-dialética, a partir das proposições de Minayo (2000).

Em muitos momentos o relato da pesquisa assumirá um viés descritivo e – como salientado anteriormente – etnográfico. Eventualmente, de maneira distraída, sucumbirá a um tom coloquial e, talvez, confessional. Consoante com esta sinuosidade, a partir do próximo capítulo o texto deverá apresentar oscilações gramaticais, onde o pesquisador, conjugando os verbos na primeira pessoa do singular, assumirá muitas vezes a centralidade da narração.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O Morro da Cruz é, provavelmente, um dos lugares mais legendários de Porto Alegre. No imaginário popular e na grande imprensa dois fatos aparecem sempre associados ao local: o primeiro é a festa religiosa realizada na Sexta-Feira Santa, enquanto o segundo diz respeito à fama de ser um dos lugares mais violentos da cidade.

Começarei este capítulo falando do primeiro aspecto, referente à religiosidade que distingue as origens do Morro da Cruz. No final do capítulo, após ter visitado alguns territórios, retomarei o estigma da violência que marca aquela região de Porto Alegre.

5.1 Fragmentos da História e Dualidades

O passado do Morro da Cruz, como o próprio nome do local denota, está vinculado à devoção e à religiosidade. Para entender um pouco melhor esta história é preciso recuar ao ano de 1870, quando o Papa Pio IX, no Conselho Vaticano I, proclamou São José padroeiro da Igreja Católica. Nesta mesma época, como homenagem ao santo padroeiro, a população de um pequeno lugarejo na zona leste de Porto Alegre batizava o local onde vivia com o nome de Arraial de São José. O lugarejo, que aos poucos passou a ser chamado de Vila São José, reunia anualmente em sua praça centenas de moradores da região e dos arredores para os festejos do santo padroeiro. O povo seguia pela antiga Picada Mato Grosso até o Bairro Menino Deus, mais ao sul da cidade, onde residia o vigário.

A Vila São José teve seu arruamento iniciado pela municipalidade por volta de 1930 e, duas décadas depois, a partir dos projetos do Departamento da Casa Popular da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, foi berço de uma das primeiras vilas populares da cidade.

Em 1954 foi criada pela Igreja Católica a Paróquia São José, já que a vila apresentava um grande crescimento demográfico, em função do êxodo rural. Em 20 de março de 1960, no encerramento da missão popular da paróquia, padres e fiéis, num ato de fé, saíram da igreja carregando uma cruz de eucalipto com treze metros de altura e a colocaram no topo do morro existente nas redondezas, então chamado Morro da Guampa. Milhares de pessoas compareceram à grande festa que houve no final das cerimônias e, desse momento em diante, o Morro da Guampa passou a se chamar Morro da Cruz. A partir de então se realiza ali, em todas as sextas-feiras-santas, a *Procissão do Senhor Morto*, que se constitui em uma das festas religiosas mais tradicionais de Porto Alegre⁷. O final da procissão, quando são encenadas a paixão, morte e ressurreição de Jesus Cristo, acontece no ponto mais alto do morro, onde se localiza a cruz que dá o nome ao lugar.

Segundo o Padre Ângelo Costa, que conhece a comunidade desde 1959 e que relatou os fatos em epígrafe, com o novo nome os moradores se sentiram motivados a fazer do local um lugar melhor para viver. Apareceram lampiões a querosene para iluminar as noites escuras. Foram abertas novas vertentes e poços para resolver o problema da água. Para tornar mais fácil o acesso, os moradores organizaram um mutirão para a construção da Rua Nove de Junho. Foram três anos de trabalho voluntário, onde homens, mulheres e crianças deram origem àquela que até hoje é a principal via de acesso ao morro.

Outros detalhes sobre a história do Morro da Cruz podem ser obtidos a partir dos depoimentos de moradores mais antigos, como é o caso de *Seu Roberto* – como é conhecido dentro da comunidade. Nascido no campo, *Seu Roberto* foi morar na cidade de Passo Fundo com 19 anos de idade e, dali, mudou-se para Porto Alegre. Como observa Xavier Filho (1991), ao estudar outra vila periférica de Porto Alegre, trata-se do ciclo típico de migração rural-urbana, comum naquele contexto

histórico, onde o campesino partia para uma cidade do interior do estado e daí para a capital.

Hoje, com 67 anos de idade e vivendo há 40 anos no Morro da Cruz, *Seu Roberto* conta que, quando foi morar no local onde reside até hoje, aquela era uma região quase virgem, onde viviam quatro ou cinco famílias. Para levar seus pertences e as madeiras que seriam utilizadas na construção de sua casa, utilizou um caminhão que demorou três dias para chegar ao topo do morro. Em vários trechos era necessário alargar o caminho com foices e enxadas, bem como utilizar tábuas sob o rodado do caminhão, para que o mesmo não atolasse na lama.

Seu Roberto observa, com orgulho, que seu terreno era o único legalmente escriturado na época. Quase todos os moradores que chegaram posteriormente compraram seus lotes de um tal *Senhor Gatel*, conhecido grileiro da região. Não havia estradas regulares no morro, tampouco eletricidade e água encanada. A iluminação dependia de velas e lampiões de querosene e a água vinha de poços e vertentes naturais. As primeiras ruas surgiram com exploração do saibro de uma pedreira existente no local – a chamada *Pedreira do Asmuz*.

A história de *Seu Roberto* é semelhante à de *Seu Miguel* e de sua esposa, *Dona Carmelina*. Ambos vieram do interior e foram morar no Morro da Cruz há mais de 35 anos. Tiveram 16 filhos, sendo que o primeiro, nascido quando *Dona Carmelina* tinha 16 anos de idade, morreu de tétano neonatal. A penúltima filha, nascida há cerca de 20 anos atrás, também faleceu, em função de ter o *coração grande* (provavelmente cardiopatia congênita). Restaram, portanto, 14 filhos vivos, além de 26 netos, distribuídos entre o Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso. O casal lembra ter passado muito trabalho para criar os filhos no Morro da Cruz. Não havia água, luz ou meios de transporte, e, para conseguir atendimento médico para as crianças, *Dona Carmelina* precisava descer o morro às três horas da madrugada.

O processo de urbanização do Morro da Cruz nos primeiros tempos foi lento e penoso. Há aproximadamente duas décadas, entretanto, houve uma forte

⁷ A popularidade da festa pode ser atestada pelo grande número de devotos e políticos que comparecem ao morro, bem como pela eleição, no último pleito para vereador, do ator que carrega a cruz de madeira.

mobilização da comunidade junto aos vereadores para que o Morro da Cruz fosse contemplado no Plano Diretor do município, já que não havia qualquer projeto mais consistente para aquela região. A partir de então – e principalmente na última década - a situação melhorou muito, de modo que hoje o Morro da Cruz conta com transporte coletivo, asfalto em um grande número de ruas, abastecimento regular de água (há três anos foi construído um reservatório que resolveu o problema crônico de falta de água no verão), escolas, saneamento, posto policial, serviços básicos de saúde, entre outros serviços públicos e instalações de infra-estrutura.

A importância que o Morro da Cruz conquistou junto às autoridades municipais nos últimos anos pode ser exemplificada nas palavras de Tarso Genro, prefeito de Porto Alegre entre 1993 e 1996, ao eleger uma escadaria construída no local, ligando a cidade informal (o Morro da Cruz) à cidade formal (o baixo Partenon), como um dos símbolos de sua gestão e como a síntese da filosofia de governo, de incluir os excluídos (ELEIÇÕES, 2000).

Analisando esse tipo de dualidade expressa na manifestação do ex-prefeito, Zaluar & Alvito (1999) observam que o mesmo faz parte do discurso dominante sobre as favelas, o qual as opõem ao espaço urbanizado. Este fenômeno seria reflexo de um pensamento dualista mais amplo, com raízes no século XIX, que buscava exprimir a oposição entre o Brasil do Sul e do Sudeste (industrial, rico, burocrático, moderno) e o Brasil do Norte e do Nordeste (retrógrado, pobre, rudimentar, tradicional). Para Zaluar & Alvito (1999, p. 16), estas representações, inseparáveis do pensamento conservador e totalitário, estiveram sempre presentes em diferentes contextos e com diferentes conotações para expressar a superioridade de uma região ou de uma população sobre outra:

O artificialismo das divisões espaciais duais muitas vezes foi antes o resultado da ideologia daqueles que as concebiam do que uma realidade na vida dos cidadãos. Tornou-se um equívoco tanto no plano das práticas sociais quanto das idéias e valores. Quanto mais não seja porque, no mundo urbano, a pluralidade de culturas em coexistência numa área com sistemas de comunicações freqüentes entre duas divisões impede que cada uma delas se feche para as outras. Mas esta maneira de pensar a cidade se manteve e foi confirmada pela própria maneira de fazer a pesquisa urbana, tornando as divisas espaciais duais meras descrições de culturas 'locais' e contrastando-se entre si, cada uma delas reificada por uma identidade, uma referência a si mesma decorrente dessa visão teórica.

Esta dualidade faz com que as vilas populares, de um modo geral, ocupem um lugar de destaque negativo no imaginário urbano das grandes cidades. Como observam Zaluar & Alvito (1999, p.14), a favela é “um dos fantasmas prediletos do imaginário urbano: como foco de doenças, gerador de mortais epidemias; como sítio por excelência de malandros e ociosos, negros inimigos do trabalho duro e honesto; como amontoado promíscuo de populações sem moral”.

Quando a vila está localizada no alto de um morro, estas representações parecem adquirir ainda mais força, situando-a numa escala exótica e distante. Para DaMatta (1997) a ocupação de morros e elevações pela população carente - fenômeno comum nas grandes cidades brasileiras - merece algumas considerações. Observando que a ocupação do espaço não pode ser entendido como uma entidade independente e individualizada, mas como parte de um fenômeno mais amplo e complexo, socialmente construído, DaMatta (1997, p. 32) chama a atenção para o fato de que, no caso do Brasil, a demarcação espacial se faz sempre dentro de uma lógica de hierarquização entre centro e periferia, que representa as posições relativas de *estar dentro* ou de *estar fora*, do ponto de vista social:

Se não fosse muita ousadia, poder-se-ia sugerir que a ausência de uma ocupação sistemática dos morros e elevações pelos segmentos dominantes teria alguma relação com essa obsessão pelo *centro*. Pois como seria possível montar a equação brasileira centro=dentro=superioridade social, se o morro isola e pode apontar para a periferia e para a individualização?

Na UBS Morro da Cruz é comum a visita de pessoas que nunca tiveram contato físico anterior com uma vila popular. São estudantes universitários, estagiários, pesquisadores ou simplesmente curiosos que chegam arredios, olhando com desconfiança cada movimento, como se estivessem caminhando num campo minado⁸. Entretanto, à medida que a *ameaça* idealizada vai sendo desmistificada e os fantasmas são exorcizados, observa-se uma mudança de comportamento: ocorre um certo relaxamento e o *estrangeiro* se permite, então, caminhar pelo território e explorar a diversidade que escapa ao olhar mais desatento, descobrindo algumas luzes familiares nas trevas do *exótico*. Torna-se possível descobrir, então, que o

⁸ Recentemente o pai de uma aluna da faculdade de nutrição, ao saber que a filha deveria visitar a UBS Morro da Cruz como parte das atividades práticas do curso, telefonou para a professora afirmando que vetava a ida da menina ao local.

Morro da Cruz é um universo muito rico e complexo, ao contrário do que concebe o imaginário popular, de modo que mesmo os núcleos de maior pobreza, aparentemente homogêneos, não se reduzem ao “lugar da carência, da falta, do vazio a ser preenchido pelos sentimentos humanitários, do perigo a ser erradicado pelas estratégias políticas que fizeram do favelado um bode expiatório dos problemas da cidade” (ZALUAR, 1999, p. 7-8).

5.2 Caminhando pelo Morro

Como salientado anteriormente, a história do Morro da Cruz revela que na década de 60 os moradores organizaram um mutirão para a construção de caminhos que facilitassem o trânsito até o alto do morro. Foram três anos de trabalho voluntário, onde homens, mulheres e crianças abriram a Rua Nove de Junho, que ainda se constituiu na principal via de acesso ao topo do morro.

Hoje a Rua Nove de Junho é uma ladeira asfaltada, com cerca de 1600 metros de extensão, cuja travessia desvela diferentes paisagens que se sucedem. O primeiro trecho, ainda plano, tem início à frente de um grande hipermercado na movimentada Avenida Bento Gonçalves, uma das principais artérias viárias de Porto Alegre. São 200 metros onde predominam edifícios de três ou quatro pavimentos, sem luxo ou sofisticação, típicos de uma população classe médio-baixa. Segue-se então uma longa subida, com calçadas irregulares em vários trechos, obrigando as pessoas a desviarem seus caminhos pela beira da rua. Não há mais edifícios e as casas, na sua maioria de alvenaria, são simples, sem ostentação, mas com bom acabamento. Após quase um quilômetro de subida atinge-se um pequeno platô, seguido de uma breve descida, a partir da qual a Nove de Junho retoma sua trajetória em auge, desta vez mais íngreme. As construções que margeiam o meio-fio, de um modo geral, preservam um padrão adequado de habitabilidade, sendo que algumas se destacam pela qualidade e bom gosto. A calçada, entretanto, mostra-se cada vez mais estreita e irregular, de modo que crianças, adultos, cães e bicicletas disputam o espaço do asfalto com automóveis e ônibus.

Este cenário, onde moradores caminham pela beira da rua, é comum à quase

todas as vias públicas do Morro da Cruz. Nos pontos mais periféricos as vias servem mais para o trânsito de pessoas do que de veículos automotores. Em algumas vielas a entrada de carros é inviável, dadas as condições do terreno. Em outras o trânsito de veículos é muito reduzido, de modo que as pessoas interrompem seus afazeres e observam com curiosidade a excêntrica presença de algum automóvel no local.

Atualmente a maior parte das propriedades da área central do Morro da Cruz encontra-se regularizada e urbanizada, de modo que a ocupação da terra mostra um grau razoável de organização, garantindo aos moradores uma boa infraestrutura. Em alguns locais chama a atenção a presença de muitas casas que parecem estar permanentemente em obras. São vigas e colunas de concreto aguardando paredes, são paredes sem reboco ou parcialmente rebocadas, são fachadas e aberturas esperando pintura, são construções que prolongam o corpo central da casa – os famosos *puxados* – sem qualquer harmonia arquitetônica com a edificação original. A existência deste verdadeiro canteiro de obras permanente pode ser explicada pelo fato de que, na grande maioria das vezes, são os próprios moradores que constroem, ampliam e reformam suas residências. Além do que, no mais das vezes, os materiais de construção são comprados pouco a pouco, conforme a possibilidade do momento. Trata-se, literalmente, da construção humana do espaço social:

Embora seja verdade que todo espaço habitado pelo homem é um produto socialmente construído, no caso da favela isso assume uma dimensão radical. É um espaço que não somente foi construído pelo homem [...], mas, no caso das favelas, [...] pelos mesmos homens que lá habitam: com suas próprias mãos, lentamente, durante anos (ALVITO, 1999, p. 198-199).

À medida que se aproxima o topo do morro é possível visualizar, em algumas regiões, conglomerados de edificações que mostram um perfil diferente. São casas pequenas e modestas, às vezes inacabadas, que dividem o espaço com casebres e barracos. Nestes locais não há um modelo regular de loteamento, de modo que a distribuição dos prédios forma uma imagem caleidoscópica, marcada por uma infinidade de combinações arquitetônicas. Ruelas estreitas e empoeiradas, onde o esgoto corre a céu aberto, espalham-se por entre as casas de maneira desordenada, quase labiríntica, formando desenhos geométricos irregulares que fogem ao padrão cartográfico habitual. Para a maioria dos moradores destes

espaços o acesso à água potável e eletricidade é conseguida por meio de ligações clandestinas à rede pública.

Estes conglomerados mais pobres, em geral localizados nas regiões periféricas, resultam de invasões a áreas desabitadas, já que os limites do povoado fazem fronteiras com uma ampla área verde. Trata-se, portanto, de um processo de expansão horizontal centrífuga, marcado por um intenso crescimento populacional.

Para entender melhor este fenômeno é interessante situá-lo em um contexto temporal e espacial mais amplo. Assim, cabe abrir um parêntese e conhecer um pouco sobre os núcleos e vilas irregulares da cidade de Porto Alegre.

5.2.1 A Favelização em Porto Alegre

Em um estudo denominado *Mapa da Irregularidade Fundiária de Porto Alegre* (DEMHAB, 1999), a Equipe de Pesquisa do Departamento Municipal de Habitação (DEMHAB) busca descrever o universo dos núcleos e vilas irregulares da cidade no final dos anos noventa, resgatando parte da história desses conglomerados.

Segundo esse estudo, o primeiro censo sobre áreas de ocupação irregular data de 1950, quando a municipalidade realizou o *Levantamento Econômico-Social das Malocas Existentes em Porto Alegre*. O termo *maloca*, hoje pouco utilizado, era de uso comum entre a população e órgãos governamentais, retratando um forte traço de exclusão social. O preconceito era explicitado textualmente no *Levantamento*, ao referir-se à *anomalia* como um *quisto social*, uma *vida marginal ao ambiente social de Porto Alegre*, que exigia medidas concretas do poder público visando seu *extermínio* (os grifos são meus). Apontando que a principal causa do problema das *malocas* era a falta de moradias de baixo preço para compra ou locação, o censo de 1950 sugeria que a Prefeitura adquirisse grandes áreas de terra, em locais apropriados, para que os moradores construíssem suas casas. Estas áreas correspondiam a regiões periféricas, distantes da região central, com escassa infra-estrutura urbana.

Quatorze anos após esse primeiro censo, o Departamento Municipal da Casa Popular (DMCP) realizou o *Levantamento Sócio-Econômico nas Vilas e*

Agrupamentos Marginais de Porto Alegre, cujo relatório já mostrava uma certa conformidade com a existência de *populações marginais* (era assim que o relatório de 1964 se referia aos moradores de vilas). Assim, ao contrário do levantamento de 1950, não era mais sugerida a erradicação do problema, mas uma atenuação do mesmo, por meio de um plano habitacional específico dentro de uma *área controlável*, onde, a partir de um trabalho educacional, fosse possível *diminuir e controlar a população marginal* (grifos meus).

Em 1973 o DEMHAB realizou outro censo dessa natureza na cidade, o qual foi divulgado sob o título de *Malocas: Diagnóstico Evolutivo das Subabitações no Município de Porto Alegre*. Nesse estudo, ao mesmo tempo em que adotava uma nova terminologia, com a utilização de expressões como *promoção social*, *habitação de interesse social* e *núcleos de submoradias*, o DEMHAB sugeria uma política habitacional diversificada, centrada nos reassentamentos dos *núcleos de subabitações* e na urbanização dos próprios *núcleos de malocas* (grifos meus).

