



UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA

TÂNIA MARA DA SILVA BACKSCHAT

TERRITÓRIO-USADO E SAÚDE EM PEQUENAS CIDADES

Londrina
2015

TÂNIA MARA DA SILVA BACKSCHAT

TERRITÓRIO-USADO E SAÚDE EM PEQUENAS CIDADES

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social e Política Social.

Orientadora: Prof^a Dra. Líria Maria Bettiol Lanza

Londrina
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Backschat, Tânia Mara da Silva .

Território-usado e saúde em pequenas cidades / Tânia Mara da Silva Backschat. - Londrina, 2015.
160 f. : il.

Orientador: Líria Maria Bettiol Lanza.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2015.

Inclui bibliografia.

1. Serviço social - Tese. 2. Política de saúde - Tese. 3. Saúde pública - Tese. I. Lanza, Líria Maria Bettiol . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. III. Título.

TÂNIA MARA DA SILVA BACKSCHAT

TERRITÓRIO-USADO E SAÚDE EM PEQUENAS CIDADES

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social e Política Social.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra Líria Maria Bettiol Lanza
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Tânia Maria Fresca
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Maria Luiza Amaral Rizzotti
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 02 de dezembro de 2015.

DEDICATÓRIA

A minha família, de perto, Claudinei,
Pedro Henrique e Ana Elisa e
compreensão dos momentos de ausência
e dedicados a concretização deste
trabalho.

A minha família, de longe, mas sempre
presentes, meus pais, Ailton e Jane,
minha irmã Thais e ao meu avô Joaquim,
que me acolheram e acreditaram no meu
sonho.

A minha família, do coração, pelo apoio
e incentivo que tanto me ajudaram
quando eu mais precisava de uma
palavra amiga.

AGRADECIMENTOS

Do processo seletivo, passando pela aprovação e conclusão do Mestrado foi um longo caminho percorrido. Nada foi fácil e tampouco tranquilo, mas ao final desta jornada, maiores são os motivos de agradecimento, pois restam muito mais alegrias do que dificuldades.

Quero agradecer a todos aqueles que sempre confiaram em mim. Especialmente à minha família, marido, filhos, pais, irmã, avô, tias, primas, sogra e cunhados, meus verdadeiros amigos. Não citarei nomes para não arriscar esquecer alguém; mas obrigada pelo incentivo para alcançar caminhos cada vez mais distantes na busca pelo conhecimento.

A minha orientadora Dra. Líria Maria Bettiol Lanza pela confiança, disponibilidade e oportunidade de aprender ao seu lado, incentivando sempre a superação dos meus limites.

As professoras Dra. Maria Luiza e Dra. Tânia Fresca que aceitaram compor minha banca de qualificação e defesa, pelas sugestões e análises significativas às quais tentarei atender na versão definitiva do texto.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, da Universidade Estadual de Londrina, em especial à Dra. Mabel Mascarenhas Torres e ao Programa de Mestrado Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento, da Universidade Estadual do Paraná – *campus* Campo Mourão, em especial aos professores Dr. Marcio Bovo e Dr. Fábio Hahn, pela acolhida como aluna especial nas disciplinas ofertadas e que confirmaram o desejo de trilhar este caminho.

Aos colegas pesquisadores do Projeto de Pesquisa “A lógica territorial na gestão das políticas sociais” e do Projeto de Pesquisa “O uso do território pela política de saúde e sua interface com o trabalho do assistente social” quero agradecer pelas discussões, leituras e estudos em conjunto. Aos demais colegas de estudos e aos amigos do trabalho, na Prefeitura de Campo Mourão e Faculdade Unicampo. Agradeço pela compreensão e paciência no que se refere às minhas ausências.

Enfim, agradeço a todos aqueles que de uma maneira ou de outra contribuíram para que este percurso pudesse ser concluído. Com vocês queridos, divido a alegria desta experiência.

A vida está cheia de desafios que, se aproveitados de forma criativa, transformam-se em oportunidades.

Maxwell Maltz

BACKSCHAT, Tânia Mara da Silva. **Território-usado e saúde em pequenas cidades**. 2015. – 160f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina. 2015.

RESUMO

Esse estudo tem como objetivo analisar o território usado pela política de saúde em pequenas cidades a partir das implicações no agir profissional em saúde, sendo destacada a percepção dos assistentes sociais. A abordagem teórica sobre o território-usado está fundamentada na perspectiva de Milton Santos e na construção histórico-crítica da produção do território usado, da política de saúde e pequenas cidades, que conformam o núcleo orientador desta pesquisa devido a sua relevância para a aproximação dos lugares onde as pessoas vivem. Por intermédio da categoria território usado buscamos desvendar os diferentes estágios do desenvolvimento das técnicas, dos objetos e das ações, compreendidos pelo autor, do período natural ao período do meio técnico-científico-informacional, relacionando-o à política de saúde. Em face aos objetivos desta pesquisa, realizou-se uma investigação de natureza qualitativa, de caráter descritivo e explicativo e como procedimentos metodológicos, a revisão bibliográfica, pesquisa documental e de campo, com a realização de técnicas de entrevistas com assistentes sociais e observações sistemáticas em três pequenas cidades da Mesorregião Central Ocidental do Estado do Paraná. Os resultados apontam que embora o atual período técnico-científico-informacional influencie a sociedade com os avanços das tecnologias, estes não estão disponíveis em todos os lugares, dificultando o acesso da população aos modernos tratamentos de saúde. Sendo as pequenas cidades estudadas, resultados de um processo de formação socioeconômica voltada para os interesses do capital, mesmo com o aumento da participação dos municípios na gestão das políticas sociais, ocasionado pela diretriz da municipalização e, na área da saúde incentivada pelo Sistema Único de Saúde, elas enfrentam as dificuldades de ofertarem todos os serviços e ações de saúde em seus territórios, o que obriga a população a recorrer aos centros mais dinâmicos do estado para obter os cuidados em saúde, especialmente aos serviços de média e alta complexidade. As alterações do atual período também influenciam nos processos de organização do agir profissional, permitindo o alargamento de campos de trabalho para profissões da área da saúde, dentre elas o Serviço Social, requisitando práticas coletivas e interdisciplinares. Conclui-se que as pequenas cidades expressam um cotidiano marcado por intensas relações de convivência e solidariedade entre os seus moradores, particularizando o agir profissional em saúde nesses espaços o que implica no desenvolvimento de novos conhecimentos e desafios requalificando as ações profissionais.

Palavra-chaves: Território-usado. Pequenas cidades. Política de Saúde. Serviço Social.

BACKSCHAT, Tânia Mara da Silva. **“Territory used” and health in small towns**. 2015. 160p. Dissertation (Master's degree in Social Service and Social Politics) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

ABSTRACT

This study aims to analyze the territory used by health policy in small cities based on the implications in the acting of the professional in health, and highlighting the perception of social workers. The theoretical approach to “territory used” is based in the Milton Santos’ perspective, in the historical-critical construction of the territory used and of the health policy and small cities, that comprise the guiding core of this research because of their relevance to the approach of the places where people live. Through the “territory used” category we intend to unravel the different stages of the development of techniques, objects and actions, understood by the author, from the natural period to the period of technical-scientific-informational milieu, relating it to health policy. According to the objectives of this research, it was made a qualitative, descriptive and explanatory investigation and the methodological procedures were the bibliographic review, document and field research with interviewing techniques with social workers and systematic observations three small cities in the Greater Region Central West of Paraná. The results show that although the current technical-scientific-informational period influences the society with the advancement of technology, these are not available everywhere, hindering people's access to modern health treatments. Recognizing the small towns studied as a result of a process of socioeconomic training geared to the interests of capital, even with the increased participation of municipalities in the management of social policies, caused by the policy of municipalization and in health promoted by the "Sistema Único de Saúde", they face difficulties to offer of all services and health actions in their territories, forcing people to resort to the most dynamic centers of the state for the health care, especially to middle and high complexity services. Changes in the current period also influence the processes of organization of professional action, allowing the increase of the labor camps to the health professions, among them the social work, requiring collective and interdisciplinary practices. We conclude that small cities express a life marked by intense relationships of coexistence and solidarity among their residents, individualising the professional acting in health in these spaces which implies the development of new knowledge and challenges requalifying professional actions.

Keywords: “Territory used”. Small cities. Health policy. Social work.

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	<i>Tropa carregada de erva-mate descendo a serra.....</i>	14
Figura 2 –	<i>Sapeco da erva mate</i>	25
Figura 3 –	<i>Trabalhos artesanais realizados por pacientes do serviço de saúde de uma das pequenas cidades pesquisadas</i>	40
Figura 4 -	Divisão em regionais e macrorregionais de saúde no estado do Paraná	63
Figura 5 -	Divisão em microrregionais de saúde no estado do Paraná.....	64
Figura 6 -	Linha de Cuidado em Alta complexidade cardiovascular no Paraná	66
Figura 7 –	<i>Café</i>	69
Figura 8 -	Mapa de localização da pequena cidade de Juranda	78
Figura 9-	Mapa de localização do município de Mamborê.....	79
Figura 10 -	Mapa de localização do município de Terra Boa	80
Figura 11 -	Pedra em homenagem ao Caminho de Peabiru no patrimônio de Canjarana – Mamborê	82
Figura 12 -	Vista da cidade de Juranda no período de colonização	84
Figura 13 -	Anel de Integração do Estado do Paraná	88
Figura 14-	Rodovia BR 369	89
Figura 15 -	Foto da PR 082	90
Figura 16 –	Imagem de entrada da pequena cidade de Terra Boa	110
Figura 17 –	Imagem da entrada da pequena cidade de Juranda	110
Figura 18 –	Imagem da entrada da pequena cidade de Mamborê	110

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Histórico do Índice de Desenvolvimento Humano – IDHM de 1991 a 2010.....	97
Gráfico 2 –	Evolução histórica do Índice de Gini de 1991 a 2010	98
Gráfico 3 -	Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água de 1991 a 2014	99
Gráfico 4 -	Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária de 1991 a 2014.....	100
Gráfico 5 -	Proporção de moradores por tipo de destino de lixo de 1991 a 2014	101
Gráfico 6 –	Evolução histórica das principais causas de mortalidade em Juranda de 1996 a 2012.....	103
Gráfico 7 –	Evolução histórica das principais causas de mortalidade em Mamborê de 1996 a 2012	104
Gráfico 8 –	Evolução histórica das principais causas de mortalidade em Terra Boa de 1996 a 2012	105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Municípios brasileiros por classe de tamanho da população segundo o Censo Demográfico de 2010.....	21
Tabela 2 -	Proporção de população geral e com plano de saúde no Estado do Paraná no período de 2000 a 2014.....	56
Tabela 3-	Evolução da população residente das pequenas cidades de Juranda, Mamborê e Terra Boa nas décadas de 1991 a 2010.....	86
Tabela 4 -	Principais estabelecimentos e empregos segundo as atividades econômicas	91
Tabela 5 -	Acompanhamento da população pelas Equipes de Saúde da Família em 2014.....	106
Tabela 6 –	Totalidade dos estabelecimentos de saúde públicos e privados em 2014.....	107
Tabela 7 –	Distribuição dos serviços por nível de atenção e território sanitário	108

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 -	Ações estratégicas da Rede de Atenção à Saúde da Mulher no Paraná.....	65
------------	------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centros de Atendimento Psicossocial
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CID	Classificação Internacioanl de Doenças
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAMO	Cooperativa Agropecuária Mourãoense
COAPS	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COMCAM	Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão
CRESS	Conselhos Regionais de Serviço Social
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DC	Desenvolvimento de Comunidade
ESF	Estratégia Saúde da Família
FATR	Fundação de Assistência ao Trabalhador Rural
FES	Formação Socioeconômica e espacial
FMI	Fundo Monetário Internacional
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-E	Índice de Desenvolvimento Humano – Escolaridade
IDH-L	Índice de Desenvolvimento Humano – Longevidade
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDH-R	Índice de Desenvolvimento Humano – Renda
INPS	Instituto Nacional de Previdência social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência em Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ONU	Organização das Nações Unidas
PFL	Partido da Frente Liberal

PSF	Programa de Saúde da Família
PNH	Política Nacional de Humanização
PUC	Pontífice Universidade Católica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TDR	Territorialização-Desterritorialização-Reterritorialização
TFD	Transporte para Fora do Município
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

INTRODUÇÃO	15
1 DO TERRITÓRIO AO TERRITÓRIO USADO: A PRODUÇÃO SOCIAL DO ESPAÇO	26
1.1. A PRODUÇÃO E VALORIZAÇÃO CAPITALISTA DO TERRITÓRIO	26
1.2. APROXIMAÇÕES SOBRE O CONCEITO TERRITÓRIO-USADO	34
1.3. TERRITÓRIO USADO E EXERCÍCIO DO PODER	37
2 A POLÍTICA DE SAÚDE E O TERRITÓRIO-USADO	41
2.1. POLÍTICA DE SAÚDE: PERÍODO TÉCNICO-CIENTÍFICO	43
2.2. POLÍTICA DE SAÚDE: PERÍODO TÉCNICO-CIENTÍFICO-INFORMACIONAL	47
2.3. A PERSPECTIVA TERRITORIAL NA CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE PÓS 1988	57
3 A FORMAÇÃO SOCIOESPACIAL E A ORDENAMENTO DO TERRITÓRIO: AS PEQUENAS CIDADES	70
3.1. CONCEITUANDO A PEQUENA CIDADE	71
3.2. O ORDENAMENTO TERRITORIAL PARANAENSE: A COLONIZAÇÃO E FORMAÇÃO SOCIOESPACIAL	78
3.3. ACESSIBILIDADE ÀS PEQUENAS CIDADES	89
3.3. ECONOMIA DAS PEQUENAS CIDADES	91
3.4. RELAÇÕES DE PESSOALIDADE E CONVIVÊNCIA NAS PEQUENAS CIDADES	93
3.5. INDICADORES E CONDIÇÕES DE SAÚDE NAS PEQUENAS CIDADES	96
3.6. O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS PEQUENAS CIDADES	102
4 O TERRITÓRIO USADO - POLÍTICA DE SAÚDE EM PEQUENAS CIDADES E AS IMPLICAÇÕES NO AGIR PROFISSIONAL	111
4.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	115
4.2. SITUANDO A SAÚDE E O NOVO PERFIL PROFISSIONAL NO PERÍODO TÉCNICO-CIENTÍFICO-INFORMACIONAL	121

4.3.	A PERSPECTIVA TERRITORIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE EM PEQUENAS CIDADES	129
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	137
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	142
	ANEXOS	152
	ANEXO I – Carta de Aprovação no Comitê de Ética	153
	ANEXO II – Termo de Consentimento livre e esclarecido	154
	APÊNDICE I – Roteiro de Observação do Trabalho do assistente social no serviço de saúde	157
	APÊNDICE II – Roteiro norteador de entrevista	159

INTRODUÇÃO



Tropa carregada de ervamate descendo a serra
João Leão Pallière –
(sem data)

INTRODUÇÃO

A presente dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, na linha de pesquisa gestão de políticas sociais, discute sobre a temática território-usado e saúde, em pequenas cidades, em decorrência da trajetória pessoal e profissional da pesquisadora. Da trajetória pessoal destaca-se a vivência em uma grande cidade (Londrina), com uma variedade de serviços urbanos como comércio, transporte, opções de lazer e cultura e o deslocamento para uma região com a predominância de pequenas cidades com diferenças no estilo e modo de vida. Conforme será apresentado nessa pesquisa, na região há a predominância de cidades que sobrevivem da agricultura, sendo encontrada apenas uma que tem na indústria a base econômica, devido a sua proximidade com centros industriais no ramo têxtil. O sentimento de ser estranha ao novo local, a necessidade de aprender e compreender a nova cultura foi importante no processo de adaptação.

Tal como tantos outros profissionais, a oportunidade de emprego motivou a mudança de cidade. A pouco mais de uma década trabalhando com a saúde pública municipal, a experiência profissional, esteve permeada de questionamentos e discussões sobre a importância e ao mesmo tempo sobre a dificuldade do processo de territorialização, diagnóstico e implantação de programas e projetos de saúde. Aliado a isso, a aproximação aos sujeitos sociais atendidos no serviço de saúde, por meio de suas histórias de vida e do cotidiano motivaram a busca pelo aprofundamento e conhecimento acerca do tema.

A entrada no referido Programa de Pós-Graduação e a participação nas atividades do Núcleo de Estudos e Pesquisa de Gestão Social, sobretudo no desenvolvimento do Projeto de Pesquisa¹ “A lógica territorial na gestão de políticas sociais”, permitiu a aproximação com o debate teórico-conceitual em torno do território e sua aproximação com as políticas sociais, como espaço dinâmico de relações onde as necessidades e as possibilidades se confrontam e materializam no cotidiano e, a cidadania ganha vida (KOGA, 2011).

¹ O referido projeto de pesquisa Casadinho\Procad é uma parceria ente a Universidade Estadual de Londrina (UEL) com a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), por intermédio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Tem como objetivos aprofundar conhecimentos sobre a gestão de políticas sociais; analisar a formulação, a execução e os processos de monitoramento das políticas setoriais; aprimorar o ensino; oferecer subsídios para os processos de gestão nos municípios do Paraná (PROCAD, 2011).

Sendo as reflexões sobre o território alvo de estudos por diferentes áreas do conhecimento esta pesquisa leva em consideração que o espaço² social e sua formação são importantes para Serviço Social, pois nele estão evidentes as expressões da questão social³ e as necessidades da população, requerendo intervenções públicas.

A intenção de desenvolver a investigação nesta área justifica-se pela relevância da discussão e pela sua contemporaneidade, uma vez que a dimensão territorial tem se constituído como um eixo norteador no processo de elaboração das políticas sociais brasileiras, no contexto pós 1988, ao introduzir a descentralização como o novo ordenamento político-administrativo. Nesse modelo descentralizado, a operação de outras formulações; como trabalho em rede, diagnóstico sócio-territorial e a participação social exigem a superação da visão tradicional e superficial de território apenas como o solo terrestre agregando a categoria território usado.

Nesse sentido, para a presente pesquisa elegeu-se para estudo a política de saúde e como objeto, o uso do território pela política de saúde em pequenas cidades a partir das implicações no trabalho do assistente social. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo território nacional por meio da última Constituição Federal e por sua regulamentação através da Lei Orgânica da Saúde em 1990⁴, a perspectiva territorial tem implicado em novas configurações no processo de trabalho, através de mapeamento dos equipamentos urbanos e das condições socioambientais e, na organização e funcionamento dos serviços de saúde com a necessidade de se delimitar base territorial de abrangência populacional “na perspectiva de implantarem novas práticas em saúde capazes de responder com resolubilidade – equidade e integralidade de ações - às necessidades e aos problemas de saúde de cada área delimitada” (GONDIM et al, 2008, p. 240).

² Embora não seja possível delimitar uma única definição para o conceito espaço, optou-se pelo conceito elaborado por Milton Santos que o compreende como uma instancia da sociedade, organizado pelo homem e pelas estruturas sociais. Nas palavras do autor “o espaço se define como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente (...) o espaço é um verdadeiro campo de forças cuja aceleração é desigual” (SANTOS, 2012 a, p. 153). Sendo o espaço um sistema indissociável de objeto e ações (SANTOS, 2012 a) o território usado precisa ser adotado como uma categoria de análise social.

³ Por questão social compreendemos como “as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e seu ingresso no cenário político da sociedade exigindo o seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão” (IAMAMOTO, 2011, p. 168).

⁴ Nos anos seguintes, âmbito do Ministério da Saúde, várias políticas são criadas tendo a tônica do processo de municipalização e valorização da dimensão territorial. Dentre elas destacamos a criação do Programa Saúde da Família - PSF (1994), Norma Operacional Básica – NOB (1996) e Norma Operacional de Assistência em Saúde – NOAS (2001), Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Promoção a Saúde (2006), Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF (2008) e Decreto 7.508 (2011).

Dada essa realidade, a importância da discussão territorial associada à diretriz constitucional da descentralização e municipalização, também pode ser percebida pela sua retomada no âmbito de diferentes áreas das ciências sociais e humanas, conformando-o como um campo interdisciplinar. Devido a esta característica e amplitude do debate, Haesbaert (2004, p. 37) argumenta que

Enquanto o geógrafo tende a enfatizar a materialidade do território, em suas múltiplas dimensões (que deve [ria] incluir a interação sociedade natureza), a Ciência política enfatiza sua construção a partir das relações de poder (na maioria das vezes, ligada a concepção de Estado); a Economia, que prefere a noção de espaço à de território, percebe-o muitas vezes como um fator locacional ou como uma das bases da produção (enquanto “força produtiva”); a Antropologia destaca a sua dimensão simbólica, principalmente no estudo das sociedades ditas tradicionais (mas também no tratamento do “neotribalismo” contemporâneo); a Sociologia o enfoca a partir da intervenção nas relações sociais, em sentido amplo, e a Psicologia, finalmente incorpora-o no debate sobre a construção da subjetividade ou da identidade pessoal ampliando-o até a escala do indivíduo.

Por meio destas diferentes abordagens, distintas tendências e perspectivas epistemológicas podem ser utilizadas para os estudos envolvendo o conceito território. Sobre o assunto, autores como Saquet (2013) e Haesbaert (2004) destacam vertentes principais sobre o método de abordagem teórico-metodológico do território, sendo:

- a) uma pautada na dimensão geopolítica ou jurídica-política do Estado, ou seja, como um compartimento ou parcela do espaço politicamente distinto, espécie de unidade espacial delimitada pelo caráter jurídico e administrativo como exercício de autoridade política.
- b) outra vertente enfatiza a dimensão política cultural, simbólica-identitária, tratando das representações sociais, relações de poder e a esfera cultural como elo fundamental que atrela o grupo coletivo ao seu espaço de vivência e controle, na qual podemos citar como expressão Paul Claval (2008), Raffestin (1993), Nobert Elias e John Scotson (2000).
- c) uma centrada na discussão eminentemente econômica, voltada à explicação do desenvolvimento territorial, da reestruturação do capital e dos movimentos sociais, tendo como referência autores como Lefebvre (2001), Milton Santos (1979, 2012a, 2012b, 2012c, 2013a, 2013b).
- d) uma voltada às discussões sobre a sustentabilidade ambiental e o desenvolvimento local, que ganha força a partir de 1990, tentando articular, ao mesmo tempo, território como uma projeção espacial do ambiente que move uma sociedade.

Embora seja uma separação para melhor compreensão didática, todas as ênfases acima mencionadas estão em interação, são intercambiáveis e complementares e, materializam-se a partir de determinações sociais, políticas, econômicas e culturais. As matrizes ou escolas que contribuem para a abordagem territorial são as escolas francesas, italianas e anglo-saxônicas, sendo que a mais difundida e conhecida no Brasil é a escola francesa (SAQUET, 2013).

É dessa escola que Milton Santos⁵ vai se aproximar para desenvolver seus estudos sobre o espaço enquanto objeto de estudo da geografia e do território, como objeto de análise social enfocada pelo uso e apropriação e não por sua forma em si mesmo. Nesta ótica, enquanto o território pode ser definido como formas delimitadas por fronteiras e permeadas por um conteúdo político a denominação “território-usado” (SANTOS, 2012b) implica em considerá-lo como algo dinâmico e sujeito às transformações ao longo de tempo conforme as estratégias utilizadas pelos seus atores, que agiram e agem no espaço, executando ações de controle (simbólico e material) e projetos de poder, na construção de diferentes territorialidades.

Em observância ao objeto de estudo desta pesquisa elegemos e trazemos como eixo condutor do debate as contribuições deste autor, Milton Santos, que aponta para a necessidade de analisar sistematicamente a constituição do território e que indica que o seu uso pode ser compreendido pela implantação de infraestruturas que são os meios para garantir os fluxos de mercadorias e informações, favorecendo o dinamismo da economia e sociedade.

Para o autor referenciado, os componentes necessários para se pensar no território são a divisão do trabalho, os movimentos da população e fluidez do território, com o estudo do povoamento e urbanização, surgimento das cidades, a distribuição da agricultura, da indústria e dos serviços, e o arcabouço normativo, incluídas à legislação civil, fiscal e financeira que juntamente com o alcance e a extensão da cidadania, configuram as funções do espaço (SANTOS; SILVEIRA, 2002, p. 21).

Dessa forma, os usos do território são diferentes em cada momento histórico, marcados por manifestações particulares interligadas e que se desenvolvem juntas e que obedecem a princípios gerais, como a história particular e a história global. Para auxiliar

⁵ Milton Santos (Milton de Almeida Santos) nasceu em Brotas de Macaúbas, no interior da Bahia, no dia 03 de maio de 1926. Formou-se em Direito pela UFBA (Universidade Federal da Bahia), no ano de 1948 com doutorado em Geografia, na França, tornou-se um importante pesquisador, professor, intelectual. Estudioso do espaço e do tempo compreendeu o espaço como produção do homem na relação de totalidade com a natureza por meio da técnica. Milton Santos fez críticas à globalização considerando que a mesma tem sido levada a efeito a ponto de vista do capital financeiro, no qual propunha outra globalização. Milton Santos morreu em 24 de junho de 2001, em São Paulo, vítima de câncer (SANTOS, 2015).

na compreensão desse processo, consideramos necessário buscar aporte teórico na crítica à economia política para compreender o conjunto das relações sociais, por fornecer uma visão do conjunto da vida social no contexto da sociedade capitalista. Assim, utilizamos com referências bibliográficas, além das publicações de Milton Santos, obras de Marx e Engels (1999), Lefebvre (2001), Singer (2002), Haesbaert (2004), Côrrea (1999), Paulo Netto e Braz (2006), Koga (2011).

Toda a discussão aqui exposta é atravessada pelas questões norteadoras de como os aspectos políticos, econômicos, geográficos, sociais, culturais das pequenas cidades influenciam na organização dos serviços e ações em saúde? Será que a forma como a política de saúde está organizada responde as necessidades/demandas da cidade? Qual a natureza dos estabelecimentos onde estão sendo ofertados os serviços e ações em saúde nessas cidades? Existe relação entre o território usado na política de saúde e o trabalho do assistente social? As demandas territorializadas são abordadas na organização e desenvolvimento do trabalho dos assistentes sociais na política de saúde?

Diante destas questões definiu-se como o objetivo principal desta pesquisa analisar o uso de território pela política de saúde em pequenas cidades, a partir do trabalho dos assistentes sociais. A opção pela análise a partir da prática e do olhar do assistente social justifica-se pela presença deste profissional nas equipes de saúde pública, potencializada pelo SUS, a partir da concepção ampliada de saúde, que intervém diretamente com sujeitos sociais nas mais diversas situações do cotidiano, com ações realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, Programas de Saúde da Família (PSF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) e outros estabelecimentos e serviços, sendo caracterizada cada vez mais como pertencente à área da saúde⁶.

As questões também permitiram a delimitação de objetivos secundários tais como, compreender as particularidades da política de saúde em pequenas cidades a partir das práticas locais; identificar as estratégias, planos e instrumentos de gestão que contribuem com a afirmação da dimensão territorial na operacionalização da política de saúde; conhecer e apreender a relação do território usado e o trabalho do assistente social na política de saúde em pequenas cidades.

Em face aos objetivos desta pesquisa, realizou-se uma investigação de natureza qualitativa, de caráter descritivo e explicativo, ou seja, não apenas com levantamento

⁶ O assistente social é considerado como um profissional de saúde por meio da Resolução nº 218 de 06 de março de 1997 e Resolução do CFESS nº 383/99 de 29/03/1999, com intervenção junto aos fenômenos socioculturais e econômicos e que contribui para o atendimento das demandas imediatas da população e acesso às informações e ações educativas em saúde.

de dados, mas com um aprofundamento maior da realidade, conhecendo-a, analisando-a interpretando-a com base em numa fundamentação teórica. A escolha desta metodologia se deu tendo como referência os estudos de Minayo (2000) e Marsiglia (2009) onde afirmam que na pesquisa social trabalhamos com categorias que trazem uma carga histórica, cultural política e ideológica, não podendo ficar restrita a dados numéricos ou estatísticos.

A pesquisa foi realizada em diferentes momentos, com informações de origem primária e secundária, mas que se inter-relacionam, com a realização de um estudo de revisão bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa de campo. Na revisão bibliográfica houve a recorrência a materiais escritos para a busca de informações, especialmente em livros, monografias, dissertações e teses, tendo como objetivo o levantamento e seleção de referências teóricas já analisadas para aprofundar aspectos ligados ao problema de pesquisa e subsidiar a coleta e análise de dados, tal como aponta os estudos de Minayo (2000).

Sendo um dos objetivos da pesquisa identificar as estratégias que contribuem com a afirmação da dimensão territorial na operacionalização da política de saúde elegemos a pesquisa documental como uma das formas de obtenção de dados. De acordo com Marsiglia (2009), a pesquisa documental trata-se de uma fonte rica e estável de dados, realizada em fontes documentais diversas, consideradas cientificamente autênticas, como atas, relatórios, projetos de lei e documentos informativos arquivados em repartições públicas.

A pesquisa documental foi realizada a partir da análise do acervo documental dos instrumentos de gestão em saúde, a saber: Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão, Plano Diretor de Regionalização (PDR), Programação Pactuada e Integrada (PPI) e, de sistemas de informações oficiais relativos ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), Departamento de Informática do SUS (DATASUS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES).

Acreditamos ser oportuno esclarecer que o território estudado pertence ao Estado do Paraná, que tal como na realidade nacional, conta com o predomínio de municípios cujas sedes são pequenas cidades (FRESCA, 2013). Atualmente, segundo dados do IBGE, tomados com base no último Censo realizado em 2010, o estado do Paraná conta com 399 municípios sendo que 24,6% das cidades têm população de até 5.000 habitantes; 53,6% apresenta população de 5.001 a 20.000 habitantes; 13,8% são cidades com 20.001 a 50.000 habitantes; 3,5 % possuem de 50.001 a 100.000 habitantes; 4% de 100.001 a 500.001 habitantes e apenas 0,50% possuem acima de 500.001 habitantes, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Municípios brasileiros por classe de tamanho da população segundo o Censo Demográfico de 2010.

Classes de tamanho da população dos municípios	Brasil	Paraná	CONCAM
Até 5.000 habitantes	1.302	98	7
De 5.001 a 20.000 habitantes	2.617	214	15
De 20.001 a 50.000 habitantes	1.043	55	2
De 50.001 a 100.000 habitantes	325	14	1
De 100.001 a 500.000 habitantes	245	16	0
Mais de 500.00 habitantes	38	2	0
TOTAL	5.570	399	25

FONTE: IBGE (2010). *Organização da autora.*

Consideramos importante ressaltar que para ser considerada como pequena cidade, o contingente populacional é importante, porém não pode ser analisado de maneira isolada. Ao estudar sobre esta temática percebemos que existem vários critérios de delimitação e classificação para várias classes e tamanhos de cidades, devendo estas serem compreendidas na sua relação com a sociedade. As cidades pequenas são, em geral, aquelas cidades em que essa relação é marcada por um contingente populacional de até 20.000 habitantes (IBGE, 2013), porém não deve limitar-se apenas aos dados quantitativos. Isso porque, dentro do estado, muitas vezes encontramos municípios com o mesmo porte populacional contudo, com características e modos de vida diferenciados umas das outras, o que dificulta o enquadramento de pequenas cidades apenas ao quantitativo populacional.

Para o desenvolvimento desta pesquisa o universo foi composto pelos 25 municípios da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão, conhecida como CONCAM e a amostra foi composta de três pequenas cidades desta região. A amostra da pesquisa foi não probabilística e intencional, por buscar captar a diversidade do objeto de estudo com pessoas e grupos com experiências intensamente vividas (MARTINELLI, 1999; MARSIGLIA, 2009). De acordo com Martinelli (1999), na pesquisa qualitativa não trabalhamos com grande número de sujeitos, mas com representatividade, pois é preciso aprofundar a nossa reflexão. Para realização da pesquisa de campo, as cidades estudadas foram selecionadas a partir dos seguintes critérios:

- Serem pequenas cidades, ou seja, aquelas com uma população entre 2.500 a 20.000 habitantes, pertencentes da região da COMCAM;

- Ter assistente social atuando diretamente na política de saúde e com registro da atuação do profissional de Serviço Social no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Tendo em vista esses critérios encontraram-se aptas a participarem da pesquisa as cidades de Juranda, Mamborê e Terra Boa na qual, através da técnica de observação sistemática direta, observou-se o cotidiano dessas pequenas cidades. A observação é uma técnica utilizada para compreender como funciona uma determinada realidade e que deve ser sistematicamente planejada, registrada e ligada ao contexto de levantamento que está sendo realizado, pois segundo Marsiglia (2009, p. 385), “uma prática só torna um saber sistemático se for observada e registrada detalhadamente”, permitindo elaborar um diagnóstico mais preciso sobre a realidade com as quais estamos pesquisando.