A tabela abaixo, adaptada do quadro apresentado no *Mapa da Irregularidade Fundiária de Porto Alegre* (DEMHAB, 1999), mostra alguns dados relativos aos censos de 1950, 1964 e 1973:

Tabela 1

Resultados dos censos de conglomerados irregulares na cidade de Porto Alegre em 1950, 1964 e 1973

ESPECIFICAÇÕES	1950	1964	1973
Número de conglomerados	41	56	124
Número de malocas	3.965	13.588	20.152
Habitantes em favelas	16.303	65.595	105.833
População total de Porto Alegre	418.864	667.397	991.900
População favelada (% do total)	3,89 %	9,83 %	10,67 %

Fonte: Mapa da Irregularidade Fundiária de Porto Alegre (DEMHAB, 1999)

Entre os anos de 1996 e 1998 o DEMHAB voltou a realizar um levantamento sobre o número de domicílios⁹ localizados em núcleos e vilas irregulares¹⁰ de Porto Alegre. A partir desse levantamento e dos dados do censo do IBGE realizado no mesmo período, o DEMHAB estimou que 284.922 habitantes (22,11% da população total) viviam em 73.057 domicílios distribuídos nos 390 núcleos e vilas irregulares existentes na cidade.

Os dados do IBGE mostravam ainda que, entre 1991 e 1996, a população de Porto Alegre aumentara em apenas 2,02%, correspondendo a um montante menor que diferença entre o número de nascidos vivos e óbitos no período. Já as estimativas do DEMHAB apontavam um crescimento persistente no número de moradores em núcleos irregulares. Estes dados, comparados, traduzem uma mudança qualitativa importante no processo de favelização:

É possível aventar que as migrações rural-urbano e urbano-urbano tendencialmente desempenham papel cada vez menor na explicação do aumento de núcleos e vilas irregulares. Uma das principais causas do aumento da irregularidade fundiária quanto a núcleos e vilas é a auto-reprodução da miséria, da favelização. Outra é a tendência histórica de aumento da já brutal concentração da riqueza no país inter-relacionada com desemprego estrutural elevado e redução dos salários reais. Este segundo grupo implica no deslocamento de parcela da população que até então habitava a cidade regular, formal, para a cidade informal, irregular, através do recurso da ocupação (invasão) de áreas públicas e privadas. Esta parcela provém de não proprietários, de inquilinos que já não conseguem arcar com os custos da reprodução da força de trabalho quando depende de 25 a 60 %, em termos gerais, da renda familiar em pagamento de aluguel (DEMHAB, 1999, p. 32).

Tais asserções são compatíveis com os dados mais recentes sobre a renda familiar média dos habitantes de Porto Alegre (FEE, 2000): 5% das famílias vivem com até um salário mínimo mensal e cerca de 26% têm uma renda de no máximo três salários mínimos.

⁹ Domicílio é toda unidade residencial habitada pelo menos por uma pessoa, independente da finalidade principal da edificação. O domicílio caracteriza-se por sua independência estrutural, mesmo estando ligado pelo telhado, por exemplo, a outro(s) domicílio(s).

¹⁰ O DEMHAB (1999) considera núcleos e vilas irregulares aqueles cujos habitantes não são proprietários da terra e não tem nenhum contrato legal que lhes assegure permanência no local. Assim, a irregularidade é considerada a partir do aspecto da propriedade da terra, não sendo consideradas as más condições de habitabilidade dos domicílios, as carências de água, luz, esgotos e outros serviços. Os núcleos são conglomerados com até 50 domicílios e que não têm estrutura organizacional que os caracterize como vilas.

O gráfico abaixo permite visualizar o crescimento da população que vive irregularmente em Porto Alegre, a partir das estimativas do DEMHAB (1999):

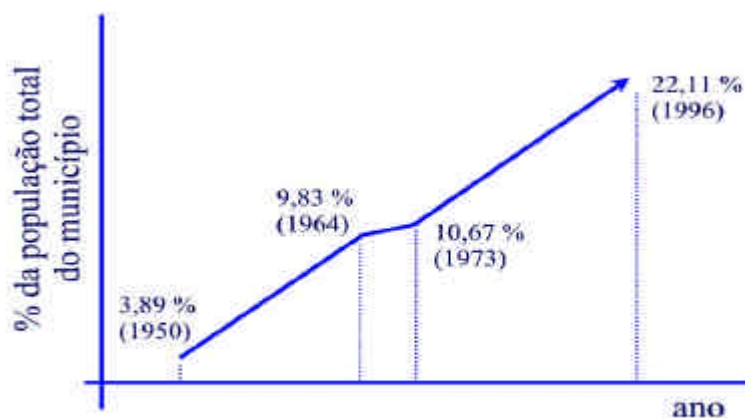


Figura 1: Evolução da população que vive em núcleos e vilas irregulares de Porto Alegre

Os dados do último censo do IBGE e as estimativas do DEMHAB (1999) indicam que a maior concentração de domicílios em núcleos e vilas irregulares em Porto Alegre encontra-se na região do Partenon, a qual é constituída pelos bairros Partenon, Agronomia, Coronel Aparício Borges, Vila João Pessoa e São José. Ali, cerca de 37% da população vive em situação irregular. É nessa região, mais especificamente no Bairro São José, que se encontra o Morro da Cruz.

5.3 O Crescimento Populacional no Morro da Cruz

Analisando o fenômeno das migrações internas, Raffestin (1993) afirma que as mesmas resultam de ações, estratégias e controles de diferentes organizações. Segundo o autor, no mundo capitalista ocidental, hoje, os movimentos migratórios são determinados principalmente pelas estratégias das empresas, as quais praticam uma forma de economia nômade, de territorialidade abstrata e instável, que não toma conhecimento das profundidades regionais. O *estoque humano* empregado, por outro lado, está inscrito num código de territorialidade estável e concreta,

estabelecendo-se uma relação "particularmente dissimétrica para a população que, em troca de um salário, deve aceitar a mobilidade e por isso romper com todo um meio simbólico e perder, ainda por isso, todo contato com uma informação existencial" (RAFFESTIN, 1993, p. 95).

As afirmações de Raffestin (1993), associadas aos dados analisados no tópico anterior e ao contato direto com os moradores do Morro da Cruz permitem inferir alguns aspectos interessantes sobre o crescimento populacional da região ao longo do tempo.

Os moradores mais antigos do Morro da Cruz, que ali chegaram há quatro ou cinco décadas atrás, foram testemunhas e protagonistas do intenso processo de urbanização vivido pela capital gaúcha naquele momento histórico, decorrente da industrialização e do declínio do modelo agro-exportador. Assim, o nascimento e o desenvolvimento do povoado nas primeiras décadas de sua existência deveram-se, principalmente, ao fluxo migratório rural-urbano.

Nos últimos anos, entretanto, o intenso crescimento populacional do Morro da Cruz pode ser explicado a partir da auto-reprodução da miséria e do deslocamento de famílias que antes viviam em situação regular (DEM HAB, 1999). Trata-se de um movimento engendrado pela impossibilidade financeira crescente da população de adquirir imóveis residenciais ou de pagar aluguéis. Assim, frente a um orçamento familiar progressivamente restrito, as pessoas abandonam seus *lugares* e partem para novos sítios economicamente mais acessíveis, em geral situados em regiões periféricas e sem infra-estrutura.

Este fenômeno pode ser comprovado na rotina da UBS Morro da Cruz, onde cotidianamente é feito o cadastramento de novos usuários - na sua maioria vinda de outros bairros de Porto Alegre ou da região metropolitana - que chegam à região e se domicíliam em áreas invadidas.

O entendimento do que isto significa para a territorialização da atenção à saúde nos remete à necessidade de conhecer um pouco melhor os detalhes da rede assistencial naquela região.

5.4 A Atenção à Saúde no Morro da Cruz

As primeiras atividades de assistência à saúde no Morro da Cruz surgiram há aproximadamente trinta anos atrás, quando um médico - Dr. Marco Aurélio - começou a trabalhar voluntariamente em uma pequena casa alugada pela comunidade. Este profissional, além de atender gratuitamente a população, atuou ao lado da mesma na luta por melhorias como luz, água e saneamento junto aos órgãos governamentais. É interessante observar que esta iniciativa – provavelmente identificada com a Medicina Comunitária, que surgia naquele momento como uma alternativa ao modelo médico hegemônico (SILVA JÚNIOR, 1998) - envolvia uma visão de saúde avançada para a época, visto que somente na década seguinte temas como intersetorialidade e controle social dos serviços seriam incorporados ao sistema de saúde nacional.

A história da atenção à saúde no Morro da Cruz teve continuidade com a instalação de uma unidade assistencial – a UBS IV, que até hoje desenvolve suas atividades no local - pertencente ao então chamado *Sistema de Saúde Comunitária Murialdo* (hoje *Centro de Saúde Escola Murialdo* - CSEM), em meados da década de 70. Quase trinta anos depois, em 1998, a UBS Morro da Cruz se integraria às atividades do CSEM e iniciaria suas atividades na região, a partir de uma parceria firmada entre o Hospital Moinhos de Vento (HMV) e a Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Tendo em vista a importância do significado desta parceria para um melhor entendimento do trabalho desenvolvido pela UBS Morro da Cruz (incluindo as atividades de territorialização), relatarei alguns pontos da história do CSEM.

5.4.1 Breve Histórico do CSEM

Em 1954, mesmo ano em que nascia a Paróquia São José, era fundada pelos Padres Josefinos a *Associação de Proteção à Infância*, uma entidade filantrópica ligada ao *Instituto Leonardo Murialdo*, da cidade de Jaguarão. Três anos depois a Associação iniciou a construção da Casa da Criança, um centro social voltado principalmente ao atendimento à infância. Para tanto foi assinado um convênio com o Departamento Estadual da Saúde, precursor da Secretaria da Saúde do Rio

Grande do Sul, que seria criada somente em 1959. No ano de 1963 um novo convênio foi firmado, visando constituir uma unidade assistencial nas dependências da Casa da Criança, a qual realizaria o trabalho em saúde pública para os moradores da vila. No ano seguinte teve início o programa de estágios dirigidos a acadêmicos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), considerando que havia insatisfação dos mesmos em relação à falta de local para estágio e prática de saúde pública na respectiva disciplina. A unidade passaria a servir, ao mesmo tempo, como local de treinamento para os servidores da Secretaria da Saúde. Estabelecia-se, assim, o tripé ensino-pesquisa-assistência, que marca o CSEM até os dias de hoje.

No início da década de 70 foi instituída a prática de visitação familiar como atividade de campo para os estudantes de medicina, o que gerou conflitos e a resistência dos mesmos. Esta situação desencadeou um questionamento acerca da dissociação entre o ensino médico e a prática dos serviços de saúde, estimulando a equipe técnica que coordenava o projeto a romper com o modelo tradicional de assistência à saúde e tentar a criação de uma estratégia alternativa de prestação de serviços, assentada no modelo da Medicina Comunitária¹¹. Como resultado deste processo foi rescindido, em maio de 1974, o convênio entre a Secretaria da Saúde e a Associação de Proteção à Infância. A partir de então a responsabilidade pelas ações de saúde ficou integralmente a cargo da Secretaria da Saúde e do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) - a primeira realizando o trabalho mais voltado à promoção da saúde e de proteção específica contra doenças e o segundo concentrando sua atenção nas atividades de cura e reabilitação.

Entre 1974 e 1975 foi elaborado um projeto que apregoava a descentralização do atendimento prestado. O resultado foi o desmembramento da assistência à saúde em uma unidade central e seis unidades descentralizadas, distribuídas nas vilas da região, que deveriam trabalhar com bases territoriais definidas. Um desses serviços – a Unidade Básica de Saúde IV - foi alocada no Morro da Cruz. É interessante ressaltar o pioneirismo desta iniciativa de territorialização, já que somente na década de 90 a mesma seria incorporada de maneira mais consistente às discussões nacionais sobre estratégias de atenção à

saúde, a partir da proposta dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) formulada pela OPAS.

Cabe ressaltar este vínculo original do CSEM com a Medicina Comunitária, cujas concepções influenciam as atividades da instituição até os dias de hoje. Desenvolvida com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Banco Mundial, a Medicina Comunitária surgiu na década 70 como alternativa ao modelo médico hegemônico. Como observa Silva Júnior (1998, p. 62), seu principal papel está na intervenção social sobre grupos marginalizados, desempenhando uma função *integradora* e reprodutora da ideologia dominante: “trabalhando com a noção restrita de comunidade, ela reforça as explicações locais para os fenômenos de saúde e doença e a busca de soluções no plano também local”.

Em 1976 teve início o *Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária*, o qual foi estendido, um ano depois, a enfermeiros, sociólogos e veterinários. Em 1979, entretanto, dificuldades relativas à supervisão dos residentes e ao pagamento das bolsas determinaram a suspensão do caráter multidisciplinar do programa. Desde então a proposta de Residência Multiprofissional sofreu uma série de idas e vindas. Após a suspensão de 1979 houve uma retomada em 1983, com nova paralisação em 1985. Dois anos depois foram oferecidas vagas em enfermagem e serviço social, mas a acentuada diferenciação no valor das bolsas para médicos e não médicos acarretou novamente a interrupção do programa no início da década de 90. Somente no ano 2000 a proposta de Residência Multiprofissional voltou ao cenário, com vagas para enfermagem, psicologia, nutrição, serviço social e odontologia, sendo estabelecida a isonomia para o valor das bolsas para todas as categorias profissionais.

Atualmente as unidades descentralizadas do CSEM prestam atendimento à cerca de 50 mil moradores dos bairros Partenon, São José e João Pessoa, servindo de campo para atividades de ensino e pesquisa dirigidas a residentes, acadêmicos e estagiários de diversas áreas, sob supervisão de profissionais vinculados à Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Na unidade central, localizada na

¹¹ Também chamada de Cuidados Primários de Saúde, Medicina Simplificada, Programas de Extensão de Cobertura Urbana e Rural (SILVA JÚNIOR, 1998).

Avenida Bento Gonçalves, estão a direção e os setores administrativos, ao lado de serviços de assistência especializada.

Nos últimos três a quatro anos travou-se um animado debate sobre a possibilidade de municipalização do CSEM. Foram discussões calorosas, permeadas por interesses de diferentes naturezas, envolvendo distintos atores sociais. A partir desse ano, entretanto, com as declarações do atual governo estadual de que não promoverá a municipalização do CSEM, as discussões arrefeceram e deverão permanecer em compasso de espera até a próxima eleição. Assim, a região assistida pelas unidades assistenciais do CSEM manterá, por enquanto, sua curiosa condição de *território estadual insular* incrustado no *território sob controle municipal*. Dentro desta *ilha estadual* há uma pequena região marcada por outra particularidade: ali está a UBS Morro da Cruz, um pequeno posto de saúde integrado à rede assistencial do SUS, porém mantido por um hospital privado que não atende pelo SUS.

5.4.2 A UBS Morro da Cruz

Em 1998 a Secretaria da Justiça e da Segurança (SJS) do Rio Grande do Sul construiu, no Morro da Cruz, um prédio destinado a abrigar o Centro Integrado de Segurança Pública (CISP), onde a Polícia Civil e a Brigada Militar deveriam passar a atuar conjuntamente. Nos fundos do mesmo terreno do CISP foi erguido um outro prédio, arquitetonicamente semelhante ao primeiro, que corresponderia a um espaço destinado a atividades voltadas ao interesse da comunidade. Após um período de troca de idéias entre a SJS e lideranças locais, decidiu-se que o imóvel seria dividido em duas partes: uma abrigaria a sede do Centro Comunitário Morro da Cruz, enquanto a outra seria serviria para ações de saúde. Convidado pela Secretaria da Justiça e da Segurança, o Hospital Moinhos de Vento, partindo de uma política de aproximação com a área social, decidiu investir na implantação de um serviço de saúde dirigido a ações preventivas. Nascia, assim, a UBS Morro da Cruz.

Tratava-se de uma situação duplamente curiosa: em primeiro lugar, porque a UBS nascia de um acordo com a área da segurança – e não da saúde pública; em segundo, porque se tratava do Hospital Moinhos de Vento. Localizado num bairro

nobre da cidade e *acreditado* internacionalmente, o HVM é reconhecido como uma organização de ponta, com uma clientela constituída, principalmente, por pessoas com maior poder aquisitivo.

Uma explicação parcial para essa última situação pode ser buscada em Srour (1998), quando afirma que a tendência de organizações privadas investirem em projetos comunitários se insere numa nova lógica de desenvolvimento do capitalismo, de caráter mais social, onde parte dos excedentes econômicos é partilhada. Segundo o autor, esta nova feição não pode ser vista como resultado de algum voluntarismo altruísta, mas como decorrência da pressão exercida pela cidadania no cotidiano das empresas e nas ruas, configurando um novo desenho das relações entre o estatal e o privado.

Já a não aproximação inicial com a Secretaria da Saúde é explicada pelo fato de que, inicialmente, a UBS Morro da Cruz era concebida como um espaço onde se desenvolveriam exclusivamente atividades preventivas e de educação em saúde, sem vinculação direta com a rede assistencial.

Como médico pediatra contratado pelo HVM fui convidado a tomar parte do projeto, já que há algum tempo atuava em saúde pública. Assim, juntei-me a outros profissionais - um médico geral comunitário, uma nutricionista, um dentista, uma enfermeira e um técnico de enfermagem – contratados especificamente para definir os detalhes e implantar efetivamente a UBS.

Partindo da observação de que o projeto original não era o mais adequado, a primeira definição do grupo foi a de que a UBS Morro da Cruz deveria funcionar de maneira integrada ao sistema público existente, desenvolvendo também atividades de promoção, tratamento e reabilitação. Como os moradores do Morro da Cruz vinham sendo atendidos precariamente pela UBS IV do CSEM, em função do grande número de usuários e da estrutura acanhada daquele serviço, foi definido que a equipe do HVM assumiria a responsabilidade de prestar atendimento a uma parcela daquela população. Teve início, assim, a parceria entre HVM e CSEM, ficando acordado que ao HVM caberia garantir recursos humanos para as atividades desenvolvidas na UBS, bem como manter a estrutura para a continuidade do atendimento, por meio da compra e manutenção de materiais e equipamentos. Além

disso, a UBS Morro da Cruz – ou UBS VIII, como também seria chamada a partir de então – se comprometia a participar das atividades de ensino desenvolvidas pelo CSEM, servindo como campo de estágio para o Programa de Residência.

Os primeiros tempos da UBS Morro da Cruz junto ao CSEM foram marcados por um clima de desconfiança e, às vezes, por uma certa hostilidade. A presença de um serviço do HVM em um bairro popular, seguindo os princípios e diretrizes do SUS, causava um certo frisson em alguns círculos locais ligados à saúde pública. Tratava-se, para alguns, de uma *invasão territorial*. Aos poucos, entretanto, a equipe da UBS Morro da Cruz conseguiu abrandar a distensão que separava *insiders* e *outsiders* (SOUZA, 1995), demonstrando que era composta por profissionais identificados com a saúde pública, independente de seu vínculo institucional.

Essa *aproximação territorial*, entretanto, não impede que os trabalhadores da UBS Morro da Cruz apontem particularidades que, no seu entender, distinguem o vínculo empregatício a uma organização privada. Definição de metas, compromisso com resultados, adesão ao programa de qualidade do HVM, maior rigor nos registros realizados, entre outras ações e atividades, são apontadas pela equipe como diferenciais positivos.

Do ponto de vista econômico não há uma diferença significativa entre o salário dos profissionais que trabalham na UBS Morro da Cruz e aqueles vinculados a unidades estatais da mesma região, vinculadas ao CSEM. Os benefícios e gratificações indiretas, entretanto, significam um estímulo aos primeiros, visto que a organização trabalha com a lógica de gratificações vinculadas ao atingimento de objetivos. Além disso, o HVM costuma brindar seu corpo funcional em situações comemorativas, oferecendo festas de confraternização, presentes, mimos, mensagens de apreço e assim por diante. Além disso, é costume divulgar artigos e fotos em publicações institucionais, destacando fatos e acontecimentos positivos que envolvam as equipes de trabalho. Há pouco tempo, por exemplo, o inusitado nascimento de um bebê nas dependências da UBS Morro da Cruz foi comemorado nas páginas da revista do hospital, com rasgados elogios àqueles que realizaram o parto. Essas iniciativas, embora não envolvam recursos financeiros expressivos, são carregados de conteúdo simbólico e contribuem significativamente para a auto-estima dos trabalhadores da UBS. Trata-se de uma situação avessa àquela

observada na maioria dos serviços públicos de saúde, onde, segundo os próprios servidores, a política de recursos humanos não diferencia os bons dos maus trabalhadores, premiando a falta de comprometimento e a incompetência.

Outra condição apontada como motivadora diz respeito às condições de trabalho. Condicionadores de ar em alguns ambientes, televisor, aparelho de som, móveis em bom estado, utensílios de cozinha, microcomputadores e equipamentos utilizados diretamente no atendimento à população oferecem algum conforto àqueles que ali trabalham. Trata-se de uma estrutura mínima, sem luxo ou sofisticação, mas suficiente para diferenciar o local da maioria das Unidades de Saúde do CSEM. Essas, de um modo geral, encontram-se abandonadas há muito tempo, apresentando espaços acanhados, em péssimo estado de conservação, com mobiliário desgastado e equipamentos avariados.

A lembrança destas particularidades por parte dos membros da UBS Morro da Cruz não significa, entretanto, que os mesmos defendam a privatização dos serviços públicos de saúde. Todos trabalham (ou já trabalharam) em serviços estatais e, de uma maneira geral, defendem a necessidade da ação governamental para a implementação e controle de políticas sociais. Mas há uma unanimidade, entre o grupo, quanto à necessidade de uma reformulação na organização do serviço público, balizada principalmente por novas relações entre gestores, trabalhadores e usuários.

Embora todas essas particularidades apontadas pareçam procedentes, acredito que o grande diferencial positivo da UBS Morro da Cruz diz respeito à gestão e à organização dos processos de trabalho. Desde a abertura da Unidade, em 1998, as decisões referentes à definição de ações assistenciais, desenho de fluxos e rotinas, compra de equipamentos, organização do espaço físico (ANEXO 1), preceitos disciplinares, entre outras, foram - e ainda são - exaustivamente discutidas pela equipe. Trata-se de um processo que coloca o grupo frente a frente com decisões onde os interesses de cada membro da equipe, da direção do HMV, da comunidade atendida e do gestor do sistema público de saúde são confrontados e explicitados. Nesse contexto a coordenadora da equipe responde pela representação formal da UBS frente ao HMV e ao CSEM e pelas atividades de articulação que dizem respeito à organização do serviço, sem, entretanto, assumir o

papel de *chefia* concentradora de poder. Estabelece-se, assim, um processo de co-responsabilização e apropriação do objeto de trabalho, configurando um modelo de gestão colegiada que se aproxima à proposta de Campos (1998, p. 865), capaz de “assegurar o cumprimento do objetivo primário da organização [...] e, ao mesmo tempo, permitir e estimular os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, de co-gestão e, em decorrência, de realização profissional e pessoal”.

É dentro desse espaço aberto ao debate que são discutidas, avaliadas e definidas estratégias que incorporam processos de territorialização. Essas, por sua vez, engendram práticas que – coerentes ou não com o projeto da Reforma Sanitária – apresentam diferentes graus de efetividade. É pertinente, portanto, analisar essas práticas e estratégias, visto que as mesmas expressam concepções e representações atinentes à categoria território.

Dentre as estratégias e práticas assistenciais utilizadas pela UBS Morro da Cruz, pelo menos três envolvem mais diretamente a temática territorial. São elas a definição e controle dos limites da área geográfica e da população adscrita à UBS, o diagnóstico da comunidade e realização de visitas domiciliares. Além dessas, a estratégia de acolhimento aos usuários e a realização de trabalhos com grupos de usuários, embora mais vinculadas à busca de compatibilização entre demanda e oferta de serviços, também envolve aspectos atinentes à territorialização.

5.4.3 Delimitando fronteiras: o território da UBS.

Uma das grandes dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde ao tentarem colocar em prática a proposta de organizar suas ações a partir de uma base territorial definida é o estabelecimento das fronteiras que circunscrevem seus *territórios-áreas* (MENDES, 1993), *áreas de atuação* (AERTS & ALVES, 1997) ou *áreas de abrangência* (UNGLERT, 1995, p. 37):

A área de abrangência de um serviço de saúde é a área geográfica construída por meio da apropriação do território por parte da equipe local de saúde [...]. A lógica da área de abrangência está voltada à vigilância à saúde. A unidade de saúde é responsável por sua área de abrangência. É de sua competência conhecer a situação de saúde da população dessa área, mesmo que não seja responsável exclusiva por todas as ações desenvolvidas por aquela população.

A demarcação dos limites da área de abrangência, portanto, implica a definição da chamada população adscrita, que se refere ao grupamento populacional que vive naquela área.

No caso da UBS Morro da Cruz, a área de abrangência foi definida a partir de um *recorte* de três setores censitários da área da Equipe IV do CSEM (ANEXOS 2, 3 e 4). Os únicos critérios utilizados para a seleção dos setores a serem *desmembrados* foram o tamanho da população dos mesmos e a proximidade do novo serviço. Tal decisão foi definida pelos técnicos das duas equipes e a direção do CSEM, com a participação *pro forma* de algumas lideranças comunitárias. Assim, em abril de 1998, uma parcela da população do Morro da Cruz que era atendida pela Equipe IV foi comunicada que passaria aos cuidados da Equipe VIII (UBS Morro da Cruz).

De um modo geral não houve resistência por parte dos *reassentados*, que viram com bons olhos a possibilidade de uma melhoria no atendimento. A Equipe IV, com suas instalações depreciadas, enfrentava grandes dificuldades para atender a uma população enorme, desproporcional a sua capacidade instalada. Por outro lado havia uma certa expectativa – e fantasias - sobre um serviço de atenção primária mantido por um hospital *classe A*. Os principais protestos partiram de algumas lideranças comunitárias que, por morarem em setores censitários que se manteriam ligados à Equipe IV, não poderiam usufruir os serviços da Equipe VIII.

Uma vez definida a área de abrangência e a população adscrita, caberia à equipe apropriar-se do território numa lógica voltada para a saúde (UNGLERT, 1993). Foi partindo dessa idéia que a equipe da UBS Morro da Cruz, em março de 2000, foi a campo para explorar seu território e realizar um levantamento do número de domicílios e pessoas residentes na área de abrangência do serviço. Os dados disponíveis até então eram relativos ao censo demográfico realizado pelo IBGE em 1996, os quais apontavam a existência de apenas 194 domicílios e 781 habitantes. Como o número de prontuários de família cadastrados na unidade chegava a 878, a equipe decidiu percorrer a área de abrangência do serviço e contabilizar o verdadeiro número de habitantes e a distribuição etária correspondente. Esse

levantamento revelou a existência de 619 domicílios e 2600 moradores, ou seja, números três vezes maiores que aqueles apontados pelo IBGE em 1996. É interessante observar que este crescimento populacional era visivelmente marcado pela presença de crianças e jovens, visto que o levantamento mostrava que aproximadamente 27% da população tinha menos que cinco anos de idade e quase a metade (48%) tinha no máximo vinte anos (trata-se de uma realidade facilmente observável no cotidiano, dado o grande número de crianças e adolescentes que circulam pelas ruas e becos do Morro da Cruz).

Por outro lado, o número de usuários cadastrados na UBS mostrava-se 42% mais alto que o contabilizado pela equipe no levantamento. Essa última diferença foi explicada por muitos motivos, os quais passavam pela existência de prontuários de moradores que não viviam mais no bairro, duplicidade de registros, etc. Entretanto, o fato mais importante observado pela equipe foi que muitas pessoas cadastradas na UBS nunca residiram, de fato, naquela região. Como o cadastro na UBS se dava mediante a apresentação de uma conta de luz ou de água, ou de qualquer outro *comprovante de residência*, muitas pessoas domiciliadas em outros bairros de Porto Alegre – e mesmo em outras cidades – tomavam emprestado o endereço de amigos e parentes residentes na área de abrangência da UBS para se cadastrarem e assim utilizarem os serviços prestados pelo posto de saúde.

Mais recentemente a equipe decidiu realizar uma nova pesquisa, ainda em andamento, visando atingir dois grandes objetivos. O primeiro era aumentar o conhecimento sobre as características da população, a partir da aplicação de um questionário (ANEXO 5) que conseguisse traçar o perfil epidemiológico, econômico, social e cultural da mesma. O segundo era regularizar o cadastramento dos usuários, tendo em vista a observação empírica de que muitas pessoas atendidas pelo serviço ainda eram *de fora da área* de abrangência. No tópico seguinte desse ensaio (*O mito do diagnóstico da comunidade*) será apresentada uma discussão mais aprofundada sobre os condicionantes, limites e resultados deste levantamento. O que interessa ressaltar, nesse momento, são os esforços da equipe para dimensionar e definir com clareza a sua população-alvo e, ao mesmo tempo, o modo como os *estrangeiros* (os *de fora* da área) insistem em burlar – com sucesso – as tentativas da equipe em limitar seu acesso.

Esse tipo de problema, ao que parece, não é exclusivo da UBS Morro da Cruz. Estudando uma unidade de saúde comunitária que há quinze anos trabalha com base territorial definida em um bairro de classe média na zona norte de Porto Alegre, Oliveira (1998, p. 79) observou que, mesmo com a utilização de uma série de mecanismos de controle, o número de atendimentos dos *fora de área* chegava a 30% do total:

A questão é controversa, e ninguém vislumbra uma solução definitiva. O recadastramento, mesmo tecnicamente bem elaborado e rígido, mostrou-se ineficaz no seu objetivo de restringir o acesso aos 'não moradores'. Alguns deles alegam, talvez com razão, que, uma vez que o prontuário é 'de família', e não 'de endereço', nada mais justo do que incluir toda a família, mesmo os que moram longe, justamente os que por vezes mais necessitam. Por outro lado, não deixa de ser uma distinção à Unidade (e ao médico) ter pacientes que vêm de diferentes lugares para buscar atendimento, alguns de cidades do interior e que passam 'temporadas' em Porto Alegre para realizarem tratamentos de saúde ou exames.

Em outro levantamento realizado a partir de uma amostra de prontuários cadastrados na unidade, a Equipe V do CSEM, localizada em uma região com características ambientais e demográficas que diferem tanto da realidade da UBS Morro da Cruz quanto da unidade estudada por Oliveira (1998), constatou que aproximadamente 30% dos atendimentos referiam-se a pacientes *fora de área*. Na verdade, observações empíricas nos mais diversos serviços de saúde revelam que as dificuldades relativas ao delineamento de limites territoriais e à definição da população adscrita não são apenas problemas focais, mas correspondem a uma situação mais complexa, inerente à própria proposta de *territorialização* da saúde.

Uma avaliação desse fenômeno pode ser iniciada a partir de uma crítica à utilização de setores censitários do IBGE como base da configuração das áreas de abrangência. Segundo Pina & Nobre (1999), um setor censitário corresponde a uma área delimitada de maneira a que um único recenseador a possa percorrer num período de um mês. O resultado é a definição de polígonos irregulares, tanto em relação ao formato e área, como em relação à densidade populacional ou qualquer outra informação que esteja sendo estudada. Assim, a delimitação das áreas dos setores censitários, ao levar em conta critérios puramente operacionais para a coleta de dados, não relacionados essencialmente a qualquer fenômeno específico, pode

dividir regiões homogêneas ou, por outro lado, agregar um alto grau de heterogeneidade relacionado ao fenômeno, num mesmo setor.

Essa limitação tecno-operacional, entretanto, embora verdadeira, parece insuficiente para explicar o problema. Talvez algumas observações de Raffestin (1993) possam lançar uma luz sobre essa discussão. Segundo esse autor, a configuração territorial se dá a partir da definição de limites ou fronteiras que são construídos em diferentes níveis ou escalas, conforme as funções e a natureza (econômica, política, administrativa, cultural, etc.) das malhas configuradas. Estejam assinalados no próprio território ou numa representação desse, os limites nunca são aleatórios ou casuais, pois manifestam projetos sociais que definem territorialmente relações de poder. Partindo de uma perspectiva histórica, o autor observa que é recente a definição de fronteiras com traçados lineares precisos. Durante a Idade Média as fronteiras eram mal delimitadas, *zonais*. Tal imprecisão, expressão da deficiência de informações, foi transformada com o aparecimento do Estado moderno e a vulgarização dos mapas como instrumentos de representação, que passaram a definir linhas rígidas – às vezes impermeáveis – para a demarcação de fronteiras. Estas linhas objetivam atender a uma série de funções – legais, fiscais, administrativas, de controle, ideológicas, etc. – que demarcam as relações de poder entre diferentes atores sociais no espaço e no tempo.

Raffestin (1993) observa, ainda, que, a partir da prática do recenseamento, o Estado (ou qualquer outra organização) procura aumentar sua informação – e, por conseguinte seu domínio - sobre os grupamentos populacionais. Ao buscar esta informação, cada habitante é transformado em um elemento abstrato *coisificado* (o *homem estatístico*), que é a unidade de cálculo de todo poder - seja como contribuinte, usuário, consumidor, produtor, eleitor, etc. O recenseamento é, assim, um saber, uma informação sobre um estoque de energia que a organização pretende integrar em suas estratégias. Ou seja, o recenseamento é uma fonte de poder. Raffetin (1993) ressalta, entretanto, que a busca desta informação pode enfrentar resistências por parte da população, tendo em vista que a mesma é composta por atores sintagmáticos (atores que realizam um programa), cujos objetivos nem sempre convergem para aqueles que identificam a organização.

As observações de Raffestin (1983) parecem adequadas para a discussão que se coloca. A definição das áreas de abrangência, da maneira como ordinariamente é arbitrada nos serviços de saúde, obedece a uma racionalidade instrumental reducionista que finge desconhecer a complexidade territorial. Assim, a partir de uma escolha de setores censitários subordinada unicamente à distância métrica e ao tempo cronológico que separam o serviço da moradia do usuário, utilizam um instrumento de poder que rejeita a historicidade subjacente às territorialidades existentes, ignorando as relações sociais e culturais que a população mantém com os *lugares* e *itinerários* que constituem os seus territórios, fora de uma ordem planejada por quem detém poder político ou econômico (HOLZER, 1997). A população, entretanto, como ator sintagmático que tem um projeto e recursos de poder (RAFFESTIN, 1993), lança mão desses recursos e, mesmo que intuitivamente, impõe uma resistência ao plano de delimitação territorial.

Além dessas considerações, é preciso levar em conta que nem sempre o território onde se habita é aquele mais importante na produção do binômio saúde-doença, particularmente na complexidade da vida urbana. Basta lembrar as condições e relações de trabalho e as opções de lazer que condicionam a criação de uma malha de territórios descontínuos, concomitantes e superpostos, que afeta as condições de saúde da população.

A definição da área de abrangência e a da população adscrita encerra, assim, um conjunto de variáveis que conferem ao problema um grau de complexidade que nem sempre é considerado ao se fracionar simbolicamente o terreno no plano cartográfico. À passividade com que o mapa aceita os traços que delineiam uma nova configuração pictográfica se contrapõe uma realidade tensa e dinâmica, marcada por uma rede de territórios contínuos e descontínuos, historicamente tecida por relações de poder e construções simbólico-culturais.

Não se trata, aqui, de criticar a proposta de regionalização da atenção à saúde. O que se questiona é a maneira como a mesma é conduzida e o significado que assume na definição das estratégias assistenciais. Assim, partindo do princípio de que a realidade é mais complexa que as representações cartográficas, acredito que é preciso pensar a definição de áreas de abrangência a partir de uma perspectiva que enxergue, como pano de fundo, as redes espaço-temporais que

definem a dinâmica territorial. Além disso, deve-se lembrar que, por mais que o processo de definição dos limites destas áreas tenha procurado contemplar a complexidade subjacente, inclusive com a participação ativa da população e dos diferentes atores que vivenciam o cotidiano daquela realidade, ainda assim o resultado final será um esboço simplificado, uma aproximação representacional limitada e insuficiente. Por fim, tendo em mente estas dificuldades, é importante não perder de vista que a definição da área de abrangência não é um fim em si mesmo, mas apenas um instrumento a mais a ser utilizado para a qualificação da assistência. Isto significa não fetichizar o desenho das fronteiras e não acreditar que, isoladamente, o pretense *fechamento da área* vá garantir esta qualificação.

O cotidiano observado na UBS Morro da Cruz mostra que há uma preocupação importante com o controle da população adscrita. Certamente esta preocupação é potencializada pelo grande crescimento populacional observado, como já salientado. Esta preocupação, entretanto, não chega a criar práticas de exclusão que ultrapassem os limites do bom senso, como algumas que já observei em outros serviços. Refiro-me a situações onde o controle das fronteiras passa a ser a questão mais importante para a equipe, colocando em segundo plano todas as demais discussões que digam respeito à assistência. Trata-se, na minha opinião, de uma prática ansiolítica, na medida em que a equipe, ao supervalorizar o objetivo de manter um controle absoluto sobre a população adscrita (o qual nunca será idealmente alcançado), sempre encontrará uma explicação para suas dificuldades operacionais. Ou seja, os culpados pelos problemas sempre serão os usuários que, por não entenderem a necessidade de obedecer à lógica de adscrição de clientela, impedem a perfeita organização do sistema.

Independente da menor ou maior rigidez e importância conferidas pelos serviços de saúde à definição de suas áreas de abrangência, vejo que a mesma desvela a influência de duas concepções que, relacionadas, fundamentam a práxis hegemônica de territorialização em saúde pública. A primeira concepção exprime, a partir da Geografia Tradicional, uma noção de espaço absoluto naturalizado e uma aproximação ao território *ratzeliano*, que reconhece no Estado o poder e a atuação que demarcam os limites da territorialidade (CORRÊA, 1995; SOUZA, 1995; SILVA, 2002; SUERTEGARAY, 2001; MACHADO, 1997). Da Geografia Quantitativa, ao mesmo tempo, é herdada a idéia do espaço lógico-positivista, visto como variável

independente e atravessado por linhas e superfícies que configuram fluxos e distâncias com tempos e custos mensuráveis (MACHADO, 1997; CORRÊA, 1995).