Para a utilização dessa técnica, foram realizadas três visitas em cada uma das pequenas cidades estudadas. A observação foi realizada em dias não coincidentes da semana, tendo um roteiro norteador de observação do trabalho do assistente social no serviço de saúde (Apêndice I) acompanhando estes profissionais em atendimentos individualizados, visitas domiciliares e atividades grupais, realizadas com o objetivo auxiliarem na compreensão dos dados levantados na entrevista.

Além da observação em campo, o conteúdo analisado e que serviu de base para a elaboração desta dissertação foram as entrevistas semi-estruturadas, ocorridas mediante a apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética (Anexo I) também com apoio de um roteiro norteador de entrevistas (Apêndice II) e mediante apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II), com assistentes sociais que atuam na política de saúde nessas pequenas cidades.

As entrevistas ocorreram segundo cinco eixos correlacionados e interdependentes, a saber: a) identificação, que engloba dados pessoais como formação acadêmica, qualificação profissional, tempo de residência na pequena cidade e participação em grupo de ação coletiva; b) dados sobre o trabalho em saúde, que abarcam o tempo de atuação na área da saúde, identificação do serviço de saúde, carga horário de trabalho, vínculo trabalhista, faixa salarial, objetivos, demandas, cotidiano e condições de trabalho em saúde; c) dados sobre o uso do território pela saúde, com o objetivo de vislumbrar a relação do serviço de saúde com a cidade, organização dos serviços e atendimento às necessidades de saúde na pequena cidade; e por fim, d) o território vivido, compreendendo uma avaliação global sobre a cidade, tanto na vivência como trabalho em pequenas cidades e, e) política de saúde e a perspectiva territorial, buscando a compreensão de território usado para desenvolver o

trabalho em saúde, como é realizado a territorialização nos serviços de saúde e como essa territorialização pode ser potencializada.

A estes procedimentos metodológicos foram agregados o registro fotográfico e gravação das entrevistas com o intuito de ilustrar e registrar a fala dos assistentes sociais, contudo, respeitando os procedimentos éticos da pesquisa. Na compilação dos dados, primeiramente procedeu-se a transcrição das entrevistas, destacando-se os aspectos significativos de cada uma. Portanto, no decorrer deste trabalho utilizaremos dos depoimentos das profissionais entrevistadas, ressaltando dados em comum e elementos diferenciadores, já que se trata de uma pesquisa qualitativa. Todas as profissionais entrevistadas são do sexo feminino e para respeito ao sigilo e ética na pesquisa com seres humanos, serão identificadas como AS1, AS2, AS3.

Para a exposição dos resultados alcançados apresentamos uma reflexão sequencial disposta em quatro capítulos. No primeiro capítulo o leitor encontrará a discussão teórica sobre a constituição do território a partir dos seus usos, com a utilização dos instrumentos de trabalho relacionando-o à produção e valorização capitalista do espaço e a configuração do território, um transcurso que leva do meio natural ao meio técnico e ao meio técnico informacional. Escolhemos como caminho realizar essa discussão vinculando a dimensão econômica ligada à transformação dos modos de produção e à distribuição social e espacial nos diferentes períodos técnicos.

No segundo capítulo analisamos a política de saúde debruçando-se para desvelar a perspectiva territorial nas legislações brasileiras. O SUS implantou-se em todo o território nacional, tendo como premissa uma cobertura universal, ou seja, a todos os cidadãos brasileiros, independente do seu vínculo empregatício. O novo aparato normativo, novas práticas de cuidado e novos modelos assistenciais são incorporados destacando a perspectiva territorial nas ações e serviços de saúde. Tendo como referência os períodos definidos por Santos e Silveira (2002), com um transcurso que leva do meio natural ao meio técnico e ao meio técnico-científico-informacional, procuramos apoiar as discussões específicas da política de saúde nesses períodos.

No terceiro capítulo apresentamos o debate sobre o ordenamento territorial e a aproximação conceitual das pequenas cidades, onde a conjunção dos diferentes objetos técnicos e a disputa pelo território ligada aos conflitos das classes sociais⁷ ocasiona uma

⁷O conceito de classes sociais na perspectiva crítica é consequência da divisão social do trabalho e dos meios de produção, onde a sociedade se extrema em dois pólos, ou seja, os que possuem os meios de produção (classe dominante) e os que vendem a sua força de trabalho (classe dominada). A divisão de classes sociais na

ocupação diferenciada dos territórios, implicando em uma urbanização desigual. Nesse momento aproximamo-nos da discussão da formação socioespacial paranaense, e os novos significados para as pequenas cidades. Nesta etapa da pesquisa apresentamos as pequenas cidades pesquisadas, com apontamentos de características que a levaram a serem consideradas enquanto tal e os indicadores de saúde das respectivas cidades.

No quarto capítulo demonstramos a compreensão do território-usado na política de saúde em pequenas cidades e a implicação no agir profissional em saúde. Para tanto discutimos sobre as transformações engendradas no mundo do trabalho no atual período técnico-científico informacional e as suas interferências no processo de trabalho em saúde. Outro ponto discutido nesse capítulo é sobre a compreensão do território-usado pelas políticas de saúde em pequenas cidades demandando novas competências e habilidades aos trabalhadores em saúde.

Em sequência apresentamos as considerações finais bem como os anexo e apêndices que contribuem para elucidar as questões levantadas nesse trabalho. Esperamos que ao lerem este estudo, todos os profissionais que trabalham na saúde ou se interessam por essa área, que atuam em pequenas cidades ou não possam aprofundar um debate frutífero, entendendo que se faz necessário pensar e conhecer para melhor intervir no território usado.

CAPÍTULO 1

DO TERRITÓRIO AO TERRITÓRIO USADO: A PRODUÇÃO SOCIAL DO ESPAÇO



Sapeco da erva-mate
Alfredo Andersen
(sem data)

1 DO TERRITÓRIO AO TERRITÓRIO USADO: A PRODUÇÃO SOCIAL DO ESPAÇO

Este capítulo tem como objetivo a construção dos referenciais teóricos centrais à análise do objeto de estudo, ou seja, o conceito de território-usado⁸. Neste sentido é primordial a aproximação teórico-metodológica sobre as categorias espaço e urbanização, compreendendo-as como totalidade histórica, contraditória e em movimento. Assim, a análise aqui exposta sustenta-se em autores que utilizam da perspectiva social-crítica, proporcionado pelo método materialista histórico-dialético. Para tanto, foram consultados autores especialmente ligados a Geografia e Ciências Sociais.

Diante disso, esse capítulo organiza-se a partir de dois eixos. O primeiro eixo aborda a produção e valorização capitalista do espaço e a configuração do território. O segundo eixo propõe avançar no debate do território-usado tomando por referência o poder e o uso do território.

1.1. A PRODUÇÃO E VALORIZAÇÃO CAPITALISTA DO TERRITÓRIO

A constituição histórico-social do território é central e a um só tempo, visto como unicidade e diversidade, que inclui a ação humana sobre o planeta não o restringindo como um simples objeto material. O território é espaço social, espaço usado, espaço apropriado, o lugar onde se materializa o cotidiano da vida humana e a reprodução das relações sociais, caracterizadas pelas disputas de poder, dominação e controle (SANTOS, 2012b).

Por isso, para compreender o conceito território é fundamental nos reportarmos à categoria espaço, objeto de estudo amplamente discutido no âmbito da Geografia, especialmente nas décadas de 1970 e 1980⁹. Em primeiro momento podemos pensar que espaço e território são conceitos sinônimos e por meio de Raffestin (1993) somos alertados que usá-los sem o devido cuidado há o perigo de grandes confusões nas análises. Este autor confronta o conceito de espaço e território, o qual não os considera como termos equivalentes pois

⁸ Neste trabalho utilizaremos os termos “território-usado” e “território-vivido” como equivalentes, pois encontramos nas obras de Milton Santos as duas expressões para indicar o espaço material e imaterial de objetivação da vida humana.

⁹ Em decorrência da Geografia crítica, a categoria território foi reconceituada a partir da teoria crítica do espaço, utilizando-se do aporte teórico no materialismo histórico e dialético. Sobre o assunto consultar SANTOS (2012 a).

[...] o espaço é anterior ao território. O território se forma com o espaço e é 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 esse espaço. (RAFFESTIN, 1993, p. 143)

O espaço é a matéria prima, pré-existente a qualquer ação e o território forma-se posteriormente, através da projeção do trabalho humano e das relações de poder, onde ao se apropriar de um espaço o ator, sujeito, territorializa esse espaço. Ao defender sua concepção, defende que “o território se apoia no espaço, mas não é o espaço. É uma produção, a partir do espaço. Ora, a produção por causa de todas as relações que envolve e se inscreve num campo de poder” (idem, p. 144) exercido por pessoas ou grupos.

Numa outra perspectiva teórica, nos estudos de Milton Santos o território precede ao espaço e, este último se define “como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por uma estrutura representada por relações sociais que estão acontecendo diante dos nossos olhos e que se manifestam através dos processos e das funções” (SANTOS, 2012a, p. 153). Dessa maneira, o espaço configura-se como uma realidade objetiva, como um resultado histórico e jamais pode ser considerado como um produto terminado e fixado.

O espaço caracteriza-se enquanto uma construção social e tem como elementos constitutivos: o *homem*, enquanto fornecedor do trabalho ou candidato a isso; as *firmas*: com a função de produção de bens, serviços e ideias; as *instituições*: que produzem normas, ordens e legitimações; e, o *meio ecológico*: conjunto de complexos territoriais que constituem a base física do trabalho humano (SANTOS, 2012a). Esses elementos são interdependentes, com um profundo relacionamento entre si, e que devem ser estudados a luz de sua história e presente, como resultados de um processo social, derivando daí a sua complexidade.

Embora contraditórios, interessa-nos destacar que tanto Raffestin quanto Santos consideram que o território ultrapassa a dimensão física, de ocupação de uma porção específica de terra implicando em uma perspectiva de construção histórica, permeada de relações sociais. Sendo um conceito amplo¹⁰, optamos pela escolha da categoria território para

¹⁰O conceito território é um dos cinco conceitos chave da Geografia, ao lado dos termos paisagem, espaço, região e lugar. O prosseguimento do debate do conceito território e suas derivações seguiram-se em diferentes autores ligados a geografia crítica, perspectiva teórica utilizada por Milton Santos, que circunscreve o espaço social a partir de problemática de caráter político e cultural. Dentre eles destacamos os pesquisadores Henri Lefebvre, David Harvey, Paul Claval, Rogério Haesbaert, Marcos Aurélio Saquet, Roberto Lobato Córrea entre outros.

compreendê-lo uma vez que os fatos sociais e as interações sociais se estabelecem numa realidade concreta, em escalas diferenciadas, influenciando no cotidiano das pessoas.

Diante disso, a materialidade do território resulta como um conjunto indissociável e contraditório de sistemas de técnicas e objetos, forma e conteúdo, meio e processo das relações sociais que são ao mesmo tempo materiais e intersubjetivas. Dada a necessidade de produzir e de viver, os sujeitos humanos ligados à materialidade do ambiente provocam interações entre si, como membros de uma sociedade, transformando-o num verdadeiro campo de forças imprimindo-o de diferentes significações. Por isso, Santos (2000) afirma que é o uso do território e não o território em si mesmo, que faz dele o objeto de análise social. Nas palavras do autor

O território em si, para mim, não é um conceito. Ele só se torna um conceito utilizável para a análise social quando o consideramos a partir de seu uso, a partir do momento em que pensamos juntamente com aqueles atores que dele se utilizam (SANTOS, 2000, p. 22)

Cada período histórico social imprime sua marca na maneira como o território é organizado e usado. Da mesma forma, Souza (2003, p. 60) destaca que ele é “um elemento poderoso para a compreensão da dinâmica socioespacial, isto é, da sociedade e seus território, sua história e onde ela se faz”. É necessária a compreensão do direito do uso do território por algo, como por exemplo, a saúde, a educação, a moradia, por pessoas e instituições, em períodos de tempo que interagem e asseguram o movimento do todo. Vários autores destacam que os diferentes períodos históricos estão organizados e mesclam-se, não podendo ser confundidos com uma cadeia causal de eventos históricos (SANTOS, SILVEIRA, 2002; LIMONAD, 2007).

Ao discorrer sobre esse assunto Limonad (2007, p. 162) considera que as mudanças históricas nas estruturas sociais e a progressão histórica, devem compreender uma superposição de fatos sem início e fim demarcados, na medida em que um modo de produção não desaparece e é substituído por outro de imediato. Convém destacar ainda, que embora as periodizações de autores geógrafos tomem em consideração a materialidade e dinamismo do território onde as mudanças nas estruturas sociais implicam em reorganização e rediferenciação territorial consideramos necessário agregar as contribuições de autores das ciências sociais, como economistas e sociólogos; por serem inspiradores para a compreensão das relações sociais no modo de produção vigente.

Ao contrário do que possa parecer, a construção do espaço não se limita ao mundo contemporâneo. Ela é uma ação cotidiana do homem e aparece na forma de ocupação de um lugar em um determinado momento histórico (FRAGA, 2007). Nas sociedades primitivas, a natureza era selvagem e o homem se relacionava com o espaço enquanto um meio natural, de maneira orgânica, aproveitando-se dos elementos naturais que possibilitavam sua existência ainda que de forma rudimentar e simbiótica. A natureza comandava a ação humana que buscava adaptar-se aos sistemas naturais, ou seja, o espaço expressava-se como riqueza natural, de onde o homem retirava a sua subsistência.

Importa registrar que o desenvolvimento do ser social e do espaço social se inicia com o uso teleológico do trabalho, o que é um processo longo e central na história da humanidade. Tendo por referência os estudos originalmente elaborados por Marx e Engels (1999), sobre os modos de produção, os autores afirmam que

(...) a primeira condição de toda a história humana é evidentemente a existência de seres humanos vivos [*que*] ao produzirem os seus meios de existência, os homens produzem indiretamente a sua própria vida material [*pois*] aquilo que os indivíduos são depende, portanto das condições materiais de produção. (MARX; ENGELS, 1999, p. 11-12).

Nesse período com um “sistema técnico sem objetos técnicos” (SANTOS, 2012b) permanece uma abstração de lugares específicos em relação ao espaço, pois a sua consciência é decorrente da atividade humana. Com a concretização dos modos de produção, em uma base territorial historicamente determinada e espacialmente localizada, o homem utiliza-se de poucas mediações técnicas e relações sociais pouco numerosas e, com uma incipiente organização social e do espaço. Da mesma forma,

(...) à medida que o ser social se desenvolve e se humaniza, os limites naturais recuam, e aprofunda-se o caráter social da totalidade da (re)produção da vida humana e da natureza. Em outras palavras, é no processo de produção coletiva dos meios para satisfazerem suas necessidades que os seres humanos produzem novas necessidades a serem satisfeitas por outras atividades produtivas, desencadeando um movimento contínuo de complexificação das relações sociais e, concomitantemente, de transformação da natureza. (ANDRADE, 2012, p. 32).

Este processo que, num primeiro momento, permite a emergência da essência criativa do homem, produzindo elementos à sua subsistência é subsumido pelo modo de produção capitalista. Ao introduzir a divisão do trabalho, o tempo também se organiza diferentemente, com uma redução do esforço individual e coletivo, adaptando a sociedade ao

processo produtivo. As noções de distância e de tempo se modificam e passam a requisitar uma porção maior de espaço e de técnicas para a realização da atividade produtora, assegurando um resultado maior, ou seja, há um aumento de produtividade, em um tempo reduzido.

Com uma produção excedente, aquilo que antes era produzido com valor de uso para a subsistência humana passa a ser transformado como um valor de troca entre os grupos sociais, ou seja, é transformado em mercadoria, mediante a utilização da moeda. Com isso, as relações sociais e econômicas tornam-se mais complexas, pois o trabalho humano “assume a forma de trabalho assalariado” e “se universaliza a forma mercadoria dos produtos do trabalho” (MARX, 1985, p. 141, nota 41).

Como resultado, há progressivamente, um afastamento do homem em relação ao produto do seu trabalho, ou seja, a alienação do trabalho (MARX, 1985) enraizada no desenvolvimento da divisão do trabalho. A partir desse momento estão dadas as condições para a diferenciação do poder aquisitivo de classes sociais, entre aqueles que compram e aqueles que vendem a força de trabalho. Há imposição da dimensão econômica sobre as relações sociais, que passa a ser baseada na propriedade privada dos meios de produção, na busca pelo lucro como um grande objetivo a ser alcançado, com conseqüente tensão entre os interesses individuais e coletivos.