Coerentemente associada a essa base conceitual do campo geográfico, a segunda concepção se refere à identificação de (e com) um modelo de planejamento tradicional, de cunho normativo. Trata-se, como observa Matus (1993), de uma prática de planejamento que não concebe a existência de vários atores sociais criativos, detentores de recursos de poder e capazes de planejar a partir de seus interesses. Assim, ao dissociar o *sujeito-Estado* que planeja do objeto planejado, o planejamento normativo ignora o fato de que esse objeto – a realidade social – compreende outros sujeitos que também planejam a partir de suas explicações da realidade, as quais, por sua vez, são condicionadas pela inserção particular de cada ator nessa mesma realidade. No caso da delimitação das áreas de abrangência, a população planeja seu ingresso na rede assistencial a partir de seus interesses, necessidades, representações e - relacionados a estes - suas territorialidades, os quais são condicionados por uma inserção histórica na realidade social. No próximo tópico – *O mito do diagnóstico da comunidade* - esta discussão virá novamente à tona.

5.4.4 O Mito do Diagnóstico da Comunidade

Como citado anteriormente, a última tentativa de recadastramento da população adscrita à UBS Morro da Cruz tem sido acompanhada da aplicação de um questionário que busca traçar o perfil epidemiológico, econômico, social e cultural da mesma. Nesse questionário constam, inicialmente, alguns questionamentos sobre dados de identificação dos usuários, considerando suas relações de parentesco, idade, escolaridade e atividade profissional. A seguir são pesquisadas informações relativas à condição de saúde, abrangendo a existência de doenças crônicas, uso continuado de medicamentos, problemas com drogas e história de hospitalizações. Os últimos quesitos buscam definir as condições ambientais e a situação sócio-econômica da família.

A escolha dessa estratégia faz parte de uma proposição mais ampla de territorialização, visando reconhecer e se apropriar do território a partir da compreensão de como funcionam e se relacionam as diferentes condições e situações que dizem respeito à saúde da população. Trata-se de realizar o chamado *diagnóstico da comunidade*.

A expressão *diagnóstico da comunidade* (*community diagnosis*) é amplamente utilizada nos mais variados meios ligados à saúde pública. No ambiente acadêmico, nos espaços de gestão, no cotidiano dos serviços, nos conselhos e outros fóruns de controle social a elaboração de um *diagnóstico da comunidade* é vista como uma necessidade inerente à organização de práticas de vigilância à saúde. Ela representa a busca do conhecimento objetivo da realidade de um determinado grupo social, apoiando-se principalmente no instrumental oferecido pela epidemiologia. Assim, a partir da coleta de informações de documentos já existente e/ou de entrevistas, questionários e observações de campo, a equipe procura realizar uma descrição minuciosa da área geográfica, dos recursos, da história, do estilo de vida, dos problemas e das necessidades dos habitantes. Trata-se, de certa forma, da versão contemporânea das topografias médicas do século XVIII, discutidas anteriormente.

É interessante observar que, embora os textos sobre descentralização e territorialização ressaltem a necessidade de conceber a base territorial a partir de uma concepção processual e dinâmica, onde o território deve ser compreendido a partir de um olhar que contemple as relações de poder e a complexidade histórico-cultural que o configura, invariavelmente a perspectiva centrada na epidemiologia centraliza – quando não monopoliza – as discussões sobre saúde e territorialidade.

Esse fato, já observado por Campos (1997) e Misoczky (2002), pode ser constatado na produção teórica de autores que, identificados com a vigilância à saúde, discutem a temática da territorialização em saúde. Assim, Junqueira & Inojosa (1988, p. 8) ressaltam que “a gestão das unidades locais de saúde será mais eficaz, partindo de um conhecimento mais acurado do quadro epidemiológico, dos agravos e danos à saúde prevalentes na área de abrangência do distrito sanitário”. Esses mesmos autores falam da necessidade de compatibilizar as dimensões geográfica e administrativa na definição de áreas de abrangência: “a delimitação da

área geográfica será feita obedecendo a critérios epidemiológicos e considerando fatores tais como a densidade populacional, os equipamentos instalados, os meios de comunicação, etc.” (JUNQUEIRA & INOJOSA, 1988, P. 12). Unglert (1993, 1995), por sua vez, define o distrito sanitário como processo social de mudança das práticas sanitárias, num determinado território-população, de modo a adequá-las a uma lógica de organização informada pela epidemiologia; quanto à microárea de risco, a autora refere que a mesma possui um perfil epidemiológico específico, sendo que “através da caracterização desse perfil epidemiológico é que serão definidas ações específicas para essa área” (UNGLERT, 1993, p. 223). De modo semelhante Mendes (1993b, p. 168) ressalta que “a disciplina central para a caracterização da microárea é a epidemiologia”, com o apoio da economia, da sociologia e da antropologia. Já ao se referir ao território-moradia, Mendes (1993b, p. 169) refere que “esse território tem grande valor operacional e a disciplina básica para sua construção é, novamente, a epidemiologia”.

Tal centralidade submete a temática da territorialização em saúde aos limites epistemológicos da epidemiologia, a qual, fundada numa concepção de corpo biológico que habita um *meio* pré-existente, mantém-se presa a uma representação que dissocia sujeito, espaço e tempo (CZERESNIA & RIBEIRO, 2000). Como afirma Almeida Filho (2000, p. 7), “o objeto epidemiológico tem sido construído obedecendo a uma lógica conjuntista, pseudo-probabilística, monótona, que não faz justiça à riqueza e complexidade dos fenômenos da saúde”. Dentro desta mesma linha, Castellanos (1998, 137) refere a necessidade de que a epidemiologia supere suas limitações conceituais, metodológicas e técnicas como disciplina, buscando um tipo de estudo “em que as unidades de análise e as variáveis preditivas não correspondam ao nível individual, mas sim ao populacional”, de modo que se proponha a estudar a saúde de populações e não apenas a saúde em populações.

Transpondo essa perspectiva para a proposição de se realizar um *diagnóstico da comunidade*, infere-se que o mesmo compreende o território como um espaço com problemas de saúde passíveis de um conhecimento objetivo, neutro e cientificamente consubstanciado. Ou seja, trata-se de um espaço independente, receptáculo de problemas de saúde que, uma vez identificados, classificados e quantificados, podem ser resolvidos por meio de atividades tecnicamente validadas.

Assim como na definição rígida dos limites da área de abrangência, também aqui é ignorada a complexidades das territorialidades contemporâneas que se manifestam no cotidiano do trabalho em saúde. Atendendo a uma população que habita e vivencia territórios descontínuos, os serviços de saúde devem responder a demandas e necessidades de territórios em constante e acelerada mutação, marcados por um movimento de *compressão espaço-temporal* (HARVEY, 1993). Basta uma passagem de poucos dias pelo Morro da Cruz para compreender, concretamente, como esse movimento se manifesta no surgimento de habitações em áreas até então desocupadas, na construção de puxados em casas já existentes, no movimento migratório intra-urbano, na contigüidade caleidoscópica de expressões culturais diversas.

Concordo com Campos (1991, p. 71) quando afirma que a epidemiologia, isoladamente, é incapaz de apontar as *legítimas* necessidade em saúde, visto que “esta legitimidade é sempre socialmente definida, dependendo da cultura, da história política e econômica de cada povo e de cada época, e não consta que a epidemiologia seja capaz de tecnicamente realizar a proeza de definir o que, em última instância, só é definido pela ação individual e coletiva de milhões de sujeitos sociais”.

Ao tentar captar a realidade a partir de um instrumental que se apóia exclusivamente na epidemiologia, o *diagnóstico da comunidade* invariavelmente deixa transparecer, mais cedo ou mais tarde, seu caráter reducionista. Assim, após um grande esforço para coletar e analisar dados que firmem o *diagnóstico da comunidade*, descobre-se que o mesmo não retrata a complexidade e a dinamicidade do mundo real.

No caso da UBS Morro da Cruz esse fenômeno parece ter sido pressentido, intuitivamente, ao longo da coleta de dados. Em outubro de 2002, compelida pelo desejo de conhecer em profundidade seu território, a equipe foi a campo empunhando o questionário construído a partir de modelos existentes. Em poucas semanas, entretanto, o ímpeto inicial foi dando lugar a um indisfarçável desânimo, de modo que até hoje, quase dez meses depois, ainda não foi concluído o trabalho. Existe uma unanimidade, verbalizada por todos, de que os resultados pouco contribuirão para uma maior efetividade do trabalho desenvolvido. Discutindo as

razões que levaram ao insucesso da empreitada, a equipe arrolou uma série de problemas envolvendo a inadequabilidade de alguns quesitos do questionário e a falta de uma maior organização para o trabalho de campo. De fato, a tarefa de percorrer todos os domicílios de uma área como a que é abrangida pela UBS Morro da Cruz é um trabalho complexo e de difícil execução, principalmente naquelas zonas menos urbanizadas, resultantes de invasões. Quem já caminhou neste tipo de espaço sabe que o mesmo não obedece a um modelo regular de ocupação, resultando numa rede de vielas estreitas e sinuosas que se espalham de forma aparentemente caótica, formando um labirinto confuso e de difícil circulação. Um exemplo claro destas dificuldades pode ser encontrado na discrepância entre os dados do IBGE e aqueles coletados pela equipe da UBS Morro da Cruz, ambos referentes ao ano de 2000: a equipe contabilizou 619 domicílios e 2600 moradores, enquanto os dados do IBGE apontam 515 domicílios e 2067 habitantes.

Uma das áreas irregulares mais extensas e populosas, localizada na encosta do morro, é conhecida como *Agreste*. Originalmente, o nome era *Santana do Agreste*, numa alusão ao livro de Jorge Amado, adaptado para o cinema e televisão. Ironicamente essa obra conta a história de Tieta, uma mulher que foi expulsa de sua cidade (Santana do Agreste) quando adolescente, retornando 26 anos depois, rica e poderosa. Destituído deste sentido artístico, o termo *agreste* qualifica com fidedignidade, hoje, a região homônima no Morro da Cruz.

Quem caminha pelas vielas do *Agreste* e de outros espaços menos urbanizados do Morro da Cruz pode observar o grande número de casas sem numeração. Outras, entretanto, apresentam mais de um número em suas paredes: um acompanhado da sigla DMAE (Departamento Municipal de Águas e Esgotos), outro da CEEE (Companhia Estadual de Energia Elétrica), além de números sem qualquer identificação de origem (alguns destes são criados pelos próprios moradores, segundo sua lógica particular). Outra situação comum é a presença de uma construção à beira da calçada, numerada, seguida por um grande número de casebres que se perfilam para dentro do quarteirão, utilizando o mesmo número da primeira. Como observa Alvito (1999), os sinais administrativos (placas de ruas, números de prédios, semáforos, etc.) e de delimitação de propriedades (cercas, muros, etc.), característicos do espaço urbano convencional, não têm o mesmo significado na favela. Talvez isso explique, por outro lado, a existência de prédios

cuja numeração é escrita com algarismos desproporcionalmente grandes: seria uma forma de realçar a legitimidade da propriedade?

Esta última situação pode ser observada na casa de uma antiga moradora do morro, em uma área urbanizada próxima ao *Agreste*. Trata-se de uma construção de alvenaria, localizada numa rua asfaltada, a três quadras da UBS, em frente a uma escola do bairro. A parede frontal é pintada com uma tinta azul celeste recente, onde se destaca número 470, traçado com tinta preta em grandes algarismos. O pátio da frente é muito limpo, em parte gramado, com plantas ornamentais, flores e árvores frutíferas. Em destaque, formando um arco na frente do portão, há um maracujazeiro, ostentando seus frutos maduros. A casa apresenta duas entradas. Uma central, pequena, e outra larga como uma porta de garagem, que leva a uma peça ampla, mistura de sala e cozinha. Nas paredes desse ambiente acolhedor descansam três quadros simples, desbotados, com mensagens religiosas e, em destaque, uma foto grande, emoldurada, de um jovem com trajes militares. Mais tarde a moradora contaria que aquele era um de seus filhos, motivo de orgulho familiar por ter conseguido estudar e se formar sargento da Brigada Militar. A sala é limpa e bem cuidada, com móveis novos e eletrodomésticos modernos. No quarto da filha casada há uma televisão colorida de vinte polegadas e um aparelho de som de boa qualidade, ambos com controle remoto, além de uma bicicleta ergométrica. Curiosamente, entretanto, a casa não tem banheiro, mas uma latrina de madeira no pátio dos fundos, o qual difere bastante do pátio da frente. É um terreno malcheiroso e lamacento (mesmo num dia seco), com lixo acumulado pelos cantos, moscas zumbindo e cachorros desenxabidos dormindo pelo chão. Além da latrina há duas construções de madeiras mal-conservadas, sem pintura ou qualquer acabamento.

O contraste entre a parte dos fundos da propriedade e o restante da mesma é evidente. São marcos espaciais e temporais distantes, presentes ao mesmo tempo em um mesmo território familiar, configurando um todo complexo e de difícil compreensão. Talvez seja uma representação concreta da realidade tensa e instável apontada por Santos (1994), onde *temporalidades e espacialidades hegemônicas* se deparam com *temporalidades e espacialidades não hegemônicas*, numa disputa que recria a cada momento o tempo e o espaço.

Contrastes, diga-se a propósito, é o que não falta no Morro da Cruz. Além dos espaços urbanizados e das áreas invadidas, sobrevivem, ainda, alguns recantos que lembram a vida rural, configurando um tipo de *territorialidade cultural* (MESQUITA, 1992). Como afirmado anteriormente, os moradores mais antigos são naturais do interior do Rio Grande do Sul, de onde trouxeram hábitos e costumes que até hoje se fazem presentes nos *lugares* que habitam. Uma caminhada até os limites do povoado revela situações que se enquadrariam perfeitamente na paisagem de uma pequena cidade interiorana: pessoas chamarreando à sombra de árvores frutíferas e parreiras, casas com fogão à lenha, pátios com flores e hortas onde patos e galinhas ciscam a procura de alimentos. É como se os moradores procurassem recriar os *lugares e itinerários* (HOLZER, 1997) de uma territorialidade passada que permanece viva na memória, gerando uma relação conflituosa, inevitável e desigual, cujo poder imanente "reside em estratégias que combinam códigos diferentes e, de fato, opostos: territorialização *versus* desterritorialização, estabilidade *versus* instabilidade, tempo longo *versus* tempo curto, espaço concreto *versus* espaço abstrato". (RAFFESTIN, 1993, p. 95).

O cotidiano do Morro da Cruz expressa, portanto, uma realidade heterogênea e complexa, cuja compreensão exige o apoio de diferentes áreas do conhecimento (antropologia, sociologia, psicologia social, entre outras) que não fazem parte da formação da maioria dos profissionais de saúde. Assim, acredito que as dificuldades operacionais apontadas pela equipe da UBS Morro da Cruz para a aplicação do questionário na comunidade, embora existentes, escondem uma dificuldade mais profunda, relacionada à falta de um olhar mais ampliado, multidisciplinar.

Creio que os profissionais reconhecem, intuitivamente, este problema, mas ao mesmo tempo o ignoram, insistindo na idealização de estabelecer um *diagnóstico da comunidade*. Parte desta idealização pode ser explicada pela formação acadêmica que, principalmente no caso da medicina, privilegia o raciocínio clínico, colocando a noção de *diagnóstico* no epicentro do trabalho: primeiro diagnosticar a partir da escuta e observação de sinais e sintomas, lançando mão de exames complementares quando necessário; então traçar o plano terapêutico, definindo condutas e prescrevendo e medicação mais indicada; por fim, então, executar o plano de tratamento, avaliando posteriormente o resultado. Por que não utilizar o mesmo raciocínio – tão lógico e familiar – para o planejamento de ações em saúde

pública? Primeiro fazer um diagnóstico neutro e objetivo da realidade sobre a qual deverá se intervir, lançando mão de instrumentos epidemiológicos quando necessário, para então definir, a partir dos objetivos a serem alcançados, a seleção dos instrumentos ou meios de ação capazes de atacar os problemas diagnosticados. Assim, propondo-se a realizar um *diagnóstico da comunidade*, o profissional lança mão de um artifício analógico tão cômodo quanto enganoso, transpondo acriticamente conceitos clínicos para o campo das ciências sociais.

O objetivo de realizar um *diagnóstico da comunidade* é, em última instância, subsidiar o planejamento das ações a serem desenvolvidas no território. Na busca deste objetivo é utilizada a analogia clínica anteriormente referida, como aludido por Matus (1996, p. 36): “o planejador diagnostica como se fosse um médico da sociedade, e procura identificar e entender os males de que ela sofre”. Esse autor ressalta, entretanto, que, ao contrário do ocorre na prática médica tradicional, a realidade social não comporta uma relação evidente entre problemas ou males sociais e seus sinais e sintomas aparentes. Ou seja, o que é bom e normal para alguns pode ser ruim e indesejado para outros, e vice-versa:

Todo ator explica a realidade a partir de um posto de observação limitado e com vocábulo insuficiente que lhe permite ver somente uma parte da realidade. Sem o conceito prévio o homem não compreende o que está diante de sua vista. O que é visto tem de ser compreendido; sem compreensão, nada chaga a ser visto. Aquele que diagnostica oculta-se como autor da explicação, ainda que veja e avalie unidimensionalmente a realidade, a partir de um único ponto de vista. Não apenas tem alta cegueira situacional, mas tem também a segurança irracional sobre sua explicação do mundo, típica dos que menos vêem. [...] O diagnosticador pretende-se objetivo. É a ilusão do objeto sem sujeito cognoscente. Acredita na explicação da realidade sem um observador. Assim, no diagnóstico, a subjetividade e o sujeito aparecem como uma doença, como falta de rigor, como fonte de erros. Supõe-se que a realidade esteja ali, que fale por si mesma e que todos devam escutar e ver o mesmo. O diagnóstico banuiu da investigação o sujeito e a subjetividade. Para o analista do diagnóstico o termo objetivo significa algo que é indiferente a qualquer perspectiva, uma visão a partir de lugar algum, um conhecimento sem sujeito que conhece (MATUS, 1996, p. 13).

Trata-se de uma assertiva vinculada aos pressupostos do planejamento estratégico situacional. É interessante ressaltar que este enfoque de planejamento, ao assumir que qualquer enunciado ou explicação de um problema está sempre referenciado a atores sociais ligados por relações de poder, mostra uma íntima aproximação da temática territorial contemporânea, onde a territorialidade é vista

como uma construção social e o território, ao mesmo tempo, fonte de poder e base para as relações de poder (SACK, 1986). Se partirmos da concepção de Souza (1995), para quem os territórios são relações sociais projetadas no espaço, esta aproximação torna-se ainda mais evidente.

Como já salientado anteriormente, embora as propostas de territorialização vinculadas ao enfoque da *vigilância à saúde* apontem o planejamento estratégico situacional como um de seus princípios organizativo-assistenciais, as mesmas reconhecem na epidemiologia uma pretensa capacidade *diagnóstica* que se sobrepõe externamente às diferentes percepções situacionais dos atores sociais envolvidos. Ou seja, trata-se de uma perspectiva que aproxima as propostas da *vigilância à saúde* ao modelo normativo de planejamento, não obstante as afirmações em contrário.

Portanto, assim como já referido à maneira como os serviços de saúde procedem à definição de suas áreas de abrangência, também a idéia de *diagnóstico da comunidade* está assentada em noções estreitamente vinculadas à Geografia Tradicional e à Geografia Quantitativa, ao mesmo tempo em que reafirma uma concepção de planejamento de caráter normativo.