Se as maneiras de produzir mudam, as relações entre os homens e, entre estes e a natureza também muda e, a cada movimento econômico a sociedade conhece um movimento importante, aparecendo um novo elenco de funções, novas e reformadas, estando em uma estreita relação (SANTOS, 2012a, p. 204). Ao contrário do período histórico de prevalência do meio natural, ou seja, aquele onde o homem retirava da natureza aquilo que considerava fundamental, ocorre a mecanização do território e em todos os lugares, o natural cede espaço ao meio artificializado.

Neste período, o principal meio de relação entre o homem e a natureza era através da técnica, que pode ser definida como “um conjunto de meios instrumentais e sociais com os quais o homem realiza sua vida, produz e ao mesmo tempo, cria espaço” (SANTOS, 2012a, p. 29). Nesse sentido, a técnica é parte do território, é elemento característico de sua transformação, definindo ao mesmo tempo atores e um espaço.

A relação entre o homem e a natureza é mediada pela técnica que, aliás, é a responsável por ter alterado as relações entre natureza e sociedade, inaugurando um estranhamento do entorno derivado, não mais pelos processos naturais, mas, sim, pelo novo meio resultante dos próprios objetos artificiais. É nesse contexto que são dadas as bases para a

construção dos objetos técnicos, ou seja, a instalação de próteses construídas pelos homens, em formas de estradas de ferro, rodovias, fábricas, sistematizados a partir da lógica instrumental e que sobrepõem-se as forças naturais conferindo a noção de poderio ao homem por se tornarem extensão de seu corpo e prolongarem seu território.

Sem dúvida, o espaço é formado de objetos: mas não são os objetos que determinam os objetos. É o espaço que determina os objetos: o espaço visto como um conjunto de objetos organizados segundo uma lógica e utilizados (acionados) segundo uma lógica. Essa lógica da instalação das coisas e da realização das ações se confunde com a lógica da história, à qual o espaço assegura continuidade. (SANTOS, 2012b, p. 40)

Assim, os objetos não podem ser apenas considerados como heranças físico-territoriais, mas também como heranças socioterritoriais, onde o valor de um dado elemento no espaço é dado pelo conjunto da sociedade a partir do seu uso. A técnica e os objetos são elementos importantes da explicação da sociedade e dos lugares necessitando que se reconheça o seu valor numa dada realidade.

Num mesmo território podem conviver objetos técnicos diferentemente datados, ou seja, provenientes de épocas diversas permitindo compreender como as ações humanas e os modos de produção se realizam. A maneira como se combinam objetos técnicos de diferentes idades permite compreender sobre as formas de vida possíveis naquela área ou de verificar como os resíduos do passado são um obstáculo à difusão do novo, ou juntos encontram a maneira de permitir ações simultâneas.

A idade e a história dos lugares auxiliam a entender o processo de consolidação das técnicas e objetos e a compreender os processos naturais concomitante à materialidade artificial (transporte, comunicação, sociabilidade), que se evidencia “por movimentos de redistribuição das atividades produtivas e/ou por movimentos de redistribuição espacial da população” (LIMONAD, 2007, p. 146) com uma valorização diferencial dos lugares. Isto porque, com a reestruturação produtiva do capital sempre são privilegiados os territórios que oferecem infraestrutura, equipamentos e serviços para facilitar as operações econômicas. Por isso, dentro da lógica capitalista de produzir é a razão do comércio e não da natureza ou dos interesses sociais que preside a instalação de técnicas e objetos, consagrando, a disputa pelo território.

É no contexto da circulação, o movimento da produção técnica e a diferenciação do valor de troca que impõem uma divisão territorial do trabalho e colocam as cidades dentro da lógica territorial no processo de desenvolvimento capitalista. Ao analisar a

origem da cidade capitalista, Marx e Engels (1999) afirmam que com a maior divisão do trabalho físico e intelectual “encontramos já a oposição entre cidade e campo e, mais tarde a oposição entre os Estados que representam os interesses das cidades e aqueles que representam os interesses dos campos” (idem, p. 15). Com isto há uma concentração, especialização e reorganização produtiva do território, dando as bases de abertura à emergência da urbanização, onde a cidade diferencia-se do campo, sendo compreendida como lugar que concentra a população, os instrumentos de produção e o capital enquanto que o campo é relegado a território da cidade, como um simples apêndice.

É no século XVIII e XIX que o mundo conhece o avanço da ciência das técnicas, isto é da tecnologia, com a sua aplicação e modernização no processo produtivo, tanto urbano como rural, estreitando a tríade de produção, circulação e consumo de mercadorias. Para Santos (2012a), a incorporação e a interdependência entre desenvolvimento técnico e ciência conformam ou criam as possibilidades de construção de um novo espaço, o meio técnico-científico modificando radicalmente e com muita rapidez não só conjunto das tecnologias envolvidas no processo de fabricação de mercadorias como também o modo de vida. A tecnologia, por sua vez, é espalhada estrategicamente ao território favorecendo a aceleração de uma globalização da economia, com a difusão da ideologia do consumo e do crescimento econômico.

Nos marcos da sociedade contemporânea urbanizada a economia capitalista inaugura um novo estágio de acumulação, aprofundando as desigualdades distribuídas territorialmente. A regulação da economia e do território impõe-se com mais força, no qual o aprofundamento da divisão do trabalho requer novas formas de cooperação e controle, do processo de produção e do processo de trabalho, ampliando a demanda de urbanização. Isso porque, visando uma mais-valia de nível global é necessário o desenvolvimento de uma nova forma de controle e dominação, com a terceirização da produção e diminuindo custos de investimentos e a necessidade de estruturas fixas maximizando a mobilidade de capital. Assim, o meio técnico-científico é “terreno de eleição para a manifestação do capitalismo maduro, e este também dispõe de força para criá-lo” (SANTOS, 2013b, p. 43).

Este período é caracterizado pela generalização e aprofundamento do papel da informação e da comunicação nos sistemas produtivos, qualificado por Santos (2013a) como meio técnico-científico-informacional e definido como

(...) o momento histórico em que a construção ou reconstrução do espaço se dará com um crescente conteúdo de ciência, de técnicas e de informação (...) marcado pela presença da ciência e da técnica nos processos de remodelação

do território essenciais às produções hegemônicas, que necessitam desse novo meio geográfico para a sua realização. A informação, em todas as suas formas, é motor fundamental do processo social e o território também é equipado para facilitar a sua circulação. (SANTOS, 2013b, p. 37-38).

Sob o comando da revolução científico-tecnológica, a produção de objetos e técnicas é feita de maneira intencional sendo a informação manifestada pela técnica agora não se circunscreve somente aos grandes centros, mas povoa também as médias e pequenas cidades e, não se circunscreve apenas ao meio urbano, mas permeia o meio rural, artificializando-o e substituindo o restante de meio natural ainda existente. O meio técnico-científico-informacional se caracteriza tanto pela especialização da produção a partir dos conhecimentos produzidos pela biotecnologia e pela química (como a produção de sementes, fertilizantes) quanto dos trabalhadores, incluindo mais gente no movimento do trabalho assalariado, mesmo que não seja permanente.

Com uma desigual divisão do trabalho e com uma acentuada especialização de tarefas no território, uma região será mais intensa e moderna em detrimento de outras. Enquanto um o país melhora na sua condição de fluidez (viabilizado pelas novas infraestruturas de transportes e de comunicações), produtos e bens que eram produzidos para consumo local ou que tinham valor de uso se transformam em valores de troca. Desse modo, passamos de uma autonomia relativa dos subespaços a uma interdependência crescente, onde “o espaço se torna articulado às relações funcionais e mais desarticulado quanto ao comando local das ações que nele se exercem” (SANTOS, 2013b, p. 49).

A produção de bens, a diferença de preços entre os países (inclusive de mão de obra), a supressão de barreiras entre os mesmos, a expansão dos transportes e das comunicações, contribuíram para a mundialização da economia, internacionalização da produção e conseqüentemente, a mundialização do consumo. A economia de subsistência de algumas regiões diminui empurrando a população para o meio urbano, apoiado pelo mercado e por mecanismos reguladores, como o Estado e agentes hegemônicos da economia, através dos intermediários financeiros. Por isso, as “diferenças notadas no território são, por isso, diferenças, sobretudo sociais e não mais naturais” (SANTOS, 2013b, p. 49).

Isto posto, em tempos de globalização, a lógica capitalista pretende tornar o território como algo unifuncional, remetendo a uma imagem de homogeneização econômica, social e espacial. Isso se dá especialmente através da figura do Estado que, ao assumir um caráter econômico e não apenas político, assume novas funções e favorece a expansão desigual do capital tendo repercussões sobre o território. Através do aparato estatal-

empresarial, o território tem sido completamente transformado, pelo valor contábil, em mercadoria sufocando as possibilidades de uma efetiva ‘reapropriação’ dos espaços dominados (HAESBAERT, 2007).

O período do meio técnico-científico-informacional obriga a uma reinterpretção qualitativa dos investimentos públicos que tendem a aumentar em uma determinada região em relação a outras, beneficiando pessoas ou firmas que não necessariamente são locais. “Essa contradição entre fluxo de investimentos públicos e fluxo da mais-valia consagra a possibilidade de ver acrescida a dotação regional de capital constante ao mesmo tempo em que a sociedade local se descapitaliza” (SANTOS, 2012a, p. 253).

Com isso, chegamos a um patamar histórico onde a noção de espaço global se impõe e a “a interdependência dos lugares hoje, é a nova realidade do território” (SOUZA, 1999, p. 5), alavancada especialmente pelo uso da tecnologia. Para a autora referenciada, globalizar é poder acessar e usufruir em tempo real de alguma coisa e se beneficiar dela (SOUZA, 2004). Contudo, tanto Souza quanto Santos destacam que embora a globalização tente se impor, o uso do território permanece como o espaço de todos os homens, assegurando a “a impossibilidade da desejada homogeneização” (SANTOS, 2012b, p. 45).

Deste modo, diante do que foi apresentado podemos considerar o território como condição ativa e eficaz da realização concreta dos modos e relações de produção e relações de trabalho, tanto do passado como atualmente. Na atual dinâmica do processo de produção e de relações socioeconômicas se estabelecem as condições para que o território seja compreendido não apenas como um valor de troca, mas sim como um valor de uso. Considerá-lo como valor de troca significa submetê-lo apenas a lógica mercantil, enquanto que como valor de uso associa-se a um espaço de reprodução da vida cotidiana, assumindo diversos significados, a partir de territorialidades diversas, complexas e em unidade o que nos leva a necessidade de aproximar o debate sobre o território-usado.

1.2. APROXIMAÇÕES SOBRE O CONCEITO TERRITÓRIO-USADO

O território é espaço social limitado, ocupado e utilizado por distintos grupos sociais, o que o torna produto de atores sociais. Como destaca Santos (2012b, p. 257) “cada lugar, cada subespaço, tanto se define por sua existência corpórea como por sua existência relacional”, daí a expressão território-usado, como categoria de mediação entre o mundo e a sociedade (SANTOS, 2012b).

Sobre a origem da palavra, Haesbaert (2007)¹¹ destaca que no latim, etimologicamente a palavra se aproxima da conotação material e simbólica. Na conotação material, “*terra-territorium*” significa “pedaço de terra apropriada”. Tem relação com a dominação jurídico-política da terra, devido à dominação do espaço através da delimitação física, com muros, cercas e fronteiras e, por meio de instrumentos da ação político-econômica. É nessa perspectiva que se dá a materialização e concretude do território como fundamento de Estado-Nação ou um Estado Territorial.

A conotação simbólica, imaterial nos dizeres de Santos (2012b) e abstrata para Lefebvre (2006), remete ao significado “*terreo-territor*” que significa “terror, aterrorizar” e está relacionada com a apropriação, ou seja, ao modo com as pessoas utilizam e dão significado ao lugar. Isso confere uma concepção mais ampla e profunda do conceito território por se constituir como espaço da imaginação e subjetividade humana reunindo códigos e símbolos culturais, relações afetivas e de pertencimento, identidades e memórias.

Segundo Lefebvre (2006) a existência de um espaço abstrato, tanto expressa as relações sociais como age diretamente sobre elas, sendo apreendido por meio do espaço percebido, do espaço concebido e do espaço vivido. O espaço percebido é o lugar onde se manifesta a realidade cotidiana, com o emprego do tempo e a realidade urbana (os percursos e redes ligando os lugares do trabalho, da vida “privada”, dos lazeres). Já o espaço concebido é dominante numa sociedade e utilizado por cientistas, tecnocratas e urbanistas, no qual as concepções espaciais tendem para uma elaboração intelectual que entram na prática social e política (representações do espaço). Por sua vez, o espaço vivido (espaço de representação) é lugar onde os sujeitos sociais se percebem e projetam suas concepções de mundo.

Embora seja o espaço dominado, através de símbolos, imagens e signos não verbais, a imaginação o modifica e o apropria por conterem um núcleo afetivo e a história de uma coletividade. Logo, o território usado, expressa a ligação do homem à sua terra, o que nos aproxima do conceito de tecnoesfera e psicoesfera abordado por Santos (2012b, 2013b).

Para o autor a tecnoesfera é definida como “o mundo dos objetos” (SANTOS, 2012b, p. 257) cujo resultado é a crescente artificialização do meio natural por meio das técnicas, que adapta os territórios aos mandamentos da produção e ao intercâmbio dos produtos. É no âmbito da tecnoesfera que os valores de troca comandam a vida produtiva

¹¹ A escolha dos autores Henry Lefebvre e Rogério Haesbaert é em consequência da similaridade da ideia do espaço como um híbrido, composto de formas e conteúdo, defendido por Milton Santos (2012a). Enquanto Lefebvre influenciou e foi influenciado pelo pensamento de Santos e Haesbaert foi aluno e realizou pesquisas com Santos. Embora tenha crítica a ideia de desterritorialização ele analisa o entrelaçamento entre territorialização e desterritorialização, territorialidade e identidade.

e social, por abarcar os interesses mercantis, com relações de verticalidade (solidariedade funcional) que tendem a ser hierárquicas e asseguram o funcionamento global da sociedade e da economia.

A psicoesfera é definida como o “reino das ideias, crenças, paixões e lugar da produção de um sentido” (SANTOS, 2012b, p. 256). É a psicoesfera a responsável pelos relacionamentos interpessoais e por fornecer regras objetivas e do imaginário condicionando os novos comportamentos humanos e sua adequação à interação moderna entre tecnologia e valores sociais, dada a densidade informacional e comunicacional do meio técnico científico.

A psicoesfera estabelece um conjunto de símbolos e valores que expressam uma identidade territorial e cultural¹², por meio dos valores de uso que amplificam no conjunto das atividades territoriais. Com isso são construídas relações de horizontalidades (solidariedade orgânica) reconstruindo bases de vida em comum, suscetível de criar normas locais e regionais de convivência implicando em um esforço solidário dos diversos atores (SANTOS, 2012b, SANTOS 2012c, SANTOS, 2013a)

Ambas as esferas se relacionam e interagem – tecnoesfera e psicoesfera – e, “[...] a partir desse ponto de vista, quando quisermos definir qualquer pedaço do território, deveremos levar em conta a interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade, que inclui a natureza, e o seu uso, que inclui a ação humana, isto é, o trabalho e a política” (SANTOS; SILVEIRA, 2002, p. 247). Por isso, para investigar a construção do território é preciso ir além das atividades econômicas e políticas e contemplar a criação de significados e culturas, que grupos sociais, classe e pessoas constroem por meio de elementos ou interesses em comum.

Por isso, diante do exposto consideramos que analisar o conceito do território-usado perpassa a compreensão da tecnoesfera e a psicoesfera, onde estão contidos os elementos culturais, as memórias e a construção da identidade de classe, que precisam ser resgatas e contextualizados no conjunto dos processos sociais, num contexto histórico, ligados ao modo de produção e divisão do trabalho, que envolvem relações de poder e dominação pelas classes sociais. A má interpretação para a recuperação das memórias, ou ainda, a interpretação e recuperação a partir do ponto de vista da hegemonia da classe dominante

¹² A cultura é um termo amplo e complexo que compreende todas as realizações materiais e aspectos imateriais de um povo (crenças, valores, normas, modos de vida). Além disso, independente da herança biológica compreende o comportamento apreendido como resultado da inserção humana em determinados contextos sociais para garantir a convivência social. É definida por Santos como uma “forma de comunicação do indivíduo e do grupo com o universo, é uma herança, mas também um reaprendizado de relações profundas entre o homem e seu meio, um resultado obtido por intermédio do próprio processo de viver” (SANTOS, 2012c, p. 81). Sobre o assunto consultar Bosi (1996) e Laraia (2009).

contribuem com a desconstrução e atribuição do significado da própria existência do lugar. Diante disso, o conceito território usado está vinculado ao controle social das instâncias econômicas (mercado), política (Estado) e cultural, que o caracterizam como um campo de disputas por excelência e que requerem esforço constante para se manterem.