Acredito que estas considerações explicam, ao menos em parte, alguns êxitos e dificuldades encontradas pela UBS Morro da Cruz no planejamento de suas ações. Trata-se de uma UBS que, como já salientado anteriormente, organiza-se a partir de uma proposta de gestão que permite a participação de toda a equipe. Isso enriquece sobremaneira o planejamento, já que cada profissional contribui com sua percepção situacional da realidade. Ao mesmo tempo observa-se uma preocupação em tentar antever ou prognosticar a percepção dos usuários. Esse esforço, entretanto, esbarra na “limitação dos repertórios interpretativos disponíveis para dar sentido ao mundo” (SPINK & FREZZA, 1999, p. 27). Ou seja, como os profissionais têm em comum um mapa cognitivo que superestima o papel da epidemiologia e privilegia a noção de *diagnóstico* (que é transposta acriticamente da clínica para o plano coletivo), a tentativa de presumir ou conjecturar sobre a percepção dos usuários é filtrada e condicionada pelas lentes da formação acadêmica desses profissionais.

Penso que a superação desse impasse passa, necessariamente, pela abordagem interdisciplinar dos problemas de saúde e pela participação efetiva da população nos processos decisórios.

5.4.5 A Visita Domiciliar

Um dos jargões mais utilizados na atenção primária é a famosa VD, que corresponde à designação de *visita domiciliar*. Assim, é comum se ouvir na UBS Morro da Cruz - assim como em qualquer serviço básico de saúde - a afirmação de que tal ou qual profissional está realizando uma VD.

De acordo com Rosen (1994), já na Grécia antiga há relatos de médicos que percorriam as cidades prestando assistência às famílias, de casa em casa, orientando-as quanto ao controle e à melhoria do ambiente físico, provisão de água e alimentos puros, alívio da incapacidade e do desamparo. Na Europa, durante o Iluminismo, a prática das visitas domiciliares foi retomada com grande entusiasmo, sendo apontadas como uma forma de educar e assistir à população, a partir da perspectiva higienista daquela época. Desde então a prática da visita domiciliar se confunde com a própria trajetória da saúde pública.

Esta tradição, entretanto, não impediu que no início da década de 70, quando a prática de visita domiciliar foi instituída como atividade de campo para os estudantes de medicina no CSEM, tenha havido uma série de resistências e conflitos que contribuíram para uma reformulação no modelo de prestação de serviços da instituição, aproximando-a da proposta de Medicina Comunitária.

Estas resistências, que podem ser observada até hoje em algumas situações, refletem o quanto a saída do espaço físico da UBS afeta a subjetividade dos profissionais e acadêmicos envolvidos. Na medida em que a territorialidade corresponde a uma vivência do espaço físico e cultural enquanto *projeção da identidade* como indivíduos ou como grupo (MESQUITA, 1992), qualquer deslocamento territorial pode corresponder a um movimento ou abalo da identidade do sujeito. No caso do médico, por exemplo, o território-consultório é um elemento, um conjunto de detalhes que reafirma sua identidade profissional e que ratifica uma

relação de poder. Como afirma Raffestin (1993, p. 162), a territorialidade “é consubstancial a todas as relações e seria possível dizer que, de certa forma, é a *face vivida* da *face agida* do poder”. Ao sair do território-consultório e adentrar o território domiciliar do paciente, esta relação de poder é abalada, configurando uma nova situação onde a capacidade de afetar, influenciar ou controlar recursos e pessoas (SACK, 1986) é reconfigurada.

Penso que a visita domiciliar pode compreender duas dimensões antagônicas de uma mesma prática. A primeira diz respeito a uma prática de vigilância à saúde que se aproxima à *medicinalpolitzei* higienista do século XIX, como forma de controlar e supervisionar todas as esferas da atividade humana – até mesmo as mais pessoais (ROSEN, 1994). Trata-se, neste sentido, de uma prática de homogeneização e uniformização, de maneira a só trabalhar com uma massa isotrópica (RAFFESTIN, 1993). A segunda dimensão, por outro lado, parte do princípio de que é necessário entender cada pessoa como um ser único, pertencente a um contexto social e familiar que condiciona diferentes formas de viver e adoecer. Representa, assim, a busca da compreensão do indivíduo a partir do seu *espaço vivido*.

Esta última perspectiva representa, para o trabalhador de saúde, a possibilidade de desenvolver uma visão crítico-social sobre seu objeto de trabalho. Infelizmente a formação positivista rígida da maioria dos profissionais – particularmente na medicina e enfermagem – restringe esta possibilidade, ao subjugar a complexidade do viver e adoecer a uma racionalidade delimitada pela seqüência forma, função, disfunção, terapêutica. A falta de um suporte maior de áreas como antropologia, sociologia, psicologia social, educação, etc., condiciona, muitas vezes, uma visão que se aproxima ao senso comum, levando o profissional a interpretações reducionistas dos fenômenos sociais, invariavelmente marcadas por um forte componente etnocêntrico.

Acredito que a existência de um Programa de Residência multidisciplinar no CSEM atenua esta tendência reducionista na UBS Morro da Cruz, ao permitir uma troca cotidiana de saberes entre profissionais de diferentes áreas (Enfermagem, Medicina, Nutrição, Psicologia, Odontologia e Serviço Social). Observo, entretanto, que este Programa de Residência é fortemente influenciado por uma concepção que

se identifica com a proposta da Medicina Comunitária, a qual não privilegia uma perspectiva mais crítica e abrangente, que contemple a complexidade dos problemas de saúde enquanto fenômenos sociais que extrapolam a esfera local.

5.4.6 Acolhimento e grupos: o território na UBS.

A equipe da UBS Morro da Cruz se reúne pelo menos duas vezes por semana para discutir e avaliar o desenvolvimento do trabalho realizado. Nessas reuniões são tratadas desde questões administrativas menores até estratégias assistenciais mais amplas. Além desses momentos formalmente instituídos, são criados espontaneamente no cotidiano tempos e espaços de discussão que contemplam qualquer assunto que se possa imaginar. Há uma mesa redonda na peça que é chamada de cozinha (que na verdade é uma mistura de cozinha, sala de reuniões, espaço do cafezinho, sala de discussão de casos, biblioteca, centro de informática e o que mais se deseje), ao redor da qual as pessoas se sentam nos momentos de folga, configurando o que poderia se chamar de *território de alta rotatividade*. Tanto nesses espaços informais quanto nos momentos de reunião de equipe o tema da *demanda espontânea* se mostra recorrente e embaraçoso.

Alguns momentos de observação na sala de espera da UBS nos momentos de maior movimento explicam a preocupação da equipe. São pessoas de ambos os sexos (embora as mulheres predominem) e de todas as idades demandando algo: remédios, resultados de exames, vacinas, curativos, preservativos, consultas de odontologia, encaminhamentos, controle da pressão arterial, nebulizações, aferições de peso, informações em geral e, eventualmente, dependendo da vigência de algum projeto governamental específico, serviços e produtos mais exóticos, como leite e escovas de dente. São poucos os momentos em que o balcão da recepção encontra-se vazio. Mas a demanda mais freqüente e que gera maiores problemas diz respeito à consulta médica – objeto de desejo que concentra uma gama infindável e complexa de representações. E um tipo particular de procura, ainda mais problemática, é aquela relacionada à solicitação de pronto-atendimento médico. “Como é que eu vou agendar consulta, se eu não sei quando vou ficar doente?” – foi a resposta de uma usuária à argumentação de que o pronto-atendimento não era a

maneira adequada para lidar com as questões de saúde. Não obstante a argumentação desta usuária há um consenso na UBS Morro da Cruz de que as consultas médicas de pronto-atendimento, em sua maioria, são desnecessárias. Ou seja, a queixa apresentada não justifica a procura por consulta médica, muito menos imediata. Nas conversas entre os profissionais é comum a referência, num tom de protesto e lamentação, às *bobagens* que motivam a busca por pronto-atendimento.

Em uma pesquisa etnográfica realizada em uma vila popular de Porto Alegre, Xavier Filho (1991, p. 171) observou que “há um número de pessoas que fazem da consulta médica um acontecimento social: o posto fica sendo local de encontro de amigos, de lazer”. Segundo o autor, a explicação para este fato está no grande número de pacientes neuróticos e poliqueixosos que buscam atendimento à procura de atenção. Trata-se de uma afirmação que se aproxima às observações dos profissionais quanto às *bobagens* que motivam atendimentos na UBS Morro da Cruz.

Como já salientado em outro momento, as concepções da *vigilância à saúde* que balizam as propostas de territorialização da atenção à saúde defendem a adoção de ações sanitárias coletivas, determinadas por saberes e instrumentais provenientes da epidemiologia e do planejamento, em detrimento do atendimento individual centrado na clínica. Ou seja, trata-se de uma perspectiva que separa a dimensão individual da coletiva, colocando a demanda espontânea em segundo plano.

Não acredito, entretanto, que esta dicotomia seja pertinente. Concordo com a afirmação de Santos (1991, p. 76) de que há, na demanda espontânea, uma “dimensão que escapa aos nossos instrumentos técnico-sanitários, e [que] embora tendo expressão aparentemente individual, é histórica e socialmente construída”. Trata-se de procurar entender que o processo de interação que conforma as sociedades contemporâneas se inscreve nas trajetórias de vida de cada um, de modo que mesmo o fenômeno mais individual e localizado é, ao mesmo tempo, conformado por valores, símbolos e relações de poder referentes também à dimensão não local.

Se olharmos para a história da saúde brasileira nesse século, verificamos que durante mais de 50 anos foram valorizados o atendimento médico individual especializado, a assistência hospitalar e a incorporação de exames complementares complexos. Este modelo, ao mesmo tempo, era restrito aos contribuintes do sistema previdenciário, restando aos pobres a alternativa das santas casas e de alguns postos de saúde. Como não entender, então, que hoje, no imaginário popular, sejam exatamente aquelas as representações de uma boa assistência à saúde? Do mesmo modo é compreensível a representação das UBS como *postinhos de saúde*, com toda a carga pejorativa a que tem direito, a qual foi revigorada, de certa maneira, pela Medicina Comunitária. A própria cultura do pronto-atendimento, como observa Campos (1991), decorre de uma estratégia que buscou viabilizar a extensão da cobertura assistencial sem que o Estado precisasse investir em um sistema público de saúde consistente. São, portanto, sólidas construções sociais historicamente elaboradas e portadoras de um forte conteúdo ideológico, que não permanecem alheias às relações de poder que configuram a dinâmica do espaço social.

Neste sentido, as interações entre população e serviços de saúde são cotidianamente perpassadas, ao mesmo tempo, por relações de poder e por representações simbólicas fundadas na experiência e construídas a partir do imaginário. São relações que configuram, assim, territórios. Portanto, qualquer processo de territorialização de um serviço de saúde deve buscar a interpretação e o manejo da demanda espontânea.

Não é objetivo desta pesquisa aprofundar uma discussão sobre as percepções dos diferentes atores (profissionais, usuários e gestores) sobre doença, saúde e cura. Mas cabe citar algumas reflexões de Pinheiro (2001), a partir de um trabalho realizado em Volta Redonda (RJ) sobre o problema da demanda e da oferta em serviços de saúde. Segundo esta autora, as concepções sobre saúde, tanto para os profissionais quanto para os usuários, relacionam-se não somente à ausência de problemas biológicos (doenças), mas como resultado de fatores socioeconômicos e culturais, como trabalho, moradia e lazer. Assim, problemas como a violência e desemprego são vistos como determinantes importantes de problemas de saúde. Mas como o atendimento oferecido pelos serviços é centrado na doença – vista

pelos médicos como real motivo para a procura por atendimento, estabelece-se um impasse:

Enquanto que os modelos explicativos para a saúde lançam mão de conhecimentos das ciências sociais e do comportamento que se destinam à compreensão do homem na sociedade, as doenças são elucidadas por meio das funções biológicas dos indivíduos, daí partindo para seu diagnóstico, prevenção e tratamento. [...] Tais considerações sobre os modelos explicativos das doenças permitem mostrar os seus limites para incorporar os elementos constitutivos do ambiente social, que também são os da demanda, do qual fazem parte. São esses modelos extensivamente utilizados na organização da oferta e, de maneira paradoxal, para identificar as demandas (PINHEIRO, 2001, p. 103).

Estas considerações trazem à tona um paradoxo da saúde pública, que emerge da contraposição entre o conceito de saúde e a resolutividade dos serviços para *resolver* problemas de saúde. Assim, a primeira coisa que um estudante ou profissional aprende em sua iniciação é que saúde não significa apenas ausência de doença, mas que a mesma, em seu sentido mais abrangente, é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e a serviços de saúde (BRASIL, 1990). É, portanto, antes de tudo, resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Aprendida essa primeira lição, vem a segunda: 80% a 90% dos problemas de saúde podem ser *resolvidos* na chamada atenção primária, de *baixa complexidade*. Com essas duas lições na cabeça, o coração cheio de boa vontade e o espírito insuflado por uma certa onipotência, o estudante ou profissional vai para uma vila popular tratar dos problemas de saúde da população. Lá, descobre que não consegue *resolver* aquele percentual de problemas. No máximo, conseguirá solucionar 80% a 90% das queixas clínicas imediatas (ou das *doenças biológicas*). Segue-se, então, uma certa perplexidade, marcada por uma sensação de impotência e frustração.

Nos últimos anos este paradoxo tem colocado em xeque a tradicional idéia de hierarquização piramidal da assistência: na base a atenção primária, capaz de resolver a maioria dos problemas; no nível intermediários os serviços de média densidade tecnológica, que atenderiam os casos *filtrados* pela atenção básica; e no ápice os serviços de maior densidade tecnológica, responsáveis pelos casos de

maior complexidade. Autores como Campos (1997), Cecílio (1997), Silva Júnior (1998) e Righi (2002) têm apontado a dificuldade de demarcar territorialmente a demanda, a densidade tecnológica, a diferenciação e a especialização necessárias para o atendimento de problemas no chamado nível primário, em função da complexidade de relações que o mesmo estabelece com a população.

A discussão sobre estes problemas tem ocupado um bom tempo da equipe da UBS Morro da Cruz. Partindo da constatação de que uma grande parte da procura por atendimento não diz respeito a *doenças* (no seu sentido mais restrito, biológico), mas a demandas sociais e psicológicas, o grupo procura desenvolver atividades com grupos de pacientes e a prática do *acolhimento*.

O *acolhimento* é uma forma de intervenção em saúde proposta pelo Laboratório de Administração e Planejamento de Sistemas de Saúde (LAPA-UNICAMP), experimentado primeiramente no Município de Betim, em Minas Gerais, para funcionar como porta aberta aos usuários da rede básica. De acordo com Franco, Bueno & Merhy (1999), o acolhimento propõe que o serviço de saúde atenda a todas as pessoas que o procuram, a partir da reorganização do processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional que se encarrega da escuta do usuário, se comprometendo a resolver seu problema de saúde. Deste modo, a consulta médica é realizada apenas nos casos em que ela se justifica, cabendo a todos os profissionais a assistência direta ao usuário.

Trata-se de uma iniciativa que se opõe à lógica de reconhecer na consulta médica a razão de ser dos serviços de saúde. Assim, ao ser implementada, vai de encontro a uma prática culturalmente sedimentada, exigindo dos profissionais e dos usuários uma verdadeira desconstrução de hábitos e comportamentos arraigados.

Apesar das dificuldades previstas, observa-se na UBS Morro da Cruz um clima de otimismo com os resultados da estratégia de acolhimento. A idéia central é que todos os usuários que cheguem à UBS com alguma demanda sejam ouvidos e, na medida do possível, tenham um encaminhamento adequado à solução dos seus problemas. Em certa ocasião um técnico de enfermagem da equipe, tentando informar aos colegas que estava se dirigindo para a recepção para realizar o

acolhimento, deixou-se trair por um ato falho e comunicou a todos que iria fazer o *aconchego*. Pronunciada com naturalidade e ao acaso, a expressão arrancou um sorriso de todos e denunciou o entendimento que seu autor tinha da proposta de *acolhimento*.

Quanto às atividades com grupos de pacientes, a UBS Morro da Cruz realiza ações voltadas à discussão de diferentes temas e problemas diversos, tais como gestação, aleitamento materno, hipertensão arterial e desnutrição. Um grupo mais recente tem tentado trabalhar o tema da *qualidade de vida*. De um modo geral observa-se uma certa dificuldade para a realização deste tipo de atividade, visto que a mesma não faz parte das ações tradicionalmente valorizadas nos serviços de saúde, onde a consulta médica individual centraliza a preocupação com o trabalho assistencial. Muitas vezes a participação dos usuários é condicionada por interesses paralelos, não relacionados diretamente à realização do trabalho em grupo. No caso das atividades dirigidas a crianças em reabilitação nutricional, por exemplo, a maioria das mães participa das atividades grupais porque dessas depende a entrega de leite, que é o objeto de interesse maior naquele momento. Em outros programas assistenciais, por outro lado, a participação nos grupos garante o acesso à consulta médica individual. Ou seja, são situações em que o trabalho coletivo é realizado não porque seja valorizado pela comunidade, mas como uma condição, um preço a se pagar pelo benefício almejado.

Isto não impede que algumas iniciativas superem estes obstáculos e se constituam em estratégias alternativas interessantes. Um exemplo claro é o grupo de hipertensos, que ocorre uma vez por mês no salão do Centro Comunitário, contíguo à UBS. Nos primeiros tempos a participação dos pacientes se mostrava muito relacionada à distribuição dos medicamentos prescritos pelo médico nas consultas individuais, e os temas discutidos se restringiam à *doença* hipertensiva. Aos poucos, entretanto, a atividade assumiu outra feição, de modo que hoje é um verdadeiro espaço de convivência social. Um observador menos informado não reconheceria, ali, um grupo de *doentes* em atendimento. Há quase sempre um verdadeiro clima de festa, com quitutes, refrigerantes, música, conversas e risos esparsos. Mas há também os momentos de tristeza, de desabafo, de falar sobre os problemas da vida e receber o apoio dos parceiros. Todos os profissionais da UBS Morro da Cruz ressaltam o resultado positivo deste trabalho: são pacientes que mantêm a *doença*

sob controle e demandam poucos atendimentos médicos *infundados*. O grupo de hipertensos desvela um processo de territorialização interessante: por um lado a equipe de saúde garantiu o vínculo daqueles pacientes ao serviço, constituindo uma nova territorialidade local, a partir de um trabalho que contempla a *doença* (enquanto fenômeno com forte conteúdo biológico) e a saúde (com seus condicionantes mais amplos); por outro, os pacientes se apropriaram do espaço da UBS, transformando-o em um território produtor de saúde, assentado em novas relações de poder e novas construções subjetivas.

O sucesso com o grupo de hipertensos, entretanto, não reflete a imensa dificuldade que a equipe enfrenta com demandas cuja solução exigiria uma intervenção diferenciada, requerendo um tipo de abordagem que extrapola as possibilidades do serviço. Não se trata, aqui, apenas de exames complementares ou procedimentos médicos que exigem um suporte tecnológico mais avançado. Estes requerem fluxos – às vezes estreitos, mas quase sempre bem definidos - de encaminhamento para laboratórios e hospitais. Os problemas mais difíceis são aqueles com um forte componente social e psicológico, que exigem uma abordagem interdisciplinar e intersetorial. Os profissionais sabem que muitas vezes a queixa levada pelo usuário é apenas a face manifesta de algum problema desta natureza, e reconhecem, nestas situações, as limitações do modelo biomédico anteriormente referido. No sistema de pronto-atendimento este tipo de situação produziria uma abordagem medicalizante, ou seja, demandaria um exame complementar ou a prescrição de algum medicamento voltado para a queixa imediata, sem uma abordagem mais profunda do problema. Como a proposta é superar este modelo tradicional de atenção, cria-se uma situação bastante complicada.

Talvez um dos problemas de saúde mais complexos que a equipe da UBS Morro da Cruz enfrenta no seu cotidiano seja a violência, particularmente aquela que se manifesta nas relações familiares da população atendida. Trata-se de um exemplo típico de situação cujo manejo não é restrito e específico da área de saúde, embora esteja intrinsecamente ligado à ela. Minayo & Souza (1998) observam que a violência, ao contrário de outros fenômenos que causam agravos à saúde, não se enquadra com facilidade nos esquemas habituais das disciplinas da saúde coletiva que tratam das doenças e sua determinação social, visto que sua pluricausalidade exige, necessariamente, uma abordagem interdisciplinar e intersetorial.

Cabe observar, embora possa parecer desnecessário, que este tipo de violência é um fenômeno social amplo, não restrita à comunidade atendida pela UBS em questão. Assim, deve ser diferenciado de uma outra condição que se refere também à violência e ao Morro da Cruz: o estigma que o local carrega em função de um passado marcado pelo crime organizado e pela influência do tráfico de drogas. Como este fenômeno compreende aspectos ligados à dinâmica territorial da região, cabe discuti-lo em separado.

5.5 O Estigma da Violência

Durante muitos anos o Morro da Cruz foi considerado um dos principais centros de tráfico de drogas da cidade. Ali viveram traficantes que entraram para a história do crime, cercados de feitos onde mito e realidade se confundem. Ainda hoje, apesar da situação ser bem diferente deste passado recente, persiste – principalmente entre a população que não conhece o Morro da Cruz - o estigma de local onde os chefes do tráfico de drogas ditam as normas e as leis.

Quando estive lá pela primeira vez fui recebido por um líder comunitário que, ao se apresentar, fez questão de salientar que a fama de que o local era violento não se justificava, pois ali moravam pessoas trabalhadoras e honestas. Tal afirmação surgiu espontaneamente, já nos primeiros momentos da conversa que iniciávamos, logo após nos apresentarmos. Como observado por Knauth, VÍctora & Leal (1998) em outro estudo realizado no Morro da Cruz, trata-se de um esforço comum a várias lideranças e moradores do local, que buscam divulgar uma imagem mais positiva do lugar onde vivem.

O estigma da criminalidade traz uma série de problemas para os moradores do morro, os quais se refletem inclusive no momento de conseguir emprego. Nessas situações, muitas vezes, o morador prefere afirmar que mora no Bairro São José, ou simplesmente perto do *Carrefour*¹², omitindo o fato de que efetivamente vive no Morro da Cruz.

¹² Hipermercado localizado na Avenida Bento Gonçalves, relativamente próximo do Morro da Cruz

A história dos chefões do tráfico de drogas pode ser resgatada junto aos habitantes mais antigos do Morro da Cruz, como é o caso de um antigo líder comunitário entrevistado, que não mostra qualquer constrangimento em falar sobre a admiração que sentia por dois traficantes que dominaram o local na década de 70: *Anão* e *Carioca*. As atividades de ambos eram o tráfico de drogas e armas, bem como a organização e financiamento de grupos que realizavam assaltos a bancos e casas comerciais. Quando *Anão* chefiava o tráfico de drogas, na década de 70, o movimento de cocaína chegava a dois mil papélotes diários (dois quilogramas), com filas de usuários e distribuidores vigiados por capangas armados (TREZZI, 1996).

Para este líder comunitário, *Anão* e *Carioca* não eram bandidos, pois jamais realizaram algum assalto diretamente contra pessoas. Além disso, garantiam a segurança no morro: sempre que alguém roubava algum morador do bairro, era duramente castigado – às vezes pagando com a própria vida – pelos capangas dos chefões do tráfico. Ao mesmo tempo garantiam a doação de alimentos, remédios e mesmo dinheiro para os mais necessitados.

Esta relação com a população era correspondida pelos moradores, pois sempre que os policiais tentavam alguma ação, enfrentavam uma rede informal de comunicação e apoio que garantia a segurança dos chefões. Assim, muitos códigos e estratégias eram utilizados quando a polícia se aproximava: moradores soltavam fogos de artifício simulando alguma comemoração, crianças subiam o morro gritando *hoje tem jogo*, enquanto outros soltavam pandorgas, etc. O entrevistado lembra que, certa vez, *Carioca* conseguiu passar por uma barreira policial que cercava o morro, escondido sob um monte de verduras e frutas numa camioneta de um verdureiro; para poder respirar, utilizou uma mangueira de plástico que, camuflada, atravessava a montanha de legumes até a superfície.

Anão foi morto pela polícia no próprio morro, em 1979, em uma emboscada. Segundo o líder comunitário, o traficante costumava dormir no porão de uma escola, juntamente com alguns parceiros. Certa vez, após emprestar um *três oitão* (revólver calibre 38) para um segurança dessa mesma escola, *Anão* descobriu que a arma fora utilizada para o assassinato de um jovem que era seu protegido. Jurado de morte, o segurança entrou em contato com a polícia e colaborou para armar uma emboscada: vestidos de entregadores de gás e de bebidas, os policiais

encurralaram *Anão* e dois comparsas no pátio da escola. Os comparsas conseguiram fugir, mas *Anão* foi baleado ao tentar pular o muro.

Já *Carioca* morreu em uma cela da Penitenciária Estadual do Jacuí, em 24 de setembro de 1989, enforcado com uma meia. A versão oficial sempre sustentou a tese de suicídio, embora muitos no morro garantam que foi uma execução. Tanto que a viúva de *Carioca*, ainda moradora do Morro da Cruz, busca na justiça alguma forma de indenização.

A admiração por *Anão* e *Carioca* é compartilhada por muitos moradores antigos do bairro e reveste-se de uma série de contradições e ambigüidades, as quais podem ser exemplificadas no seguinte fato: no dia que conversei com um entrevistado, ele estava se dirigindo ao posto policial para solicitar – como liderança comunitária - uma ação contra alguns jovens que costumam fumar maconha na sua rua. Segundo ele, hoje o Morro da Cruz está repleto de *ladrãozinho chinelão* (expressão, aliás, utilizada por vários moradores), capazes de roubar e matar em troca de um pouco de maconha. Ou seja, se por um lado existia admiração, respeito e mesmo lealdade aos grandes traficantes de drogas e armas, há, por outro, desprezo e ojeriza quando se trata de criminosos comuns, que utilizam estas mesmas drogas e armas.

Este fenômeno é analisado por Leeds (1999), ao estudar as relações entre o crime organizado e as populações das favelas no Rio de Janeiro. Leeds (1999, p. 243) observa que a descrença na justiça formal leva os moradores a aceitarem, em diferentes graus, sistemas alternativos de segurança ou previdência:

Por exemplo, em troca de *proteção* e do anonimato que a comunidade venha a oferecer aos traficantes, ela pode esperar receber uma série de serviços, como segurança interna, dinheiro para ambulância ou táxi até o hospital, dinheiro para remédios, sopa dos pobres, creches, festas infantis em ocasiões especiais e outras verbas de emergência em casos de extrema privação. Apenas uma parcela menor da comunidade pode receber benefícios financeiros diretos desse sistema previdenciário alternativo criado pelo tráfico de drogas, mas a comunidade em geral se beneficia do sistema de segurança interno propiciado pelo grupo de traficantes. Na maioria das favelas e conjuntos populares, delitos como roubo, estupro e outros tipos de violência interpessoal costumam ser combatidos com ações igualmente violentas por parte do *dono*, que pode impor sua própria forma de justiça [...]. Assim como a sociedade em geral (a parcela dos cidadãos que é de algum modo atendida pelas instituições formais da sociedade) define o que é comportamento aceitável ou comportamento aberrante, os grupos de traficantes que se tornaram poderosos impõem à comunidade seu próprio código, definindo que forma de violência é permitida e quem pode praticá-la.

As percepções dos favelados – na verdade, da maioria da classe operária – de que para eles a justiça informal não funciona levou uma parcela dessa população a aceitar um sistema de justiça alternativa.

Estas relações entre crime organizado e forças policiais expressam, de fato, disputas territoriais mediadas por intensas relações de poder, onde um indivíduo ou um grupo lança mão de estratégias – que podem ir desde a utilização de violência física, passando por normas e disposições jurídicas, até formas sutis de comunicação – visando afetar, influenciar ou controlar recursos e pessoas (SACK, 1986).

Trata-se de uma conjuntura reconhecida por órgãos governamentais de segurança pública. Durante uma reunião realizada no Centro Comunitário do Morro da Cruz, quando era discutido um boato acerca de um possível afastamento do batalhão de Polícia Militar lotado no local, um Capitão da corporação foi taxativo ao afirmar que a polícia não cogitava em retirar seus efetivos, pois se assim o fizesse estaria abrindo espaço para que o crime organizado assumisse o *controle* do morro.

Ainda nessa reunião foi interessante observar um certo paradoxo entre os discursos dos oficiais da Polícia Militar e os moradores lá presentes. De um lado os militares lembravam a necessidade de se refletir sobre as causas da criminalidade e de se repensar a segurança pública, considerando-a com transcendente à questão do policiamento. Este discurso, independente de encontrar resposta ou não na prática cotidiana das forças policiais, se opunha à fala dos moradores, que exigiam uma repressão mais forte e violenta, incluindo castigos físicos ou mesmo a *eliminação* dos criminosos. Como observa Zaluar (1999), estas propostas mais severas, que preconizam a violência nas práticas policiais e a adoção da pena de morte, fazem parte uma recente tendência encontrada em todas as classes sociais no Brasil.

Atualmente não há, no Morro da Cruz, o que poderia se chamar de crime organizado. A maioria das ocorrências policiais envolve delitos de criminosos comuns, que atuam individualmente ou em pequenos grupos. São arrombamentos de residências, assaltos à mão armada, brigas, além do consumo e comércio de pequenas quantidades de drogas.

Entretanto, o consumo de drogas é, ainda, um dos grandes problemas da região. Em algumas esquinas e ruelas com menor movimento é possível observar jovens fumando maconha ou *crack*, ou então cheirando *loló* (uma mistura à base de éter e clorofórmio, ou qualquer outro solvente, usado apenas para fins de abuso)¹³.

Embora o tráfico de drogas seja hoje apenas um arremedo do que foi na época de *Anão* e *Carioca*, ainda é possível observar uma certa organização hierárquica entre os traficantes, como ficou demonstrado no início deste ano, em um episódio envolvendo uma médica que visitava as unidades de saúde da região do Partenon. Ao passar pelo Morro da Cruz, essa médica resolveu prolongar a visita até o local onde se encontra a cruz que dá nome ao lugar, já que a vista panorâmica dali é muito bonita. O resultado foi um assalto, em que foi levada a bolsa da visitante. No dia seguinte, ao tomarem conhecimento do fato, dois médicos que já exerciam suas atividades há um ano no Morro da Cruz fizeram chegar a traficantes da região o descontentamento com o que aconteceu. Poucos dias depois parte do roubo foi devolvido na UBS, acompanhado de um pedido de desculpas.

Aqueles que conhecem um pouco do morro sabem que o local onde se encontra a cruz é utilizado com frequência por jovens e adolescentes da região para o consumo de drogas. Certa vez, no final de uma tarde, acompanhando uma colega da UBS e dois fotógrafos que buscavam imagens para uma exposição, vivi uma situação curiosa naquele lugar. Três jovens negros, aparentemente drogados, aproximaram-se e um deles fez algum comentário a respeito do telefone celular que eu carregava na cintura, apontando a mão direita para o mesmo. Os modernos equipamentos fotográficos que os visitantes carregavam valiam, com certeza, muito dinheiro, mas tudo indicava que o objeto de desejo, naquele momento, era mesmo o meu velho e obsoleto celular. Não pude deixar de me lembrar, naquele momento, dos comentários a respeito de *ladrãozinho chinelão* e de noções relativas a valor de troca e valor de uso. Como os jovens pareciam não estar armados e não havia sido explicitada a tentativa de assalto, minha colega e eu iniciamos um diálogo com os estranhos, perguntando se eles eram moradores do morro, se eram parentes de

¹³ Como os solventes são baratos e de fácil aquisição, fazendo parte de vários produtos domésticos (colas, esmaltes, vernizes, aerossóis, tintas, removedores, ceras, entre outros), seu uso como droga de abuso é comum, principalmente entre adolescentes e crianças.

fulano, se freqüentavam o posto de saúde onde trabalhávamos. Nossas perguntas não foram respondidas, mas, após um breve silêncio, um dos jovens falou que poderíamos ficar no local sem problemas, desde que apenas a paisagem fosse fotografada. Tratava-se de uma autorização explícita, que se seguia a uma interdição subentendida. O recado de que eles não queriam aparecer nas fotografias ficou ainda mais claro quando os três, ao sentarem à beira da calçada, cobriram os rostos com suas camisetas.

Estes fatos ocorridos *ao pé da cruz* (e aqui não há nenhuma intenção metafórica) ilustram relações de poder e mensagens simbólicas que, aparentemente soltas no cotidiano, demarcam territorialidades. É inegável que o episódio anteriormente relatado e o assalto à médica visitante envolviam a possibilidade de apropriação imediata de bens materiais, mas certamente não se restringiam a isto. Parafraçando Raffestin (1993), somos todos atores sintagmáticos produzindo territórios dentro do campo de poder de nossa problemática relacional. Assim como a médica foi assaltada a partir de uma lógica fundada num campo de forças que distingue os *insiders* (nós, o grupo) dos *outsiders* (os estranhos, de fora), seus pertences foram restituídos seguindo este mesmo princípio de alteridade apontado por Souza (1995). Igualmente o desfecho pacífico no encontro com os três jovens só foi possível a partir do momento em que a identificação dos profissionais da UBS distendeu os limites dessa mesma alteridade. Apoiado-se em Souza (1995), pode-se afirmar que o desenrolar desse encontro desvelou a dinâmica - fugaz e instável - de territorialidades assentadas em relações sociais, sem que o substrato espacial tenha sofrido modificações.

O amadorismo que hoje envolve o tráfico de drogas no Morro da Cruz já produziu situações tragicômicas, como é o caso de um morador que decidiu comprar cocaína em quantidade para revendê-la com uma margem de lucro. Ocorre que o neófito traficante, acostumado a utilizar pequenas porções da droga, não resistiu à tentação e consumiu uma grande parte da *mercadoria*, morrendo de *over dose*. No dia seguinte sua esposa (ou melhor, a viúva) compareceu ao posto de saúde para saber o que deveria fazer com a cocaína restante. Neste caso, fica mais uma vez evidente a diversidade de problemas não relacionados diretamente à saúde que acabam, de uma maneira ou de outra, sendo conduzidos à esfera de atuação da UBS.

Muitos moradores do Morro da Cruz associam a diminuição de poder do tráfico de drogas à ação policial na região. Nos últimos anos, efetivamente, aumentou a presença das forças policiais no Morro da Cruz. Um exemplo claro deste fato foi a criação do Centro Integrado de Segurança Pública (CISP), reunindo a Polícia Civil e a Brigada Militar. Mas esta explicação, isoladamente, parece insuficiente, tendo em vista que em outras vilas e bairros próximos a polícia não conseguiu reduzir o tráfico e a criminalidade de um modo geral. Na Vila Vargas, por exemplo, contígua ao Morro da Cruz, o comércio de drogas e armas ainda hoje promove batalhas campais, com tiroteios entre grupos rivais em plena luz do dia. Mas é no chamado Campo da Tuca, localizado na Vila João Pessoa, há poucos quarteirões do Morro da Cruz, que a violência se faz mais presente, tendo provocado o fechamento do serviço de saúde local. Assim, embora não diga respeito diretamente ao Morro da Cruz, cabe abrir um parêntese final para discutir essa situação.

5.5.1 Entre parênteses: o Campo da Tuca.

A Unidade Básica de Saúde do Campo da Tuca sempre enfrentou problemas relacionados à violência. Várias vezes o atendimento à população foi suspenso temporariamente, em função de dissensões envolvendo moradores e equipe de saúde. Danos a automóveis de profissionais, bate-bocas na sala de espera, ameaças e agressões físicas leves marcavam o cotidiano do serviço, demandando muitas vezes a presença da polícia e o fechamento temporário da UBS. A intervenção policial, entretanto, mostrava uma certa eficácia apenas nesses momentos de agudização dos conflitos. No restante do tempo prevalecia a sensação – verbalizada pela equipe de saúde e por muitos moradores – de que os *donos* do território eram os traficantes e as gangues locais. Segundo um oficial que trabalhava no CISP do Morro da Cruz, a Brigada Militar sempre enfrentou problemas para *garantir a ordem* no Campo da Tuca e estabelecer vínculos mais consistentes com a comunidade, dada a resistência apresentada pela própria população. No final do ano passado, após um acerto de contas entre traficantes, cujo resultado foi uma pessoa baleada e o apedrejamento do carro de um médico que passava pelo local, a equipe da UBS do Campo da Tuca decidiu, finalmente, encerrar suas atividades no interior

da vila. A partir de então o atendimento à população passou a ser realizado no prédio central do CSEM, na Avenida Bento Gonçalves.

A situação do Campo da Tuca evidencia, com clareza, que a repressão policial, isoladamente, não é capaz de reordenar as relações de poder que configuram as territorialidades de um grupamento social. Tais relações, complexas e imbricadas, são historicamente construídas e perpassam o cotidiano daqueles que as vivenciam direta ou indiretamente. Assim, a dificuldade que a Polícia Militar encontra para atuar no local pode ser explicada, ao menos em parte, pelas observações de Leeds (1999), referidas anteriormente. Ou seja, a falta de credibilidade na autoridade pública formal leva a população a aceitar, ao menos parcialmente, sistemas alternativos de segurança (e segurança).

No interior do Campo da Tuca há um núcleo habitacional localizado na Rua Real, às margens do Arroio Moinho, que exemplifica como o poder público tem se relacionado com os moradores do local nos últimos vinte anos. Já em 1980 um estudo sobre as desigualdades na mortalidade infantil entre favelados e não favelados do município de Porto Alegre, realizado por Guimarães & Fischmann (1985), mostrava uma alta concentração de óbitos em crianças menores de um ano ao longo do Arroio Moinho. O estudo demonstrava, ainda, que 52,9% dos óbitos deviam-se a doenças infecciosas intestinais, enquanto para Porto Alegre como um todo esse percentual era de 13,7%. Os autores apontavam a necessidade de uma imediata investigação sobre o porquê daquela situação e a adoção de medidas a serem tomadas a nível local.