Nesta direção, tendo como referência os autores citados é preciso situar que o conceito de território usado neste trabalho corresponde não apenas ao espaço geográfico ou a divisão político-administrativa de um país, mas agrega o uso de um lugar por algo, quer seja pelas pessoas que nele habitam ou instituições (públicas e privadas) que nele projetam seus interesses fazendo acontecer relações de solidariedade e segregação. Esta relação aparentemente contraditória é fundamental para a reflexão sobre território e saúde, objeto central deste estudo, pois a materialização das políticas sociais e seu acesso pela população se dão em lugares e tempos específicos e com pessoas concretas.

1.3. TERRITÓRIO USADO E EXERCÍCIO DO PODER

Se em primeiro momento o território usado é abrigo e referência à construção de valores socioculturais ele também envolve a dimensão do exercício do poder, como em toda relação humana historicamente e concretamente determinada, resultando num processo de dominação e apropriação. Este poder é emanado tanto da esfera do Estado¹³, coexistindo com outros grupos sociais capazes de exercê-lo, estando presente em outros aspectos da vida, influenciados pelas empresas e da sociedade civil.

Dessa forma, cabe aqui evidenciar a análise do pensamento de Antônio Gramsci¹⁴, o qual aponta para a importância dada à questão da força e do consenso para o exercício do poder. Por meio da sua teoria do Estado ampliado, a luta de classes tem como objetivo a conquista do poder e a conquista da hegemonia no âmbito da sociedade civil. Na sociedade política o exercício do poder ocorre sempre através da repressão, coerção e violência da classe dominante, que se identifica como os aparelhos coercitivos ou repressivos

¹³ Porém, Gruppi (1983) chama a atenção para o fato de o Estado ser a maior organização política que a humanidade conhece, exercendo dominação sobre territórios e conjuntos demográfico (isto é, população ou um povo). Logo, para se falar em Estado é necessário a presença de três elementos: poder político representado pelo Estado, povo e território. O poder exercido sobre o território implica em exercício de autoridade em uma área para influenciar, moldar e controlar as atividades e pessoas.

¹⁴ Antônio Gramsci, nascido em 22 de janeiro de 1891 na Itália, foi jornalista, escrevendo ensaios sobre literatura e teoria política publicados em jornais operários e socialistas. Quando da sua prisão, suas obras são conhecidas como os Cadernos do Cárcere onde desenvolveu teorias sobre a hegemonia cultural e ampliação da concepção marxista de Estado. Faleceu em 27 de abril de 1937 Sobre o autor consultar Simionato (2004).

do Estado, controlada pelas burocracias executivas e policial militar levando a conotação anteriormente mencionada de terror e medo.

Já na sociedade civil a classe dominante exerce o poder através das instituições responsáveis pela elaboração e difusão de ideologias através de uma rede articulada de instituições culturais, compreendendo a escola, a igreja, os jornais e os meios de comunicação, através dos quais realiza o controle do consenso e da persuasão. Essas instituições são denominadas de “*aparelhos privados de hegemonia*” cujo objetivo é “inculcar nas classes exploradas a subordinação passiva, através de um complexo de ideologias formadas historicamente” (SIMIONATTO, 2004, p. 44).

A hegemonia para Gramsci constitui-se como o processo de construção do consenso sobre uma visão de mundo ampla e um projeto político amplo, somado ao uso da violência. Por isso, para além do conceito etimológico de dirigir, guiar e conduzir envolve conjunto de valores, crenças e percepções desenvolvidas por cada classe social (SIMIONATO, 2004). Assim, atua no campo das representações e da cultura onde o grupo potencialmente hegemônico apresenta seu projeto político e visão de mundo com uma amplitude que pode criar a subalternidade de grupos sociais, não apenas através do emprego da força física, mas no campo ideológico.

A conquista da hegemonia e a dominação dos territórios nos remetem à ideia de que a construção das territorialidades não são processos naturais, mas resultados da influência, disputas, interesses e, portanto, de poder, historicamente determinadas, envolvendo processos de dominação e desigualdade social. Se atualmente o discurso da desterritorialização¹⁵ “legitima a fluidez global dos circuitos do capital, especialmente do capital financeiro, num mundo em que o ideal a ser alcançado seria o enfraquecimento e, no limite, o desaparecimento do Estado” (HAESBAERT, 2007a, pg. 42) a territorialidade¹⁶ implica em reconhecer a organização social da produção e a correlação de forças dentro e fora do Estado, onde o subjetivo e o objetivo interagem.

Ainda de acordo com as contribuições gramscianas convém ressaltar que as relações internas de um Estado se entrelaçam com as relações que ocorrem em nível internacional, criando novas combinações originais e historicamente concretas. Uma hegemonia construída em um país desenvolvido pode se difundir em países menos

¹⁵ Por desterritorialização compreende-se o movimento de rompimento tanto concreto (material e físico) quanto simbólico (cultural e de identidade) pelo qual se abandona o território e se constrói em outro. Sobre o assunto consultar Haesbaert (2004) e Saquet (2008).

¹⁶ Por territorialidade compreende-se como estratégia específica para afetar, influenciar e controlar um grupo ou indivíduo, fenômenos ou relações e que podem ser exercidos por aqueles que se encontram dentro ou fora do território. Sobre o assunto consultar Sack (1986).

desenvolvidos, interferindo nas relações sociais nacionais. No que se refere às relações entre as nações estas dependem do grau de desenvolvimento das forças produtivas, da divisão do trabalho e do intercâmbio interno.

A consideração pelas diferenças internas e externas existentes em cada localidade assim como as relações sociais, fundamentadas na desigualdade de forças, próprias do sistema capitalista, torna-se fundamental na compreensão do território usado. Os atores sociais possuem forças desiguais o que pode tornar uma política pública ineficiente pois “nenhum objeto ou ação pertence à economia ou à política ou à cultura, não seria politicamente eficaz trabalhar com uma ideia de território formal ou de território usado apenas por alguns” (SILVEIRA, 2009, p. 142). Por isso, conhecer a realidade concreta dos lugares e apreender os jogos de interesses e disputas no e pelo território, assim como os limites e potencialidades permite que ele se torne ponto de partida e não de chegada no processo de elaboração de políticas sociais. Para a autora referenciada, a partir da consideração da dinâmica do lugar é possível que as políticas sociais seja socioespacialmente integradas.

Por isso, para relacionar-se com e no território é necessário ter noção e domínio de sua complexidade uma vez que o território é ocupado por uma população heterogênea, formada por atores sociais muitas vezes antagônicos, mas que “obriga todo mundo a viver junto e, conseqüentemente, a discutir todos os dias o seu futuro” (SCARCELLI, 2011, p. 65) contribuindo para ricas experiências no seio da vida societária. É oportuno reiterar o pensamento de Koga (2011) que é no território que cotidianamente se manifestam as relações de exclusão e inclusão com a efetiva garantia e acesso (ou não) dos direitos sociais e da cidadania. Assim, urge a necessidade de uma sociedade onde todos possam efetivamente se apropriar do território para que e desfrutá-lo reconhecendo e respeitando as diferenças humanas.

CAPÍTULO 2

A POLÍTICA DE SAÚDE E O TERRITÓRIO– USADO



*Trabalhos artesanais realizados por
pacientes do serviço de saúde de uma
das pequenas cidades pesquisadas.*
FONTE: Arquivo próprio

2 A POLÍTICA DE SAÚDE E O TERRITÓRIO–USADO

Neste capítulo abordaremos sobre a política de saúde no contexto da sociedade brasileira com ênfase na discussão da presença da perspectiva territorial na organização dessa política, examinando para isso tanto os marcos institucionais e legais, quanto as produções científicas. Dessa forma, se faz necessário refletir sobre a atenção primária em saúde, já que ela tem sido o eixo estruturante e impulsionadora da reestruturação do processo de trabalho desta política no Brasil e, sobre o território que adquire um status de destaque, por organizar os serviços e ações em saúde, sendo expresso nas cidades e estados por meio da presença dos estabelecimentos de saúde.

Os cuidados em saúde se organizam de forma dependente de objetos técnicos cada vez mais modernos, com vistas à precisão de diagnóstico e tratamentos, ampliando o conhecimento sobre as doenças, seus sinais e sintomas com o objetivo de alcançar a cura. A acelerada busca pela medicina moderna pode ser compreendida no interior dos processos da urbanização brasileira e, se efetiva em lugares e períodos determinados. Ainda que a construção da política de saúde brasileira se inicie no período colonial¹⁷, para esse estudo iremos abordá-la a partir da segunda metade do século XX, compreendido como período técnico-científico.

A escolha para iniciar por este período justifica-se em razão da alteração da concepção de saúde propagada até o momento, que privilegiava a saúde como sinônimo de ausência de doenças físicas e mentais, que resultavam em uma atenção curativista. Esta alteração é registrada na Declaração de Alma-Ata, que foi o resultado da Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978, por meio da adoção de um conceito ampliado de saúde e, reiterado na década seguinte por meio da Carta de Ottawa, como produto da primeira Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde. Neste sentido, é enfatizado uma nova lógica de atendimento à saúde, evidenciando a determinação social da mesma, caracterizada pelas relações do homem com a natureza (meio ambiente) e

¹⁷ No Brasil, o longo período colonial e imperial pode ser caracterizado como o período técnico natural, onde o uso de território é direcionado à exportação das riquezas nacionais por meio do domínio dos colonizadores, subjugando a população condições de vidas extremamente precárias, marcadas pelas altas taxas de mortalidade em relação à natalidade e grandes epidemias, especialmente de febre amarela (FURTADO, 2007). Nesse período, não há a existência de uma política de saúde como política pública, estando os serviços hospitalares sob a responsabilidade das entidades filantrópicas. A assistência estatal se restringia a ações regulatórias, voltadas para a fiscalização de navios para impedir a chegada de doenças às cidades costeiras, regulamentações da arte de curar e campanhas de vacinação. Essa realidade permaneceu sem grandes alterações até a passagem do século XIX ao século XX, quando as novas descobertas bacteriológicas trouxeram novos instrumentos de análise e intervenção sobre as doenças transmissíveis. Sobre o assunto consultar Escorel e Teixeira (2008).

com outros homens, através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas, num determinado espaço e tempo histórico.

Essas alterações serão incorporadas nos documentos nacionais tais como a Constituição Federal de 1998 e na Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) que organiza um novo sistema de saúde brasileiro. Por meio destes documentos a saúde tem como “fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990, art.3).

Desta forma, a concepção de saúde, bem como a produção do cuidado, acompanha as transformações do uso de informações e acesso às tecnologias expressos nos territórios, o que leva a considerar a necessidade de ações intersetoriais e interdisciplinares no sentido de criar condições de vida saudáveis. Nesta perspectiva,

[...] o reconhecimento do adoecimento e vida saudável não depende exclusivamente de aspectos físicos ou genéticos, mas são influenciados por relações sociais, econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer e ambiente adequado, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e qualidade de vida. (CARVALHO; BUSS, 2008, pg.151)

Tal como exposto, concordamos e orientamos a construção deste estudo pela afirmação que o conceito de saúde agrega valores culturais e determinantes sociais constituindo-se em um referencial para a produção de cuidados em saúde, mas também como um campo de disputa no interior de sistema e nos diferentes territórios. No entanto, não podemos deixar de mencionar que ela também está relacionada ao *patrimônio biológico* individual, que inclui aspectos físicos e mentais de base biológicas, ou seja, a genética de cada pessoa; às *condições sociais, econômicas e ambientais* na quais o homem é criado e vive que reúne um conjunto de fatores de dimensão coletiva; ao *estilo de vida* adotado, ou seja, hábitos pessoais e culturais; e aos *resultados das intervenções médico-sanitárias*, ou seja, o sistema que a sociedade organiza para cuidar da saúde dos cidadãos e responder as suas necessidades (CARVALHO; BUSS, 2008).

A adoção dos determinantes e condicionantes sociais no processo de saúde-doença, juntamente com o reordenamento para um modelo de atenção integral a saúde, implica no desenvolvimento de novas práticas de cuidado em saúde que perpassa diferentes níveis de complexidade – prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cura. A implantação de um sistema unificado, gratuito, descentralizado e baseado em uma dimensão

territorial envolve alterações no processo de trabalho em saúde, alcançando de forma direta seus operadores, bem como novas responsabilidades aos entes federativos, dentre os quais os municípios têm a sua relevância.

Assim, com o foco orientado para identificar as estratégias, planos e instrumentos de gestão que contribuem com a afirmação da dimensão territorial na operacionalização da política de saúde, este capítulo tem como objetivo apreender a complexidade do uso de território brasileiro, intensamente dotado de técnicas, ciência e informação, aliado à constituição e normatização da política de saúde.

A análise aqui exposta sustenta-se em dois eixos, sendo que o primeiro aborda sobre a política de saúde na formação socioeconômica e espacial brasileira, sustentado pelo aporte teórico de Santos e Silveira (2002), com destaque para o período técnico-científico e o período técnico-científico informacional, pois nesses momentos históricos registram-se as bases para as grandes mudanças nas estruturas e organização da saúde pública, consolidadas com a Constituição Federal de 1988. O segundo eixo propõe uma discussão sobre a perspectiva territorial na política de saúde no período contemporâneo, a partir da diretriz constitucional da descentralização, com ênfase no papel dos municípios a partir de referenciais teóricos e normativos presentes na legislação brasileira.

2.1. POLÍTICA DE SAÚDE: PERÍODO TÉCNICO-CIENTÍFICO

A urbanização brasileira é considerada por Santos (2013b) como pretérita, pois durante muitos séculos os “*subespaços*” brasileiros evoluíram segundo lógicas próprias. As cidades cresceram em torno de portos e de centros econômicos voltados à exportação, especialmente da agricultura cafeeira e das aspirações industriais no ramo têxtil e siderúrgico, que conferiram nova fluidez ao território brasileiro (SANTOS, 2013b; REGO; MARQUES, 2003).

Nas primeiras décadas do século XX, com a industrialização e a intensa movimentação demográfica, imposta pelo êxodo rural e a chegada de imigrantes europeus, houve um inchaço nos centros urbanos, onde uma parcela significativa da população passou a sobreviver em péssimas condições de vida, com a falta de saneamento básico e higiene pública. A insalubridade das cidades criava um quadro propício à proliferação de doenças e epidemias além de ameaçar os interesses econômicos. As ações de saúde realizadas pelo Estado caracterizaram-se por serem emergenciais diretamente relacionadas com as epidemias,

pois a ampliação e expansão dos sistemas de transporte facilitaram não apenas a circulação de mercadorias e pessoas como também a circulação de vetores responsáveis pelas doenças.

Aliado a isso, o avanço da ciência, baseado na bacteriologia¹⁸ impactou definitivamente de modo a perceber a saúde e a doença, expressando uma a revolução científica na saúde pelo desenvolvimento de vacinas e produtos químicos¹⁹. Contudo, a prioridade da intervenção estatal estava direcionada para as grandes cidades, com ênfase na legislação e regulamentação da comercialização de produtos alimentícios, normatização das construções, a regulamentação das condições de trabalho, a fiscalização de produtos farmacêuticos e inspeção de saúde dos imigrantes que chegavam aos portos (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Percebe-se uma ausência de preocupação com as pequenas cidades e com o interior do país que vivenciava situações de desnutrição, malária, verminose e uma multiplicidade de enfermidades que assolavam a população, sobretudo de mulheres e crianças. Contudo, mesmo diante dessa realidade eram quase inexistentes os serviços públicos de saúde, com a prevalência de ações pontuais e direcionadas para serviços específicos como o combate à febre amarela, leishmaniose, esquistossomose e ancilostomose. Ainda que incipientes, não podemos deixar de considerar que tais medidas de proteção social, mesmo que limitadas, permitiram uma alteração no quadro epidemiológico do país, com a diminuição de taxas de mortalidade.

Nas décadas seguintes, sob o a influência dos governos desenvolvimentistas, cujo objetivo era a construção de um novo projeto de integração nacional voltado para a valorização do trabalho urbano, ocorreram significativas mudanças no cenário nacional. A modernização do capitalismo brasileiro, sustentado no desenvolvimento do setor industrial, ancorou-se em políticas keynesianas que buscavam “conciliar a propriedade privada dos meios de produção com a gestão democrática da economia” (PRZEWORSKI; WALLERSTEIN, 1991, p. 244).

A política de saúde no início da década de 1920, além das questões de higiene esteve marcada pelas questões de saúde do trabalhador, sendo, portanto, formulada sob dois setores, o da medicina previdenciária e o da saúde pública. De acordo com Escorel e Teixeira (2008) a medicina previdenciária estava sob a responsabilidade do aparato

¹⁸ A teoria bacteriologista conferiu uma compreensão unicausal às doenças, ou seja, cada doença correspondia a um agente etiológico que em determinado ambiente causaria um quadro clínico característico priorizando ações predominantemente curativa e biológica (BARCELLOS, 2008).

¹⁹ É neste período que se registram a criação dos institutos nacionais de pesquisa como o Instituto Oswaldo Cruz e Instituto Butantã, voltados a profilaxia e erradicação das epidemias, com o uso de um aparato tecnológico-científico como laboratórios, microscópios, equipamentos para análises clínicas (ALMEIDA, 2005).

institucional do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Por meio da Lei Eloy Chaves foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), onde foram adotadas medidas que constituíram o embrião do esquema de medicina previdenciário brasileiro. As CAPs, posteriormente transformadas em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) atendiam trabalhadores em categorias estratégicas, como os ferroviários e marítimos, ou seja, estavam estruturadas de maneira a atender os interesses do capital.

Com uma assistência predominantemente individual estava destinada a indivíduos acometidos de doenças que o impedissem ao trabalho enquanto que os demais trabalhadores estavam à margem da assistência à saúde. Por isso, as políticas sociais desse período são compreendidas como “um conjunto de legislações que definem um padrão de regulação da relação capital/trabalho” (COHN, 1995, p. 54)²⁰ levando a um posicionamento de Estado mediador de interesses contraditórios. A estrutura desse sistema permaneceu por um longo período e apenas na década de 1960 quando então é unificado o sistema previdenciário no Instituto Nacional de Previdência Social- INPS estendendo alguns direitos sociais (especialmente saúde e previdência social) a todos os trabalhadores com carteira assinada.

No tocante à saúde pública, esta estava sob a responsabilidade do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP)²¹ direcionada a solucionar problemas da coletividade e fortemente influenciada pelos médicos sanitaristas. De acordo com Almeida (2005), lentamente um conjunto de objetos (como postos sanitários, centros de saúde, hospitais) que incorporavam a técnica (pesquisas científicas) voltada para as ações de saúde se difundiram pelo território nacional, ampliando a atuação sanitária brasileira.

A despeito dos avanços e complexificação da estrutura de saúde pública desse período, as várias reformas nos aparatos institucionais não superaram o caráter centralizador e verticalizado do ente federal em relação às ações dos governos estaduais e poder das unidades municipais. As ações com ênfase nas campanhas, a centralização administrativa, o alto custo e estrutura sofisticada com reduzido impacto de ação em locais de baixa densidade populacional, ou seja, nas pequenas e médias cidades, foram alvo de críticas do movimento sanitário-desenvolvimentista.

²⁰ De acordo com a autora, foram adotadas medidas de crescimento do orçamento social, políticas de desenvolvimento de programas de moradia, instituição de auxílio-desemprego, introdução de salários mínimos, tributação sobre rendas e heranças e pensões para idosos, cobertura nos acidentes de trabalho, auxílio-maternidade onde os primeiros trabalhadores beneficiados foram aqueles de indústrias estratégicas.

²¹ O Ministério de Saúde será criado em 1953.

Este movimento agregava sanitaristas de todo o país com uma concepção político-ideológica que relacionava a pobreza às condições econômico e sociais da população. Mesmo com a importância das ações incentivadas pelos sanitaristas, estes tinham uma visão conservadora em relação aos surtos epidêmicos. A propagação de doenças era atribuída à população empobrecida, devido à falta de hábitos de higiene e precariedade das habitações. Compartilhamos da ideia defendida por Almeida (2005) que ações se referiam sempre a erradicação das doenças e não à assistência aos doentes.

O movimento sanitário-desenvolvimentista defendia a necessária a ampliação do conceito de saúde e a consolidação de uma nova política sanitária integrada ao novo projeto nacional de desenvolvimento, reorganizando os serviços de saúde. De acordo com Hochmam (2009) a ênfase da mudança do modelo de saúde estaria na integração dos serviços e na descentralização. Para o autor, “isso se contrapunha ao ‘campanhismo’, que enfatizaria de modo geral intervenções sanitárias centralizadas, verticais, tecnologicamente orientadas e focadas na resolução de problemas sanitários específicos e separados dos processos de mudança social e ambiental” (HOCHMAM, 2009, p. 324).

Com isso, a dicotomia entre ‘sanitarismo desenvolvimentista’ e ‘sanitarismo campanhista’ como modelos de ação estatal em saúde apareceriam como contrapostos nos anos 1950 e início dos 1960. A predominância das ideias do movimento sanitário-desenvolvimentista, ainda que embrionário, ganhava forças e influenciava nas decisões da política de saúde em âmbito nacional. Tanto é que, em 1963, é realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde, tendo como pauta de discussão descentralização e municipalização dos serviços de saúde. Neste momento já percebesse uma necessidade de reorientação no modelo de atenção à saúde, no entanto este novo modelo culminará décadas adiante.

Mesmo sendo considerada uma reunião administrativa com discussões baseadas em documentos elaborados pela administração pública, as proposições da Conferência foram norteadas pela estratégia da descentralização para os municípios na busca de solucionar a ausência de assistência sanitária nestes lugares. Contudo, a efetiva descentralização dos serviços de saúde não se “realiza devido à entrada de capitais estrangeiros no país e aos interesses subjacentes cristalizados nos serviços privados de saúde e à própria continuidade da centralização do poder econômico e político do Estado” (ALMEIDA, 2005, p. 64).

Com a Ditadura Militar, iniciada em 1964, há o retorno do impulso concentrador do poder financeiro e normatizador no poder central com vistas à consolidação da unidade nacional. Há a centralização das ações em saúde com o fortalecimento da atuação

da medicina previdenciária, de interesses privados e em detrimento da saúde pública. Como resultado há um “uma ampliação desmesurada da assistência médica de cunho individual frente às atividades de saúde pública” (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 366).

Diante dessas considerações podemos afirmar que este período técnico-científico da política de saúde brasileira é caracterizado pela centralização dos serviços em grandes centros, com pouca perspectiva territorial e praticamente nula no interior do país; pela escassa oferta de serviços públicos de saúde e quando ofertados, há a desigualdade, tanto no acesso da população quanto na disponibilização de serviços entre os estados. Isto porque as ações deste período foram predominantemente focalizadas na doença cristalizando um modelo curativista, biomédico, hospitalocêntrico e individual.

Com a abertura econômica social ao mercado externo e a incorporação de inovações tecnológicas imprime novas marcas ao território nacional, no período técnico-científico-informacional. A discussão da descentralização política e administrativa das ações e serviços em saúde ganhará impulso somente com o movimento de redemocratização do país, ao final da década de 1980, ligado principalmente ao movimento da Reforma Sanitária, impondo conquistas à política de saúde brasileira e novos desafios às cidades, especialmente às pequenas cidades, que passam a serem responsáveis pela execução e gestão do SUS.

2.2. POLÍTICA DE SAÚDE: PERÍODO TÉCNICO-CIENTÍFICO-INFORMACIONAL

O progresso das ciências e das técnicas resultam em novos materiais artificiais, em uma velocidade cada vez maior, impulsionado pela internacionalização do capital, ou seja, a globalização (SANTOS, 2012a). O mundo conhece os avanços tecnológicos e informacionais, marcando uma nova era dentro do percurso capitalista abrindo as economias nacionais às firmas internacionais.

No cenário brasileiro, a abertura ao capital externo intensifica-se sob a vigência da Ditadura Militar (1964-1985) onde a repressão política estava associada ao milagre econômico. Emergem críticas ao Estado mediador onde as elites político-econômicas passam a questionar e a responsabilizar a ampla atuação do Estado, especialmente naqueles setores que não revertiam diretamente em seus interesses.

No plano econômico, houve redirecionamento de capitais para setores improdutivos, ou seja, militar e financeiro especulativo²² (SALVADOR, 2010). Como resultado verifica-se a concentração de renda, o arrocho salarial com a perda do poder aquisitivo do salário mínimo, o desemprego, o aumento dos preços, a diminuição de oferta de alimentos, o colapso dos serviços públicos de transporte e saúde (ESCOREL, 2008) acentuaram as desigualdades sociais levando a população a precárias condições de vida. Os estudos de Bravo (2011) citam como exemplo a redução no combate às endemias rurais, aumento da mortalidade geral e infantil.

No plano das políticas sociais estas foram centralizadas pelo poder estatal, com redução dos gastos, pois se acreditava que o desenvolvimento social ocorreria paralelamente ao desenvolvimento econômico. Esta medida esvaziou o papel dos estados e municípios que passaram a depender dos recursos financeiros transferidos pela União.

Com relação à política de saúde, as principais reformas ocorreram no âmbito da medicina previdenciária. Houve a expansão dos serviços médicos ambulatoriais, de caráter individualista e curativista por meio da contratação dos serviços privados de assistência à saúde, àqueles inseridos no mercado formal de trabalho. Aos demais, o atendimento era realizado em centros de saúde (voltados para programas específicos, como tuberculose e hanseníase), entidades filantrópicas e ainda, em consultórios particulares.

As substituições de subsídios diretos da empresa, para o desconto no imposto de renda, conformaram o crescimento de um complexo médico empresarial. A medicina previdenciária, aliada aos interesses privados, inseriu na medicina brasileira a moderna tecnologia hospitalar, sendo o hospital um símbolo de inovação tecnológica e de competência (ALMEIDA, 2005); espaço por excelência da prática médica e de prestígio profissional (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Com o predomínio das ações curativas em detrimento das ações preventivas, e a difusão da ideia de conforto e segurança para o doente, o hospital se tornou a porta de entrada para o sistema de saúde, conformando um sistema hospitalocêntrico. De acordo com Braga Neto, Barbosa e Santos (2008, p. 676) “ao invés do pavor ante a possibilidade de serem internadas, as pessoas, quando enfermas, desejam ser lá tratadas”. Essa visão implicou em problemas para o seu financiamento, devido ao elevado custo de manutenção e acarretou uma

²² Essa transferência se dá por meio da dos subsídios, desonerações tributárias, incentivos fiscais e redução de tributos ao capital, além da aquisição de títulos da dívida pública estimulando um capital especulador e fictício, onde uma classe de capitalistas vive dos rendimentos desta forma de capital.

crise de financiamento na previdência social, agregada a crise econômica da década de 1980 (PAIM *et al* 2011; COHN, 1995).

A medicalização da vida social²³ foi imposta (BRAVO, 2009 p. 93), pois o setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas. Dentre essas inovações encontram-se a transfusão de sangue, uso de anestésicos e antibióticos na prática cirúrgica, novas práticas de esterilização do material diminuindo os riscos de processos infecciosos, com drástica redução dos índices de mortalidades (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Apoiada no pensamento de Milton Santos, Almeida (2005, p. 49) nos chama a atenção que o período de intenso desenvolvimento tecnológico, científico e informacional potencializou a interdependência entre a técnica e ciência, interferindo em todos os aspectos da vida social. Da mesma forma, Merhy (2002) defende que o uso de tecnologia em saúde imprime alterações significativas nos procedimentos produtivos, com a introdução de tecnologia dura²⁴ e leve-dura o que implica em parcelamento do processo de trabalho e exigência de qualificação dos trabalhadores. Isso porque, as inovações tecnológicas conformaram um novo sistema de objetos técnicos (tecnoesfera) como os consultórios, clínicas, hospitais, pronto socorro dotados de modernos equipamentos tecnológicos que exigem a qualificação dos trabalhadores em saúde para o manuseio desses equipamentos, mudando o cotidiano e as práticas médicas.

Por um lado Almeida (2005) defende que o uso de tecnologia em saúde permite a complementação do olhar científico da prática clínica do médico com o saber científico tecnológico. Para a autora, o que ocorre é que a conformação de uma psicoesfera, “produzida nos serviços de saúde se dará com esse deslocamento do olhar científico que primeiro indaga, para ver através dos sintomas, da queixa, da fala, da superfície do corpo pelo saber científico-tecnológico” (ALMEIDA, 2005, p. 70). Por outro lado, Merhy (2002) assegura que o uso de tecnologia em saúde não substitui o trabalho humano de investigação, avaliação e decisão sobre a terapêutica do tratamento, ou seja, a entrada de equipamentos modernos não anula momentos singulares do trabalho em saúde, como a prática do cuidado.

²³ Para a autora houve a ênfase na prática médica curativa e individual com articulação do Estado com os interesses do capitalismo internacional, especialmente àquele relacionado a indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares. Sobre o assunto consultar Bravo (2009; 2011).

²⁴ Para o autor, o uso da tecnologia em saúde se divide em três modalidades, a saber, a tecnologia dura sendo compreendida como aquela que se apropria do uso de equipamentos tecnológicos, normas e rígidas estruturas organizacionais. A tecnologia leve-dura é aquela que trabalha com saberes estruturados, em particular na clínica e na epidemiologia. Por sua vez, a tecnologia leve permite operar processos relacionais de encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário. Para maiores informações consultar Merhy (2002).

Ainda que os dois autores expressem visões complementares sobre o uso de tecnologia em saúde, consideramos que o uso da aparelhagem instrumental permitiu que os diagnósticos fossem mais eficazes resultando em uma qualidade de tratamento e de vida àquele que tem sua saúde acometida por uma patologia. No entanto, esta dependência tecnológica aumentou a demanda por exames laboratoriais e de imagem para a definição de um diagnóstico, ampliando as especialidades médicas à medida que aumentaram os recursos tecnológicos. Essa situação contribuiu para o aprofundamento da redefinição da divisão entre o trabalho intelectual e manual, contribuindo com uma fragmentação da saúde no cuidado em partes e não mais no todo além de uma valorização de um modelo médico curativista hegemônico.

As inovações tecnológicas foram seletivas, tanto no acesso restrito àqueles que possuíam condições econômicas quanto na distribuição desigual entre os lugares, por não estarem disponíveis em todas as cidades do território nacional e, portanto, não atendendo ao conjunto das necessidades da população. As ações de saúde pública não foram priorizadas e limitaram-se às ações normativas e coletivas, o que leva Escorel (2008) afirmar que além das atividades coletivas não serem lucrativas, o projeto de ampliação de saúde pública estava vinculado ao projeto nacional desenvolvimentista, derrotado pela Ditadura Militar levando ao desinteresse da sua propagação.

Entretanto, a autora chama a atenção para que, mesmo em meio a esse cenário, um grupo de sanitaristas e parcela de técnicos do Ministério da Saúde em conjunto com outros atores, se mobilizaram pela defesa de um novo modelo de prática médica, com ações voltadas as atividades preventivas, com enfoque na determinação social da doença e na historicidade do conceito saúde-doença, conformando o que se denominou em Movimento Sanitário brasileiro. Paralelamente, é realizada a Conferencia Internacional de Alma Ata, em 1978, reafirmando a saúde como um direito humano fundamental, sustentado na universalização dos serviços. É difundida a ideia de um sistema integrado de saúde, dando à atenção básica a centralidade do sistema em relação à assistência hospitalar. O movimento sanitarista brasileiro encontra apoio nesse novo modelo de cuidado à saúde.

Este movimento agregou profissionais de saúde, usuários e outros movimentos sociais, como aqueles que lutavam pela redemocratização do país, fortalecimento das organizações da sociedade civil e programas de saúde fundamentados nos conceitos de descentralização, regionalização, hierarquização, integração dos serviços, cuidados primários, medicina e participação comunitária. Na abordagem dos problemas de saúde, compartilhavam do referencial em busca da “transformação do setor de saúde no Brasil em prol da melhoria

das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania” (SCOREL 2008, p. 407). Podemos assim perceber que embora o momento político fosse de poder ditatorial, as propostas de construção de um novo sistema de saúde, bem como de um novo modelo democrático para a nação, foram feitas por pessoas e profissionais que levaram as demandas locais para o debate nacional, revelando a força do território-usado, tal como apontado nos estudos de Milton Santos. Para este autor, os lugares, funcionando como intermediários entre o mundo e o indivíduo, assumem uma posição central na história e a força da resistência e das mudanças está com os homens lentos.

Com isso estão dadas as bases para a disputa de interesses no âmbito da saúde, entre aqueles que defendiam uma abertura ao mercado com vistas à modernização e aqueles que defendiam a ampliação da cobertura com a universalização. Após reformas ministeriais e implantação de vários planos que sinalizavam uma abertura do sistema e, devido à pressão do movimento sanitário, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, é discutida e aprovada propostas que reorganizavam o sistema. Mesmo em meio a resistências, a saúde é constituída com um direito de cidadania e um dever do Estado, com a adoção de um conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes, posteriormente incorporados na Constituição Federal de 1988.