Uma rápida visita à Rua Real evidencia como as pessoas ainda vivem hoje, vinte anos após o estudo de Guimarães & Fischmann (1985), às margens do Arroio Moinho. Trata-se de um grupo de 70 pessoas, cujas particularidades e condições de vida foram avaliadas pela equipe de saúde local: 88,6% dos moradores são naturais de Porto Alegre (o que ratifica os dados do DEMHAB (1999), que apontam um processo de auto-reprodução urbana da miséria, independente da migração rural); dos habitantes com idade superior a 12 anos, 28% freqüentou no máximo um ano a escola e apenas 9,3% concluiu o ensino fundamental; a renda mensal média das

famílias é de R\$¹⁴ 237,86 (renda média *per capita* diária menor que R\$ 1,60); a principal fonte de renda é o recolhimento de papéis e lixo; apenas dois domicílios estão ligados à rede pública de esgotos, enquanto os demais utilizam o sistema de fossas ou tem o esgoto a céu aberto; apenas um terço tem o lixo recolhido pelo Departamento Municipal de Limpeza Urbana (DMLU), enquanto os demais jogam o lixo no Arroio Moinho.

A maioria dos habitantes [...], além disso, conservou por um longo tempo hábitos da vida rural. Por exemplo, mantinham-se [...] animais grandes e pequenos e se ajuntavam montes de excrementos onde houvesse espaço. Por muito tempo as ruas não tiveram calçamento e receberam toda a sorte de refugos e imundícies. (ROSEN, 1994, P.54).

O excerto em epígrafe, onde George Rosen expõe os problemas sanitários de uma cidade medieval, mostra-se adequado para descrever a paisagem atual da Rua Real. É interessante notar, entretanto, que não obstante as péssimas condições de vida no local, já não se observa ali um número significativo de óbitos infantis. Tal fato põe em xeque a idéia amplamente aceita de que a mortalidade infantil é o indicador mais sensível das condições de vida e saúde de uma população, sintetizando a situação de bem-estar da mesma. De fato, experiências acumuladas em algumas regiões brasileiras e mesmo em outros países demonstram que pode haver uma redução expressiva no número de mortes infantis no primeiro ano de vida, a partir de intervenções específicas do setor saúde, independentemente de mudanças significativas nas estruturas sociais e econômicas (SIMÕES & ORTIZ, 1988).

Como afirmam Oliveira & Mendes (1995), observa-se diferentes padrões de declínio da mortalidade infantil entre os diversos países. Assim, nos países desenvolvidos, prevaleceu a importância das melhorias sociais (distribuição dos rendimentos, produção de alimentos, ampliação da educação, organização urbana, proteção social), ao passo que, no caso brasileiro, o peso da melhora das condições de vida foi sensivelmente menos expressivo, preponderando um modelo de controle público da mortalidade infantil a partir da ação dos serviços médico-sanitários, sobretudo no campo preventivo.

¹⁴ Pelo câmbio monetário, naquele momento, R\$ 3,00 equivaliam a aproximadamente US\$ 1,00

O caso da Rua Real reflete precisamente este fenômeno. Durante muito tempo a UBS representou a única face governamental efetivamente presente no cotidiano daquele território, concentrando em suas relações com a comunidade todas as tensões decorrentes do divórcio entre povo e Estado. O resultado foi uma convivência tumultuada, permeada de ambigüidades, que culminou com a transferência das atividades de atenção à saúde daquela população para o prédio central do CSEM, distante do Campo da Tuca. Essa transferência, ao mesmo tempo resultado e produtora de relações de poder, significa mais que uma simples relocação espacial. Trata-se de uma reconfiguração de territorialidades que, ao inverter reciprocamente as situações de *ser estrangeiro* ou *dono do território*, afeta profundamente a subjetividade dos moradores do Campo da Tuca e dos profissionais que assistem à saúde daquela população.

Fechando este parêntese sobre o Campo da Tuca, cabe retomar a discussão sobre a perda de poder do crime organizado no Morro da Cruz. Como mencionado anteriormente, houve, com certeza, um aumento da presença policial. Esta manobra, entretanto, foi acompanhada de outros movimentos ligados à urbanização e valorização da cidadania. Assim, nos últimos dez a vinte anos, muitas ruas receberam pavimentação, o esgoto foi canalizado e a distribuição de água regularizada, escolas foram construídas, o serviço de saúde sofreu ampliação, o transporte coletivo foi qualificado, enfim, foram implementados vários projetos intersetoriais que impactaram positivamente as condições de vida no local.

Assim, a compreensão da violência e do crime organizado no Morro da Cruz, assim como outros tantos fenômenos associado a essa ou a qualquer outra vila popular, exige a observação não apenas dos aspectos microssociológicos, relacionados às microáreas de vizinhança existentes no seu interior, mas também da atuação de *estruturas supralocais*, entre as quais se destaca o Estado (ALVITO, 1999).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das características mais marcantes da atenção à saúde no Brasil refere-se à ausência de vínculos consistentes entre as bases político-ideológicas da Reforma Sanitária e a concretude da prática cotidiana nos serviços de saúde. Ou seja, a uma proposta que defende princípios como universalidade, integralidade e eqüidade, e que promoveu grandes mudanças macro-estruturais no âmbito jurídico e político-administrativo, contrapõe-se uma prática ainda excludente e iníqua:

Nas duas últimas décadas empenhamo-nos muito mais na mudança do aparato legal e da estrutura político-administrativa, esquecendo-nos das pessoas concretas que operariam e usufruiriam dessa máquina que criávamos. O resultado disso está sendo um impasse. Mudou-se muito, para pouquíssimos resultados concretos (CAMPOS, 1994, p. 33).

Compartilhada por todos que trabalham no campo da saúde pública, esta constatação tem ensejado uma longa discussão sobre a adoção de modelos e que garantam, no nível operativo do sistema, a consecução dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária. Fruto deste processo, a proposta de regionalização e hierarquização da rede assistencial a partir de serviços com bases territoriais definidas se constituiu na expressão operacional do princípio constitucional da descentralização, passando a ser apontada nas diferentes instâncias do SUS como elemento estratégico da reforma sanitária brasileira. Esta proposta representou uma retomada da temática territorial no campo da saúde, após mais de meio século de um modelo que dicotomizava ações em saúde pública e assistência médica previdenciária, privilegiando esta em detrimento das primeiras.

Embora haja uma unanimidade quanto a necessidade de planejar a territorialização da atenção à saúde, o mesmo não acontece quando são discutidas as bases teórico-conceituais subjacentes ao processo e as conseqüências práticas do mesmo. Assim, noções e proposições muitas vezes conflitantes têm pautado um debate ainda inconcluso, marcado por distanciamentos e proximidades entre as diferentes correntes que participam do projeto de construção e efetivação do SUS.

Ao estudar o caso da UBS Morro da Cruz buscou-se estudar as diferentes características que constituem o(s) território(s) da população local e suas relações com o trabalho cotidiano desenvolvido pela equipe de saúde, buscando analisar, por um lado, quanto e como esta compreende a complexidade territorial e, por outro, de que maneira suas práticas assistenciais configuram estratégias de territorialização. Desse modo, foram consideradas as ações relacionadas ao delineamento e fiscalização dos limites da área de abrangência, à conferência e controle da população adscrita, ao levantamento de dados que subsidiassem o conhecimento da comunidade, à realização de visitas domiciliares, à prática de acolhimento aos usuários, à realização de grupos, bem como atividades cotidianas que expressassem relações com o(s) território(s) daquela região.

As informações obtidas permitiram identificar a influência de conceitos referentes aos preceitos da Geografia Tradicional e da Geografia Quantitativa, quando são consideradas ações relacionadas à definição das fronteiras da área de abrangência e da população adscrita, assim como à aplicação de um questionário visando aumentar o conhecimento da comunidade. Da Geografia Tradicional são herdadas a noção de espaço absoluto naturalizado e uma aproximação ao território *ratzeliano*, que reconhece no Estado o poder que demarca os limites da territorialidade (CORRÊA, 1995; SOUZA, 1995; SILVA, 2002; SUERTEGARAY, 2001; MACHADO, 1997). Da Geografia Quantitativa, por outro lado, deriva uma representação lógico-positivista de espaço, visto como variável independente e perpassado por linhas e superfícies que configuram fluxos e distâncias com tempos e custos mensuráveis (MACHADO, 1997; CORRÊA, 1995).

Assentada nessa base teórico-conceitual, o trabalho desenvolvido na UBS expressa uma abordagem reducionista da temática territorial, condicionando estratégias de atenção que ignoram os aportes recentes da Geografia Humanista e da Geografia Crítica. Assim, ao não levarem em conta as dimensões simbólicas e

subjetivas das relações entre homens e espaço, são perdidos os conceitos humanistas de *lugar* e *espaço vivido*. Por outro lado, não considerando a importância das estruturas econômicas e produtivas para a compreensão dos fenômenos espaciais, é rejeitada a noção crítica de *espaço socialmente construído*. O resultado é a impossibilidade de apreender as relações de poder e as ligações simbólico-afetivas que configuram a complexidade temporal e espacial da dinâmica territorial daquela região.

Parte desta dificuldade pode ser explicada pela histórica supervalorização do instrumental epidemiológico no campo da saúde pública. Trata-se de uma tendência que submete a complexidade dos problemas coletivos de saúde aos limites epistemológicos da epidemiologia:

A trajetória intelectual vivida pela epidemiologia é semelhante à vivida pela geografia, ainda que longe de apresentar a mesma riqueza. A aparente dicotomia entre o social e o natural tem sido objeto de preocupação dos geógrafos há vários anos. Dentro da interpretação positivista que dominava a geografia até meados deste século, a determinação dos fenômenos caía ao lado do natural, tal como se verifica na epidemiologia. Mais recentemente, têm sido aplicados em geografia métodos interpretativos materialista-históricos. O mesmo tem ocorrido na epidemiologia, apenas que há muito menos tempo e sem ainda a maturidade alcançada na geografia (SILVA, 1985, p. 381).

Valendo-se de uma base conceitual tradicional e neopositivista no campo geográfico e supervalorizando concepções epidemiológicas que dissociam sujeito, espaço e tempo, as estratégias de territorialização da atenção à saúde incorporam, ao mesmo tempo, um modelo de planejamento tradicional, de cunho normativo. Ou seja, planeja-se ações e intervenções que ignoram a existência de uma população criativa, detentora de recursos de poder e capaz de desenvolver estratégias a partir de seus interesses, desejos, necessidades e representações.

Assim, à ilusão de um conhecimento objetivo e neutro da realidade soma-se uma prática que ignora a historicidade das territorialidades, configuradas fora de uma ordem planejada por organizações e instituições que detêm o poder político e econômico. O resultado é uma grande dificuldade de compreensão e apropriação do território por parte da equipe de saúde.

O desafio que se coloca, portanto, é tentar superar as restrições impostadas por este olhar limitado (e limitante) da realidade, buscando uma nova perspectiva

que se aproxime da riqueza e complexidade dos fenômenos da saúde e de suas relações com a dinâmica territorial.

É interessante observar que, por outro lado, ao desenvolver ações como a prática do *acolhimento*, trabalhos com grupos e visitas domiciliares, a equipe procura ampliar sua capacidade de entendimento e intervenção, lançando mão de abordagens que buscam compreender a perspectiva do usuário. Assim, valendo-se de estratégias que não buscam diretamente a apropriação do território, a equipe consegue se aproximar da complexidade do mesmo. Ousaria dizer que se trata de uma maneira intuitiva de driblar os limites impostos pelas propostas *oficiais* de territorialização. Corroborando esta possibilidade, a maneira como se dá a gestão e a organização dos processos de trabalho na UBS Morro da Cruz, promovendo um processo de co-responsabilização e apropriação do resultado produzido, permite o desenvolvimento de estratégias inovadoras e criativas que se afastam do padrão burocrático ainda hegemônico na saúde.

Todo este potencial, entretanto, vê-se restringido pela necessidade de um olhar interdisciplinar que consiga romper os limites impostos pelas amarras da chamada medicina científica.

O discurso hegemônico em saúde pública ressalta a importância dos aspectos sociais no processo saúde-doença e na organização da atenção à saúde. Tais aspectos, entretanto, são relevados como condicionantes do equilíbrio saúde-doença, como fatores de risco para a saúde, mas sempre a partir do olhar médico dominante. Assim, a abordagem pretensamente sociológica do problema fica reduzida a questões como hábitos inadequados de higiene, doenças ocupacionais, pobreza, condições ambientais impróprias e outros determinantes desta natureza. Ou seja, o discurso oficial reserva uma importância relativa para os fatores sociais: é admitido o papel dos mesmos para a etiologia dos eventos mórbidos, mas pouco crédito é dado ao entendimento que a população tem desse processo, às representações sociais ligadas ao fenômeno. Da mesma maneira, ao buscar uma intervenção pautada por estratégias de territorialização da atenção à saúde, são ignorados a complexidade das relações de poder e os aspectos subjetivos e simbólicos que conformam a construção da territorialidade humana. Invariavelmente a explicação científica – quase sempre limitada a uma ou outra vertente

desenvolvida no vasto campo de possibilidades do conhecimento científico - é a única tida como verdadeira, em detrimento das construções subjetivas desenvolvidas pelas pessoas.

Cabe observar que não se trata, aqui, de propor uma perspectiva relativista, que considera aceitável toda e qualquer representação de um determinado fenômeno, mas reconhecer a existência de diferentes e às vezes conflitantes percepções presentes numa situação social. Estas percepções, independente da procedência e legitimidade de seus fundamentos, expressam modos de ver, vivenciar e construir o mundo. Neste sentido, são constituintes da realidade social e não podem ser ignoradas ao se propor qualquer intervenção sobre a mesma.

Quando falamos em territorialização da atenção à saúde estamos nos referindo, na verdade, a propostas de reconfiguração territorial, visando a viabilização operativa dos princípios e doutrinas do SUS. Ou seja, não podemos perder de vista que o modelo herdado, com todos os seus vícios e problemas, obedece a uma determinada lógica territorial fundada em relações de poder e representações simbólicas e subjetivas historicamente determinadas. Assim, falar em territorialização da atenção à saúde como estratégia de construção do SUS significa buscar a desterritorialização-reterritorialização das práticas assistenciais, constituindo novas relações simbólico-afetivas e de poder. Nesta busca, por outro lado, a definição de bases geográficas e a adscrição de clientela nos serviços de saúde correspondem apenas a um instrumento possível (e não um fim em si mesmo), cuja utilização deve levar em conta a complexidade do problema.

Acredito que as múltiplas possibilidades que se colocam para as propostas de territorialização da atenção à saúde (e para o trabalho em saúde pública de um modo geral) expressam o tensionamento entre duas tendências inseparáveis que marca a história da saúde pública moderna: de um lado a busca de uma valorização da condição humana; de outro, a função de servir como instrumento de controle social em benefício dos interesses econômicos vigentes.

Neste sentido, para finalizar, considero pertinente transpor as observações de Spink e Frezza (1999, p. 32-33) acerca da perspectiva construcionista na pesquisa social para o contexto desta discussão:

[..] os critérios e conceitos que utilizamos para descrever, explicar, escolher entre as opções que se apresentam são construções humanas, produtos de nossas convenções, práticas e peculiaridades. Como construções históricas e culturais, elas não podem, por princípio, ser invariantes. Entretanto, esse relativismo histórico e cultural só se torna claro numa perspectiva de análise de 'tempo longo'. No cotidiano de nossas vidas, somos, de fato, produtos de nossa época e não escapamos das convenções, das ordens morais e das estruturas de legitimação. A pesquisa construcionista é, portanto, um convite a examinar essas convenções e entendê-las como regras socialmente construídas e historicamente localizadas. É um convite a aguçar a nossa imaginação e a participar ativamente dos processos de transformação social. Impõe-se, em contrapartida, a necessidade de explicitação de nossas posições: não a escolha arbitrária entre opções tidas como equivalentes, mas a opção refletida a partir de nossos posicionamentos políticos e éticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AERTS, Denise; ALVES, Geisa. **Processo de territorialização**: construindo um novo modelo de atenção em saúde. Texto elaborado para as oficinas de territorialização da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. 1997.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Rio de Janeiro, vol. 3, no. 1-3, p.4-20. Abr/dez. 2000.

ALVITO, Marcos. Um bicho-de-sete-cabeças. In: ZALUAR, Alba; ALVITO (Org.). **Um século de Favela**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999. p. 181 – 208.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Elementos históricos e filosóficos para a crítica da epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol. 27, n. 2, p. 135-144. Abr. 1993.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Interpretacão histórica e transformacão científica: a tarefa hermenêutica de uma teoria crítica da epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol. 28, n. 4, p. 311-319. Ago. 1994.

BARRETO, Maurício Lima. Debate sobre o artigo de Dina Czeresnia & Adriana Maria Ribeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.16, n.3, p.613-614. Jul/set. 2000.

BECKER, Howard. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

BONNEMAISON, Joel. Viagem em torno do território. In: CORRÊA, Roberto Lobato; ROSENDAHL, Zeny. **Geografia cultural: um século (3)**. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 2002. p. 83-132.

BRASIL, Congresso Nacional. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL, Congresso Nacional. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990. P. 18.055-18.059.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas – o caso da saúde. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-88.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner Santos. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.14, n. 4, p. 863-870. Dez. 1998.

CARA, Roberto Bustos. Teritorios de lo cotidiano: puntos de partida para la reflexion. In: MESQUITA, Zilá; BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Orgs.). **Territórios do cotidiano**: uma introdução a novos *olhares* e experiências. Porto Alegre: UFRGS, 1995, p. 67-75.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde**: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. Fev. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (versão preliminar), Campinas, São Paulo.

CASTELLANOS, Pedro Luis. Avances metodológicos en Epidemiologia. In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 1, 1990, Campinas, SP. **Anais...** Rio de Janeiro: Abrasco, 1990. p. 201 a 216.

CASTELLANOS, Pedro Luis. O ecológico na epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, Naomar & col. (Orgs.). **Teoria epidemiológica hoje**: fundamentos, interfaces e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1118 p. 129-147.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 13, n. 3, p. 469-478. 1997.

COHN, Amélia. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In COHN, Amélia, ELIAS, Paulo. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 3ª ed. São Paulo: Cortez/Cedec, 1999. p. 13-57.

CORRÊA, Roberto Lobato. Espaço, um conceito-chave da geografia. In: CASTRO, Elias de; COSTA, Paulo César da; CORRÊA, Roberto Lobato. **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995, p. 15-47.

COSTA, Maria da Conceição; TEIXEIRA, Maria da Glória Lima Cruz. A concepção de "espaço" na investigação epidemiológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.15, n.2, p.271-279, Abr/jun. 1999.

CZERESNIA, Dina; RIBEIRO, Adriana Maria. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.16, n..3, p. 595-605, Jul/set. 2000.

DAMATTA, Roberto. **A casa & a rua**: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DEMHAB – Departamento Municipal de Habitação. **Mapa da irregularidade fundiária de Porto Alegre**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 1999.

ELEIÇÕES. **Porto Alegre: os prefeitos do século**. Porto Alegre: Terra Networks S. A., 2000. Disponível em: < <http://www.terra.com.br/noticias/eleicoes> > Acesso em 15 dez. 2001.

EVANGELISTA, Hélio de Araújo. Geografias moderna e pós-moderna: os debates recentes. **Boletim do Grupo de Estudos Geopolíticos do Departamento de Geografia da UFF**. Rio de Janeiro, ano II, n. 2, mar. 1997. Disponível em: <<http://www.feth.ggf.br/POSMODERNO.htm>> Acesso em: 23 jun. 2003.