A partir desta carta constitucional, a saúde é considerada um direito fundamental a todo ser humano (BRASIL, 1990, art. 2º). A concepção de saúde amplia-se, adotando os fatores determinantes e condicionantes passando a ser compreendida não mais como ausência de doença, mas como resultado de fatores biológicos, estilo e modo de vida e trabalho. Devido à escassez da capacidade instalada e da sua distribuição desigual entre os lugares, as ações e serviços podem ser prestados tanto pelas instituições públicas como por entidades privadas, conformando um sistema unificado de saúde, regulamentado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Este Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivo a formulação de política de saúde e a “assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1990, art. 5º), norteadas pelos os princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade. Como diretrizes organizacionais, são elencadas a participação popular e a descentralização político-administrativa²⁵ estabelecendo novas relações entre os níveis de governo, instituições e serviços.

²⁵ Importante salientar que no período da transição democrática (1985) as transformações no âmbito das políticas públicas e particularmente na política de saúde se intensificam já sinalizando o uso da dimensão territorial. Há a criação do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, em 1987, que pavimentou o caminho para o

No que se refere aos princípios doutrinários é importante destacar que por universalidade entende-se como a garantia de atenção e acesso à saúde em todos os níveis de atenção, a todo e qualquer cidadão (BARCELLOS; MONKEN, 2014). Com isso, diferentemente do período anterior à última legislação, a condição de inserção ou não no mercado formal de trabalho deixa de ser o critério para o atendimento nos serviços de saúde. A integralidade na assistência é definida como um conjunto de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, oferecidas pelo sistema de saúde, quer seja em atendimento ambulatorial ou hospitalar (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). A integralidade também remete a necessária articulação entre as políticas de cunho social e econômico de maneira a atuar sobre as determinantes e condicionantes de saúde. Por sua vez, a equidade na assistência reitera direito de todo cidadão ao sistema de saúde e implica a não discriminação no acesso aos serviços de saúde, sem preconceitos, barreiras ou privilégios (BARCELLOS; MONKEN, 2014).

Já no que se refere às diretrizes organizacionais a participação popular é garantida por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, sendo este último formado paritariamente pelas entidades representativas (usuários, prestadores e gestores do SUS). A participação popular se constitui em referencial de ampliação de possibilidades de relacionamento entre a sociedade civil e o poder público dentro da perspectiva de redistribuir o poder à medida que é permitido à sociedade interferir diretamente no planejamento, execução e monitoramento da política de saúde exercendo o controle social sobre as ações implementadas pelo poder público. A participação social é fundamental para

(...) institucionalizar relações mais diretas e flexíveis e transparentes que reconheçam os direitos dos cidadãos; assim como de reforçar laços de solidariedade num contexto de pressão social e polarização política na direção de uma cidadania ativa que disponha dos instrumentos para o questionamento permanente da ordem estabelecida (JACOBI, 1999, p. 38).

O engajamento em práticas participativas pela sociedade civil permite uma atuação do poder público sem exigências de quaisquer tipos de dependência financeira ou administrativa, tais como o clientelismo, o autoritarismo ou o assistencialismo. Essa característica assume uma considerável importância com a descentralização política administrativa, que implica na transferência para os estados e municípios da responsabilidade,

SUS ao ter como diretrizes a universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, descentralização das ações de saúde e implementação dos direitos sanitários (REIS et al, 2012).

autonomia e recursos financeiros para decidir e programar ações e serviços em saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Com isso, altera-se o processo de repasse de recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, o que nos remete a entender que a partir daqui, sairia um prenúncio a municipalização que viria com o SUS. Assim, dentro do movimento de descentralização, ocorre concomitante a aproximação da União com os municípios que passam a receber diretamente os recursos financeiros para a operacionalização dos serviços. Com isso, os municípios caracterizam-se por serem o *locus* privilegiado para exercer a função de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde em território local. Nesse sentido o território, lugar onde se materializa as políticas públicas, se transforma em uma estratégia para levantamento de indicadores socioeconômicos e conhecimento das condições de saúde e qualidade de vida da população, visando a formulação de ações e serviços com o objetivo de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Para a organização do sistema descentralizado, é necessário o comando único, sob a responsabilidade estatal, em cada esfera de governo, reforçada com a Norma Operacional Básica de 1996. Com a descentralização, as ações e os serviços de saúde são prestados em sistemas municipais, que permitem a construção de redes regionais e hierárquicas, com a finalidade de ampliar o acesso ao SUS além de aumentar a capacidade de respostas às demandas em saúde, por definir a distribuição espacial dos serviços de saúde por nível de atenção. A importância dessas diretrizes é que elas garantem ao cidadão o direito ao acesso a um “conjunto de ações e serviços localizados em seu município e próximos a sua residência ou a seu trabalho condizentes com as necessidades de saúde” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 443).

Contudo, os avanços e as transformações no cenário nacional em relação à política de saúde não ocorrem em sincronia com os interesses dos países do capitalismo central. Enquanto o texto constitucional expande direitos sociais por meio da Seguridade Social, nos países centrais consolida-se a emergência da política de ajuste neoliberal, com a reforma do papel do Estado²⁶.

A consolidação das proposições neoliberais trouxe como consequência não somente a redução de direitos sociais, mas o desemprego, pela flexibilização e precarização

²⁶ A reforma do Estado pode ser compreendida como a redefinição das funções do Estado, seu padrão de intervenção econômica e social e suas relações com o mercado, com a sociedade civil e mesmo entre os próprios poderes executivo, legislativo e judiciário. Sobre o assunto, consultar BENTO (2003), SOUZA FILHO (2011), BRESSER-PERERIRA (1998).

das relações e condições de trabalho e ajuste fiscal para controle do orçamento público. Paralelamente, no que se referem às políticas sociais, essas sofreram com o processo de desmonte por meio da transferência das responsabilidades estatais à sociedade civil e um demarcado subfinanciamento, limitando o seu poder de atuação, visando adequar os sistemas de proteção social à nova realidade econômica.

No que tocante à realidade brasileira, a partir da década de 1990, no governo de Fernando Henrique Cardoso, através da reforma do Estado para atender os interesses do grande capital internacional e nacional, adotou um modelo de gestão gerencial, onde o cidadão é tido como cliente e consumidor dos serviços sociais (SOUZA FILHO, 2011). Neste modelo de gestão, as políticas sociais são avaliadas segundo os critérios utilizados nos empreendimentos comerciais, ou seja, através da relação custo e benefício. Sobre o assunto, Merhy (2002) destaca que “atenção gerenciada” configura-se tanto como a transferência do processo de decisão sobre as ações em saúde, do campo das corporações médicas para o âmbito dos administradores quanto na elaboração de estratégias que visam à reorganização dos modelos de atenção partindo da ação de prestadores de serviços privados. Como consequência há uma reestruturação das políticas sociais na perspectiva da solidariedade, da focalização, da seletividade, da refilantropização da pobreza e responsabilidade social, com redução dos gastos sociais, mercantilização dos bens sociais, promovendo assim o desmonte dos direitos sociais, tão duramente conquistados no Brasil.

No que se refere à política de saúde, embora ela seja assegurada na última carta constitucional e legislações regulatórias como um direito de acesso universal, sob a responsabilidade do Estado, na prática o que temos observado é que ela tem sido diretamente afetada pelas diretrizes neoliberais. Seguindo orientações de agências internacionais, como Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial²⁷, as orientações para a condução da política de saúde gira em torno do projeto de ajuste econômico social para modernizar a gestão dos serviços públicos por meio do ideário privatizante, tendo como objetivo a racionalização dos gastos públicos; focalização dos serviços prestados através da parceria público-privado via convênios e contratos de gestão, colocando em questão a saúde como um direito público, gratuito e universal.

²⁷Pelas propostas do Banco Mundial, em um sistema nacional de saúde não compreenderia princípios da universalidade e integralidade, sendo a participação do Estado no fornecimento de serviços públicos deveriam adotar como parâmetro básico os interesses econômicos. Na perspectiva econômica, os programas destinados a melhorar a saúde dos mais pobres podem ser considerados como consumo com o objetivo final de desenvolvimento econômico e interesses produtivos. Sobre o assunto consultar Rizzotto (2000).

Sob essa perspectiva os direitos sociais conquistados por meio das lutas populares são considerados como privilégios que ferem as regras de mercado sendo as políticas sociais destinadas às populações mais vulneráveis. Neste cenário, os serviços de saúde tem se tornado cada vez mais espaços de capitalização e relevante fonte de maximização do capital, com um “desenho da oferta de uma ‘cesta mínima’ de consumo de ações básicas de saúde, que deve atingir todos os agrupamentos sociais, a partir da qual, por um acesso pelo mercado a prestadores privados, se podem agregar novas modalidades de consumo no campo da assistência” (MERHY, 2002, p. 70).

Dessa forma, apenas uma população específica tem acesso aos serviços básicos de saúde, normalmente ofertados pela atenção básica por meio das unidades de saúde enquanto que a atenção especializada, que depende da incorporação tecnológica, deve ser ofertada pelo setor privado mediante a compra de serviços pelo Estado. Ao contrário do cidadão de direitos a perspectiva neoliberal privilegia o cidadão consumidor. Isso leva Paim et. al (2011) a afirmar que o sistema de saúde no Brasil passa a ser formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, contribuindo com a permanência de ações pontuais e focalizadas, subordinada a realização de exames e prescrição de medicamentos, fomentando o complexo médico-empresarial.

O impacto desse processo se expressa como na intensa expansão da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares; privilégio no financiamento (compra) de serviços privados em detrimento dos serviços públicos; transferência de gestão às fundações estatais de direito privado e às organizações sociais (por meio da terceirização) com paralelo sucateamento dos serviços públicos; enfoque na medicina especializada e privada em detrimento à saúde coletiva e pública e isenções tributárias e subsídios para os planos e seguros de saúde privados (TEIXEIRA, 2012; VIANNA, 2011).

Tal situação pode ser exemplificada com a estratégia de transferência de hospitais públicos ligados às universidades à esfera privada, sob o discurso do aprimoramento de gestão. Há que se destacar que no Estado do Paraná, no ano de 2014, foi aprovado o convênio de adesão do Hospital de Clínicas, em Curitiba, à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH²⁸. O Hospital de Clínicas é o maior prestador de serviços do SUS no Paraná e o terceiro maior hospital universitário no Brasil, com um número de atendimento

²⁸ A EBSEH surgiu no Brasil no ano de 2011 e caracteriza-se por ser uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, sob o projeto de Lei da Presidente Dilma, sendo aprovada no Congresso Nacional como Lei Federal N. 12.550 de 15 de Dezembro de 2011.

anual superior a trezentas mil consultas (BRASIL, 2015) por ser referência para todo o Estado nas diferentes especialidades médicas.

No que se refere aos planos de saúde privados, os dados corroboram para afirmar o crescimento da cobertura dos planos de assistência privada no Brasil. Se tomarmos como referência as informações disponibilizadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS), verificamos que, no ano de 2014, a taxa de cobertura de população por planos privados no Brasil corresponde a 51,3% (ANS, 2015), por meio das 1.248 operadoras (idem). No Estado do Paraná, os dados apresentados na Tabela 2 demonstram que os beneficiários em planos privados de assistência médica alcançam patamares de 25,77%, ficando abaixo da média nacional. Contudo, observa-se que na última década, a população coberta com planos privados aumentou em 10% no número de adesão, o que nos leva a afirmar a expansão dessa atividade no Estado.

Tabela 2: Proporção de população geral e com plano de saúde no Estado do Paraná no período de 2000 a 2014.

Ano	População geral do Estado do Paraná	População com plano de saúde no Estado do Paraná	Porcentagem
2000	9.563.458	1.412.850	14,77%
2010	10.444.526	2.333.999	22,34%
2014	11.081.692	2.856.479	25,77%

FONTE: Organização da autora a partir de dados do IBGE(2015), ANS (2015) e DATASUS (2015).

Neste cenário de privatizações e ampliação do número de beneficiários de planos privados de saúde, há ainda que se destacar que as inovações tecnológicas e a sua distribuição se instalam seletivamente nos territórios, justamente nos centros mais dinâmicos assegurando modernos sistemas de produção na área da saúde. De acordo com Almeida (2005) a disputa pela saúde não é por conta do interesse no ser humano, mas em função dos lucros e das possibilidades de avanço tecnológico que ele proporciona, se conformando num verdadeiro mercado. Com isso podemos afirmar que a verticalidade e hierarquia entre os lugares se impõem na área da saúde e revelam a desigualdade entre os interesses privados e corporativos em relação às necessidades da sociedade.

Além disso, a disponibilidade e distribuição adequada de força de trabalho configuram-se como um desafio a atenção integral em saúde prevista com o SUS. Sobre o assunto, Seixá et.al (2015) ao analisar a movimentação médica no Brasil revela que apesar do aumento do total de profissionais de saúde, há uma concentração dos profissionais nos

municípios pólos das regiões de saúde. Os autores ainda consideram o Estado do Paraná como conservador por dispor de um mercado de trabalho com pouca circulação de profissionais no interior de Estado. Nesse sentido, os centros maiores atraem profissionais exclusivos enquanto que os centros menores atraem profissionais circulantes, com maior diversidade de vínculos empregatícios. Isto posto, podemos considerar que a movimentação dos profissionais de saúde está relacionada não apenas à questão salarial, mas também devido a disponibilidade de recursos físicos e materiais para a atenção à saúde tendo como implicação a existência de vazios assistenciais, especialmente nas pequenas cidades brasileiras.

Ora diante das considerações aqui traçadas podemos observar que, sendo o Brasil um país com a predominância de pequenas cidades, esta realidade é agravada pois entre as diretrizes constitucionais que possibilitaram o avanço da implementação das políticas sociais encontra-se a descentralização política e administrativa, com a transferência de responsabilidades para os municípios. Contudo, as pequenas cidades, por terem uma baixa arrecadação municipal e ausência de capital circulante (BACELAR,2008; MAIA, 2010) encontram sérias dificuldades, na implementação, execução, gestão e oferta de serviços de saúde, especialmente nos casos de serviço que requeiram uma maior complexidade de resolução e que demandem alta tecnologia. Isso dificulta o acesso a essa política e conseqüentemente comprometendo os níveis e qualidade de vida da população nessas cidades, já que a maioria vive longe ou até mesmo excluída desse processo de modernização na área da saúde. Essa realidade impõe a necessidade das pequenas cidades buscarem alternativas para o estabelecimento de relações mais cooperativas, solidárias e regionalizadas com vistas a atender as demandas do cidadão.

2.3. A PERSPECTIVA TERRITORIAL NA CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE PÓS 1988

Na área da saúde, o lugar juntamente com as pessoas e o tempo compõem as principais dimensões de análise dos fenômenos epidemiológicos. Tal como discutido anteriormente, as condições de saúde de uma determinada população são diretamente afetadas pelas “condições domiciliares, como as características da habitação; locais, como a condição de saneamento; regionais, como o clima; e globais, como a estrutura econômica” (BARCELLOS, 2008, pg. 46). O uso do território enquanto categoria se debruça sobre o cotidiano das pessoas e diagnosticam a realidade de maneira particularizada.

Como bem demonstram os estudos de Barcellos (2008), além de ter a sua importância na organização política, administrativa, econômica e gerencial, o território usado

tem a sua importância para o agir em saúde pois, como produto social, nele se verifica a interação entre a equipe de saúde e população. O território quando usado na compreensão do espaço vivido das populações permite subsídios para as intervenções propostas pela política de saúde e que venham de encontro às necessidades e expectativas dos cidadãos, consolidando práticas democráticas.

O SUS implantado em todo o país está organizado sobre uma base territorial embora a legislação da área²⁹ não adote um conceito específico de território, o termo aparece constantemente nos documentos como sinônimo de base geográfica que “torna mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade” (BRASIL, 2001, p. 11).

No entanto, as diversas nomenclaturas utilizadas para operacionalizar as ações desta política em uma perspectiva territorial nos permitem afirmar que o território constitui-se como categoria fundamental para a compreensão, planejamento e gestão da política de saúde. A partir da leitura de indicadores socioeconômicos e considerando os aspectos objetivos e subjetivos vivenciados pelos indivíduos é propiciado a implantação de ações preventivas nas diferentes vulnerabilidades detectadas nos territórios.

Os documentos legais expressam que os serviços e as ações em saúde devem ser operacionalizados a partir hierarquização dos níveis de atenção, o que implica na territorialização em saúde, elemento chave para a aproximação da dinâmica de vida e dos usuários do SUS, respondendo as suas respectivas demandas e construindo ações definidas no território. De acordo com Gondim *et al.* (2008) a territorialização em saúde, é compreendida como o processo de diagnóstico, intervenção e produção de informação em saúde e se coloca como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso as ações e serviços de saúde.