FEE – Fundação de Economia e Estatística. *Um século de população do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Secretaria da Coordenação e Planejamento do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2001. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/tabelas_pop.htm > Acesso em 15 dez. 2001.

FEKETE, Maria Christina. Bases conceituais e metodológicas do planejamento em saúde. In: SANTANA, José Paranaguá de (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: OPAS. p. 159-173.

FERREIRA, Marcelo Urbano. Debate sobre o artigo de Dina Czeresnia & Adriana Maria Ribeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.16, n.3, p.609-610, Jul/set. 2000.

FORTES, Alexandre; GOMES, Ângela. **Planejamento Estratégico Situacional Participativo**: caderno de conceitos. Rio de Janeiro: FESP, 1999.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 2, p. 345-353. Abr/jun. 1999.

GODOY, Arilda. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. São Paulo, **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, v. 35. n. 3, p. 20-29, mai./jun. 1995.

GUATARI, Félix. Espaço e poder: a criação de territórios na cidade. **Espaço & debates**, São Paulo, ano V, n. 16, 1985.

GUIMARÃES, José Joaquim de Lima; FISCHMANN, Airtom. Inequalities in 1980 infant mortality among shantytown residents and nonshantytown residents in the municipality of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. **PAHO Bulletin**, vol. 19, n. 3, 1985.

GUIMARÃES, Raul Borges. Saúde urbana: velho tema, novas questões. **Terra Livre**. São Paulo, n.17, p. 155-170, 2^o semestre 2001.

HAESBAERT, Rogério. Desterritorialização: entre as redes e os aglomerados de exclusão. In: CASTRO, Iná Elias de et al. (org). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Loyola, 1993.

HOLZER, Werther. **A Geografia Humanista**: sua trajetória de 1950-1990. 1992. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

HOLZER, Werther. Uma discussão fenomenológica sobre os conceitos de paisagem e lugar, território e meio ambiente. **Território**, Rio de Janeiro, ano II, n. 3, Jul. / dez. 1997.

JUNQUEIRA, Luciano Prates; INOJOSA, Rose Marie. **Descentralização em saúde e a gestão do distrito sanitário**. Brasília: OPAS/OMS, 1988, 36 p. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n° 2).

KADT, Emanuel; TASCIA, Renato. **Promovendo a equidade**: um novo enfoque com base no setor da saúde. São Paulo/Salvador: Hucitec, 1993.

KNAUTH, Daniela Riva; VÍCTORA, Ceres Gomes; LEAL, Ondina Fachel. A banalização da AIDS. **Horizontes antropológicos**. Porto Alegre, vol. 4, n. 9, p. 171-202. Out. 1998.

LEEDS, Elizabeth. Cocaína e poderes paralelos na periferia urbana brasileira: ameaças à democratização em nível local. In: ZALUAR, Alba; ALVITO (Org.). **Um século de Favela**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999. p. 233 - 276.

MACHADO, Mônica Sampaio. Geografia e Epistemologia: um passeio pelos conceitos de espaço, território e territorialidade. **Revista GEOUERJ**, Rio de Janeiro, ano I, n. 1, jan. 1997.

MAMIGOMIAN, Armem. A Geografia e a formação social como teoria e como método. In: SOUZA, Maria Adélia Aparecida de (Org.). **O mundo do cidadão, um cidadão do mundo**. São Paulo : Hucitec, 1996, p. 198 -206.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento & governo**. Brasília: Ipea, 1993.

MATUS, Carlos, **Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi**: estratégias políticas. São Paulo: Fundap, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distritos sanitários**: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993a. p. 93-158.

MENDES, Eugênio Vilaça. Distritos Sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distritos sanitários**: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993b. p. 159-220.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distritos sanitários**: o processo

social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993c. p. 19-92.

MENDES, Eugênio Villaça. **Uma Agenda Para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, Emerson Elias; CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira; NOGUEIRA FILHO, Roberto Costa. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em debate**, Ed. 33, Dez. 1991.

MERHY, Emerson. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, Emerson; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Práxis em salud: um desafio para lo público**. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p. 197-228.

MESQUITA, Zilá. **Antenas, redes e raízes da territorialidade**. 1992. Tese (Doutorado em Geografia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MESQUITA, Zilá. Cotidiano ou quotidiano. In: MESQUITA, Zilá; BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Orgs.). **Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1995a, p. 12-26.

MESQUITA, Zilá. Do território à consciência territorial. In: MESQUITA, Zilá; BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Orgs.). **Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências**. Porto Alegre: UFRGS, 1995b, p. 76-92.

MESQUITA, Zilá. Espaço, território e lugar: estas palavras ciganas... **Educação, Subjetividade e Poder**. Porto Alegre, vol. 5, n 5, , p. 64-75, jul. 1998.

MESQUITA, Zilá. Reterritorializando modos de ver e sentir. **Ciência Geográfica**. Bauru, vol. 5, n. 12, p. 44-51, jan./abr. 1999.

MINAYO, Maria Cecília; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? Rio de Janeiro, **Cadernos de Saúde Pública**, n. 9, p. 239-262, jul./set., 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, vol. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997/fev. 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O que é o SUS? O que comporta? Quanto custa? **Revista experiências inovadoras no SUS**. Brasília, ano I, n. 1, ago. 2002.

MISOCZKY, Maria Ceci. Distrito Sanitário: o desafio de descentralizar com democracia. **Saúde em debate**, Ed. 33, Dez. 1991.

MISOCZKY, Maria Ceci. **Produção social no campo da saúde após a reforma de 1988**. Nov. 2000. Projeto de Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MISOCZKY, Maria Ceci. (Re)encontrando o espaço do território nas estratégias de organização da atenção à saúde. In: MISOCZKY, Maria Ceci; BECH, Jaime (Orgs.). **Estratégias da atenção à saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p. 77-87.

OLIVA, Jaime Tadeu. O espaço geográfico como componente social. **Terra Livre**, São Paulo, n. 17, p. 25-48, 2^o sem. 2001. Disponível em: <<http://www.cibergeo.org/agbnacional/terralivre17/artigo2.pdf>>. Acesso em: 20 jun.2003.

OLIVEIRA, Francisco Arsego. **Serviços de saúde e seus usuários**: comunicação entre culturas em uma unidade de saúde comunitária. 1998. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

OLIVEIRA, Luiz Antônio; MENDES, Márcia Martins. Mortalidade Infantil no Brasil: uma avaliação de tendências recentes. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995. p.291-303.

PAIM, Jairnilson Silva. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distritos sanitários: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993. p. 187-220.

PETERSEN, Sílvia Regina Ferraz. O cotidiano como objeto teórico ou o impasse entre ciência e senso comum no conhecimento da vida cotidiana. In: MESQUITA, Zilá; BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Orgs.). **Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1995a, p. 30-39.

PINA, Maria de Fátima de; NOBRE, Flávio Fonseca. Aplicação de técnica de interpolação espacial para geração de superfícies de densidade utilizando dados do censo-1991, no município do Rio de Janeiro. **Anais GIS Brasil**, Salvador, 1999. Disponível em: < <http://www.cartografia.org.br/xixcbccd/artigos/c3/CIII-08/interpol.pdf>.> Acessado em: 25 mar. 2002

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco. 2001. p. 65-112.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **III Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre: aprofundando o controle social**. Porto Alegre, 2000.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

REIS, Luis Carlos Tosta dos. Por uma concepção dialética do espaço: o conceito de formação espacial em Milton Santos. **Geografares**. Vitória, v. 1, n. 1, p. 61-72, 2000. Disponível em:

<http://www.ufes.br/~geoufes/download/Por_uma_concepcao_dialetica.pdf > Acesso em: 23 jun.2003.

RIGHI, Liane Beatriz. Pirâmides, círculos e redes: modos de produzir a atenção em saúde. In: MISOCZKY, Maria Ceci; BECH, Jaime (Orgs.). **Estratégias da atenção à saúde**. Porto Alegre: Dacasa, p. 29-46.

ROJAS, Luisa Iñiguez. Geografia y salud: temas y perspectivas en América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.14, no.4, p.701-711, Out./dez. 1998.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Unesp/Hucitec, 1994.

RÜCKERT, Aldomar; MISOCZKY, Maria Ceci. Território vivido, território em mutação. In: MISOCZKY, Maria Ceci; BECH, Jaime (Orgs.). **Estratégias da atenção à saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p. 67-76.

SACK, Robert David. The meaning of territoriality. In: SACK, Robert David. **Human territoriality: its theory and history**. New York: Cambridge University Press, 1986, p. 5-27.

SANTOS, Milton. Sociedade e espaço: a formação social como teoria e como método. **Boletim Paulista de Geografia**, São Paulo, n. 54, p. 35-59, jun. 1977.

SANTOS, Milton. **Por uma Geografia nova**. São Paulo: Hucitec, 1978.

SANTOS, Milton. **Técnica, espaço, tempo**: globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo: Hucitec. 1994.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço**: técnica e tempo, razão e emoção, São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, Milton. **Espaço & método**. São Paulo: Nobel. 1998.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública**. Porto Alegre: L & PM. 1987.

SILVA, Luiz Jacintho da. Considerações acerca dos fundamentos teóricos da explicação em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 19, n. 4, p. 377-383. Ago. 1985.

SILVA, Luiz Jacintho da. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.13, n. 4, p.585-593, Out/dez. 1997.

SILVA, Joseli Maria. Cultura e territorialidades urbanas: uma abordagem da pequena cidade. **Revista de História Regional**, Ponta Grossa, vol. 5, n. 2, inverno 2000. Disponível em: < www.rhr.uepg.br/v5n2/joseli.htm > Acesso em: 17 out. 2001.

SILVA, Jan Carlos da. O conceito de território na geografia e a territorialidade da prostituição. In: RIBEIRO, Miguel Ângelo. **Território e prostituição na metrópole carioca**. Rio de Janeiro: Ecomuseu Fluminense, 2002, p. 16-56.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SOUZA, Marcelo José Lopes de. O território: sobre o espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, Elias de; COSTA, Paulo César da; CORRÊA, Roberto Lobato. **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995, p. 77-116.

SPINK, Mary Jane. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: Guareschi, Pedrinho; Jovchelovitch, Sandra (Orgs.). **Textos em Representações Sociais**. 2^a ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 117-145.

SPINK, Mary Jane; LIMA, Helena. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção de**

sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999. p. 41-62.

SPINK, Mary Jane; FREZZA, Rose Mary. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999. p. 17-40

SROUR, Robert Henry. **Poder, cultura e ética nas organizações.** Rio de Janeiro: Campus, 1998.

SUERTEGARAY, Dirce Maria Antunes. Espaço geográfico uno e múltiplo. **Revista electrónica de Geografía e Ciências Sociales.** Barcelona, n. 93, jul. 2001. Disponível em: < <http://www.ub.es/geocrit/sn-93.htm>> Acesso em: 23 jun. 2003.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distritos sanitários:** o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993. p. 237-266.

TREZZI, Humberto. Criminosos da capital tentam imitar cariocas. **Zero Hora,** Porto Alegre, p.34. 19 fev. 1996.

TUAN, Yi-Fu. **Espaço e lugar:** a perspectiva da experiência. São Paulo: Difel, 1983.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNGLERT, Carmen Vieira de Souza. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distritos sanitários:** o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993. p. 221-235.

UNGLERT, Carmen Vieira de Souza. O processo da territorialização em saúde no município de São Paulo. In: TEIXEIRA, Carmem Fontes; MELO, Cristina (Orgs.).

Construindo distritos sanitários: a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo. São Paulo/Salvador: HUCITEC, 1995. p. 35-43.

URTEGA, Luis. Miseria, miasmas y microbios: las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX. **Cuadernos Críticos de Geografía Humana.** Barcelona, año V, n. 29, p. 5-55. Set. 1980. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/sv-58.htm>> Acesso em 22 mai. 2003

VESENTINI, José Willian. **A geografia crítica no Brasil:** uma interpretação depoente. Geocrítica: home page de José Willian Vesentini. 2001. Disponível em: <<http://www.geocritica.hpg.ig.com.br/artigos.htm>> Acesso em: 22 jun. 2003.

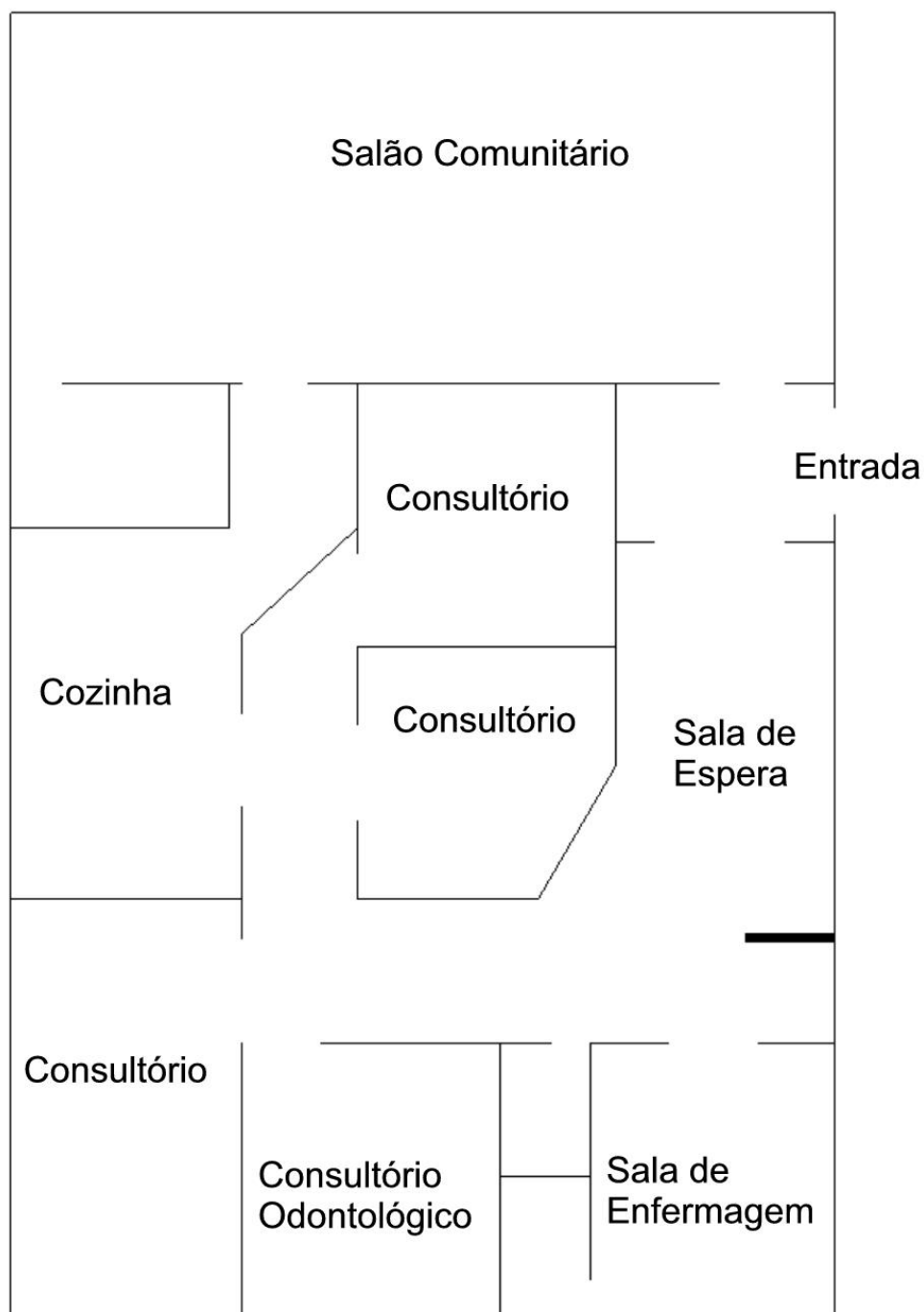
XAVIER FILHO, Eduardo de Freitas. **Vila, pobre vila!** – por uma antropologia médica. Porto Alegre: Sagra, 1991.

YIN, Robert. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZALUAR, Alba. Crime, medo e política. In: ZALUAR, Alba; ALVITO (Orgs.). **Um século de Favela.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999. p. 209-232.

ZALUAR, Alba; ALVITO, Marcos. Introdução. In: ZALUAR, Alba; ALVITO (Orgs.). **Um século de Favela.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999. p. 7 – 24.

ANEXO A
ESPAÇO FÍSICO DA UBS MORRO DA CRUZ



ANEXO E

QUESTIONÁRIO

9) Alguma pessoa da família faz uso diário de medicamento? não sim

Nome	Medicação

10) Tem alguma criança no Programa Pré-Crescer (do leite)?

não sim, quem? _____

11) Alguém usa bebida alcoólica? não sim _____

12) Alguém faz uso de drogas? não sim _____

13) Alguém é fumante ? não sim

Nome	Cigarros/dia	Nome	Cigarros/dia

INFORMAÇÕES SOBRE A MORADIA E RENDA

14) Assoalho: não sim

15) Teto com forro: não sim

16) Janelas com vidro: não sim

17) Portas com trinco/fechadura: não sim

18) Água encanada: dentro de casa no terreno não tem

19) Rede de esgoto? encanado fossa ao ar livre

20) Pavimentação na rua: não sim

21) Sanitário:

com descarga sem descarga casinha coletivo outros

22) Qual o tipo de construção da moradia?

alvenaria mista madeira outros materiais _____

23) Quantas peças há na casa?

(excluir banheiro, corredor, garagem e depósito): peças

24) Onde dormem as pessoas? (quantos quartos) peças dormitório

25) Tem fogão (a gás ou lenha)? não sim

26) Tem geladeira? não sim

27) Tem televisão? não sim

28) Tem rádio? não sim

29) Tem celular? não sim

30) Tem carro? não sim

31) Animais na moradia? não sim

Quais? cachorro gato porco galinha _____

32) Possui horta? não sim Qual? alimentos ervas medicinais

33) Renda familiar em salário mínimo? R\$ _____ (_____ SM)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando Censo das famílias que é um estudo com os moradores de nossa área de atendimento. O estudo tem como objetivo estudar o perfil de saúde de nossas famílias para podermos planejar ações de atenção, prevenção e promoção da saúde, afim de melhorar nosso atendimento. Assim, convidamos o(a) sr.(a) para participarem do estudo, nos respondendo a um questionário e nos permitindo coletar os dados

O atendimento que sua família recebe no serviço de saúde não sofrerá nenhum prejuízo caso não queira participar do estudo. Caso aceite participar, lhe garantimos privacidade e sigilo das informações fornecidas, pois esta pesquisa atende às exigências éticas e científicas. Além disso, em qualquer momento que deseje deixar de participar do estudo isso poderá ser feito sem qualquer prejuízo.

Eu, _____ aceito participar voluntariamente deste estudo. Estou ciente que em qualquer momento poderei deixar de participar sem sofrer qualquer prejuízo, que minha participação é isenta de despesas e que também não receberei pagamento.

Minha assinatura neste termo dará autorização para a coordenadora do estudo utilizar os dados quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

Porto Alegre, _____ 2002.

Assinatura: _____