O processo de elaboração de diagnósticos territoriais permite a obtenção de informações e dados. Seguidos da sistematização e interpretação à luz de um referencial teórico, conduzem e facilitam o processo de tomada de decisões e definição de estratégias de

²⁹ As legislações da política de saúde que foram consultadas em busca do conceito do termo território foram: Lei nº 8.080 de 19/09/1990, Lei nº 8.142 de 28/12/1990, NOB-SUS/93 regulamentada pela Portaria nº 545 de 20/05/1993, NOB-SUS/96, regulamentada pela Portaria 2.203 de 06/11/1996, Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria 648/GM de 28/03/2006 com revisão na Portaria nº 2.488 de 21/10/2011, NOAS-SUS 01/01 regulamentada pela Portaria MS/GM nº 95 de 26/01/2001, NOAS-SUS 01/02 regulamentada pela Portaria MS/GM nº 373 de 27/02/2002, Pactos pela Saúde, especialmente Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, Portaria nº 154 de 24/01/2008 e Decreto nº 7.508 de 28/06/2011.

ação por meio da interação território e profissional de saúde, com a criação de vínculos entre a população e a equipe de saúde, deixando de ser um trabalho meramente institucional. Este processo de territorialização se configura como uma das bases operacionais dos sistemas de vigilância em saúde e da atenção básica permitindo o reconhecimento da determinação social da saúde por meio da operacionalização de sistemas de informações e indicadores epidemiológicos.

A territorialização configura-se como um princípio organizativo assistencial mais importante no sistema de saúde, visto que “permite espacializar e analisar os principais elementos e relações existentes em uma população, os quais determinam em maior ou menor escala seu gradiente de qualidade de vida” (GONDIM *et al.*, 2008, p. 250). Assim, o território usado se constitui como um mediador das diferenças dos problemas de saúde por associar os problemas dos indivíduos com objetivo de prevenir riscos e evitar danos à saúde com base na elaboração de diagnósticos da situação de saúde e das condições de vida da população em áreas delimitadas.

Sobre a delimitação da área de abrangência, os serviços de saúde contam com uma delimitação espacial utilizado para a gestão dos serviços e controle de doenças. A abrangência de um serviço de saúde deve ser coerente com os níveis de atenção, a saber, primário, secundário e terciário.

A atenção primária em saúde é o centro da rede de atenção, estruturante dos demais níveis de atenção, sendo compreendida pela Unidade Básica de Saúde/equipe da Estratégia Saúde da Família³⁰ e constitui-se como o ponto mais próximo do domicílio das pessoas. Nela devem-se organizar os serviços de promoção e prevenção dos cuidados, individual e coletiva, em saúde. É ainda sua responsabilidade atender situações de saúde de baixa complexidade, normalmente nas áreas médicas de ginecologia, pediatria e clínica geral e na área de odontologia.

Através das Unidades Básicas, situações mais complexas e que necessitam de intervenção especializada são referenciadas para o nível de atenção secundário, compreendido pelas diferentes especialidades médicas e serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico, como exames patológicos, exames de imagem e outros exames de apoio terapêutico. Os atendimentos que requerem especialização de alta complexidade, como

³⁰ A Estratégia Saúde da Família é uma estratégia de reorientação no modelo de atenção à saúde que privilegia a atenção primária como a porta de entrada do usuário no sistema de saúde centrada em uma perspectiva de cuidado por meio de práticas sanitárias de caráter participativo e democrático. É operacionalizada por equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes têm como responsabilidade o acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. A revisão das diretrizes e normas da ESF estão especificadas na Portaria nº 2.488 de 21/10/2011.

terapia renal substitutiva, assim como as situações de urgência e emergência são referenciados para os hospitais e pronto socorro, que compreende a atenção terciária do sistema de saúde. No segundo e terceiro nível de atenção os contornos territoriais não são visíveis, sendo definidos geograficamente com base na necessidade de atenção da população e podem estar localizados em um município, em parte de um município ou vários municípios.

Na tentativa de organizar a rede de serviços e ações em saúde, as divisões territoriais utilizadas pelo SUS são ainda caracterizadas por uma variedade de nomenclaturas e divisões territoriais: municípios, distritos sanitários, área, micro áreas e domicílio. Para Barcellos (2008, pg. 47) o município representa o nível inferior no qual é exercido o poder de decisão sobre a política de saúde no processo de descentralização política-administrativa.

O distrito sanitário é adequado para municípios de grande porte, para aproximar a administração pública da população e seu objetivo é a delimitação de uma base territorial definida geograficamente, contendo pontos de atenção à saúde adequada às características do perfil epidemiológico da população adscrita.

Para Gondim *et al.* (2008), no processo de municipalização se identificam diferentes territórios dentre os quais o território área refere-se a uma área definida por critérios não só geográficos, mas ainda levando em consideração os aspectos econômicos, sociais e culturais. Corresponde à área de atuação de uma a equipe de saúde e seu objetivo é planejar as ações, organizar os serviços e viabilizar os recursos para o atendimento das necessidades de saúde dos cidadãos/famílias residentes no território, com vistas à melhoria dos indicadores e condições de saúde da comunidade.

O território micro área é uma subdivisão do território área sob a responsabilidade da equipe de saúde. Normalmente é assimétrico, delimitado segundo a concentração de grupos populacionais mais ou menos homogêneos de acordo com as condições objetivas de existência. Nele se localizam os domicílios, ou territórios-moradia, que é o local, espaço da vida, que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoa. É portanto, o lócus para o desencadeamento de ações de intervenção.

Contudo, somente pensar a divisão do território com recortes aleatórios; ou baseado na soma de domicílios em agrupamento de quarteirões; ou no estabelecimento de áreas de abrangências segundo características geográficas não corresponde ao processo de territorialização em saúde e acaba por não atender o princípio da equidade preconizado pelo SUS. A divisão territorial deve ser definida mediante critérios culturais, políticos e sociais levando em consideração o território usado pela população.

De acordo com a pesquisa realizada por Machado e Viana (2009) a descentralização político-administrativa com a valorização da dimensão territorial na perspectiva da hierarquização foi priorizada pelo governo federal a partir dos anos 1990, porém enfatizada em tônicas diferenciadas. Na década de 1990 a descentralização tinha como foco a municipalização das ações expressa, especialmente, pela criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 e pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs).

As principais estratégias das NOBs (1991, 1992, 1993 e 1996) eram firmar os convênios de municipalização e “promover o avanço e consolidação da gestão municipal” (DOMINGUEZ, 2014, p. 13), com as transferências de recursos financeiros fundo a fundo implicando na municipalização maciça da atenção básica. As principais atribuições dos gestores do SUS estavam concentradas na identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal, organizando das portas de entrada ao sistema e estabelecendo os fluxos de referência (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A partir da década de 2000, a organização da rede e do modelo de atenção se volta para a estratégia da regionalização, sob forte regulação federal e estadual. Nesse sentido, são normatizadas a Norma Operacional de Assistência em Saúde – NOAS em 2001 e 2002, a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Promoção a Saúde e os Pactos pela Saúde, por meio do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão em 2006, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, em 2008 e o Decreto 7.508 em 2011.

Esses documentos expressam a prioridade de ações voltadas para a saúde de grupos específicos, como do idoso, controle do câncer do colo de útero e de mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica. Destaca-se que no fortalecimento desta última, reafirmou a consolidação e qualificação da ESF nos pequenos e médios municípios e à ampliação dessa estratégia nos grandes centros urbanos (COSTA, 2011).

Quando da impossibilidade das cidades oferecerem todos os serviços de saúde, elas encontram respaldo nas diretrizes organizacionais da Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde - NOAS (2001), que prevê a organização do SUS em uma rede articulada e que integre serviços de acordo com a capacidade de diferentes municípios. Por meio NOAS-SUS 01/01, a regionalização é compreendida como uma prioridade do processo de descentralização visando garantir o acesso da população as ações de saúde resolutas e de qualidade em todos os níveis de atenção, não necessariamente limitado aos territórios municipais e devem contemplar

(...) uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (BRASIL, 2001, p. 34).

Nesse sentido, a regionalização efetiva-se como estratégia para a superação dos problemas e organização do sistema onde por meio dessa diretriz assegura-se que o cidadão tenha o acesso ágil e mais próximo a sua residência, sendo o gestor municipal e estadual os responsáveis pelos fluxos de referência intermunicipal. Para tanto, a administração pública assume a responsabilidade de “articulação e integração de um conjunto de ações e serviços de distintas naturezas, complexidades e custos, situados em diferentes territórios político-administrativos” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 443).

A definição de região de saúde apareceu pela primeira vez na NOAS (2001) sendo compreendida como a “base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado” (BRASIL, 2001, p. 35) considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, epidemiológica, oferta de serviços e relacionamentos entre os municípios. Seu principal objetivo era a equidade na alocação de recursos e no acesso aos serviços de saúde, sendo definida como macro estratégia para aprimorar a descentralização (DOMINGUEZ, 2014).

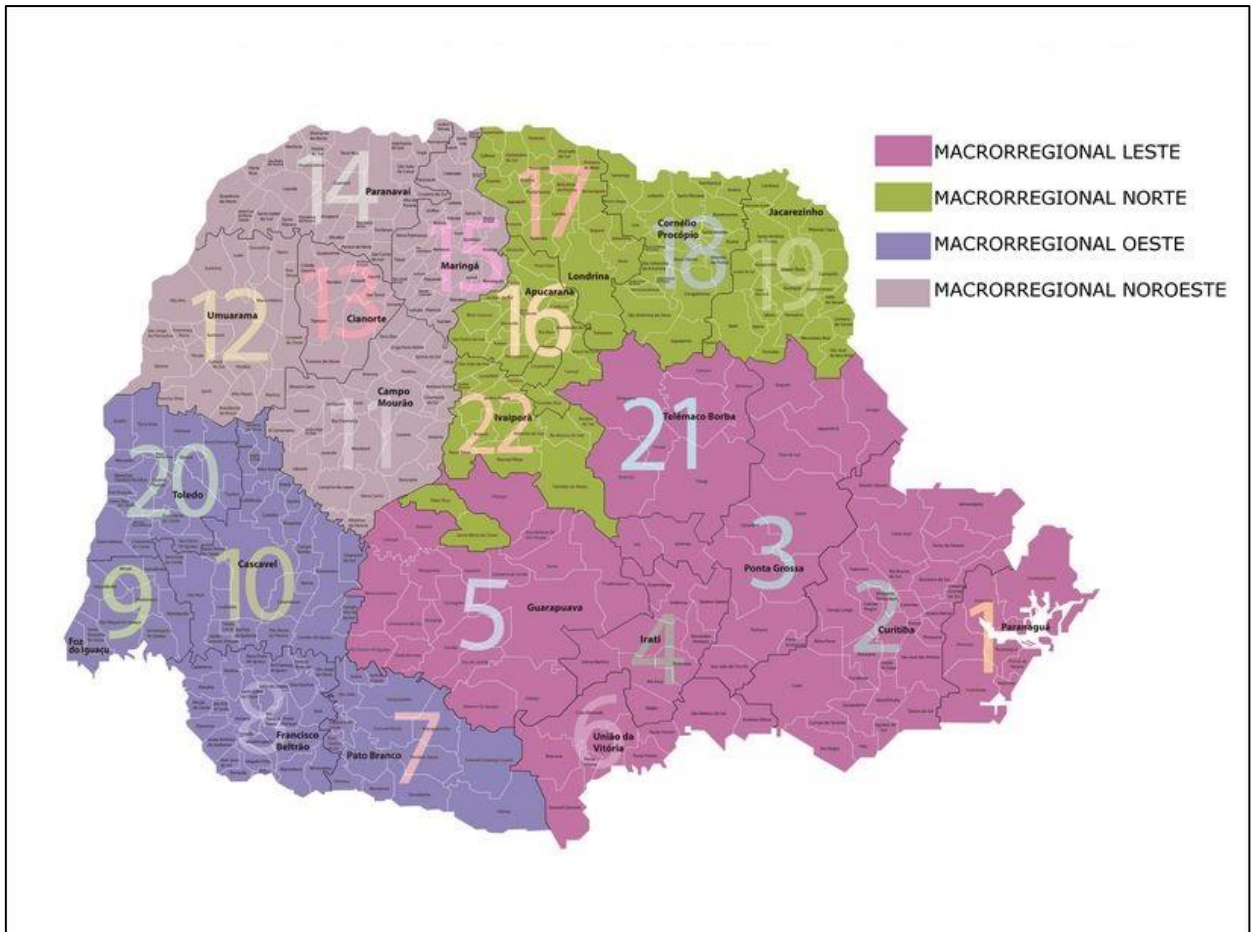
De acordo com a NOAS-SUS 01/01, além das Regiões de Saúde, os estados podem adotar as microrregiões que por sua vez, são compreendidas como “a menor base territorial de planejamento regionalizado” (BRASIL, 2001, p. 35) e que apresenta uma maior homogeneidade de características que demandem ações específicas. Nas microrregiões está presente o módulo assistencial, ou seja, uma base territorial com resolutividade correspondente à atenção básica em saúde cujo município sede do módulo assistencial é aquele responsável por prover os serviços em saúde, com suficiência para a sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

Em atendimento às legislações acima, o planejamento e o fluxo de atendimento em saúde são expressos no Plano Diretor de Regionalização (PDR), que pode ser definido como um instrumento que permite a ordenação do processo de regionalização da assistência à saúde em cada estado “baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia do acesso dos cidadãos em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2001, p. 35).

Os modelos de regionalização podem ser diferentes em cada estado. No estado do Paraná, o PDR está definido com 22 regiões de saúde e 06 macrorregiões representado pela Figura 4 e as microrregiões são representadas pela Figura 5 e totalizam 52, além de 02 pólos estaduais tendo como objetivo “articular os atores envolvidos, no sentido de somar esforços para a solução de problemas comuns, aprofundar conhecimentos e inter-relacionar as distintas formas de gestão” (PARANA, 2009, p. 6).

A partir da formação das regiões e microrregiões de saúde o objetivo da NOAS 01/2001 era promover a equidade na alocação de recursos e no acesso às ações e serviços de saúde sendo a delimitação condição indispensável para as transferências de recursos estaduais e federais.

Figura 4: Divisão em regionais e macrorregionais de saúde no estado do Paraná.



Fonte: PARANÁ (2015)

Figura 5: Divisão em microrregionais de saúde no estado do Paraná.



Fonte: PARANÁ (2011)

Devido a heterogeneidade entre estados e municípios, estratégia da região de saúde foi retificada por meio do Decreto nº 7.508/2011, sendo definida como

(...) espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011, art. 2).

Dessa forma, as cidades com maior complexidade de serviços devem atender aquelas com menor complexidade, como as pequenas cidades, constituindo-se como o município-pólo, ou seja, aquele que apresenta o papel de referência para outros municípios em qualquer nível de atenção (BRASIL, 2001). No entanto, aquelas cidades que se encontram melhor aparelhadas prestam melhores serviços à população local, mas acabam também por absorver as demandas das populações vizinhas.

O referido Decreto estabelece a necessidade da organização das redes de atenção à saúde, com prioridade de atendimento à atenção primária (por ser o eixo

estruturante e responsável por organizar o sistema de saúde), a urgência e emergência, a atenção psicossocial, a atenção ambulatorial especializada e hospitalar e a vigilância em saúde. As Redes de Atenção à Saúde implicam em atenção continuada nos níveis primários, secundários e terciários, com atenção integral por meio de intervenções preventivas, curativas e reabilitadoras, operadas sob a coordenação da atenção primária de saúde. Estas Redes são organizadas com a concentração de certos serviços de saúde e dispersão de outros, ou seja, os equipamentos de diferentes densidades tecnológicas devem ser distribuídos adequadamente, conforme a demanda espacial.

Se tomarmos como exemplo a Rede de Atenção à Saúde da Mulher, na linha de cuidado à saúde da gestante e puérpera, no estado do Paraná, o desenho das Redes de Atenção à Saúde faz-se sobre os pontos de atenção à saúde, de acordo com o nível de complexidade e em territórios sanitários delimitados, combinando de um lado o acesso ao serviço de saúde e por outro lado a disponibilidade e necessidade de equipamentos de saúde que requerem maior ou menor densidade tecnológica. As ações estratégicas para atendimento às gestantes podem ser representadas pelo Quadro 1:

Quadro 1: Ações estratégicas da Rede de Atenção à Saúde da Mulher no Paraná.

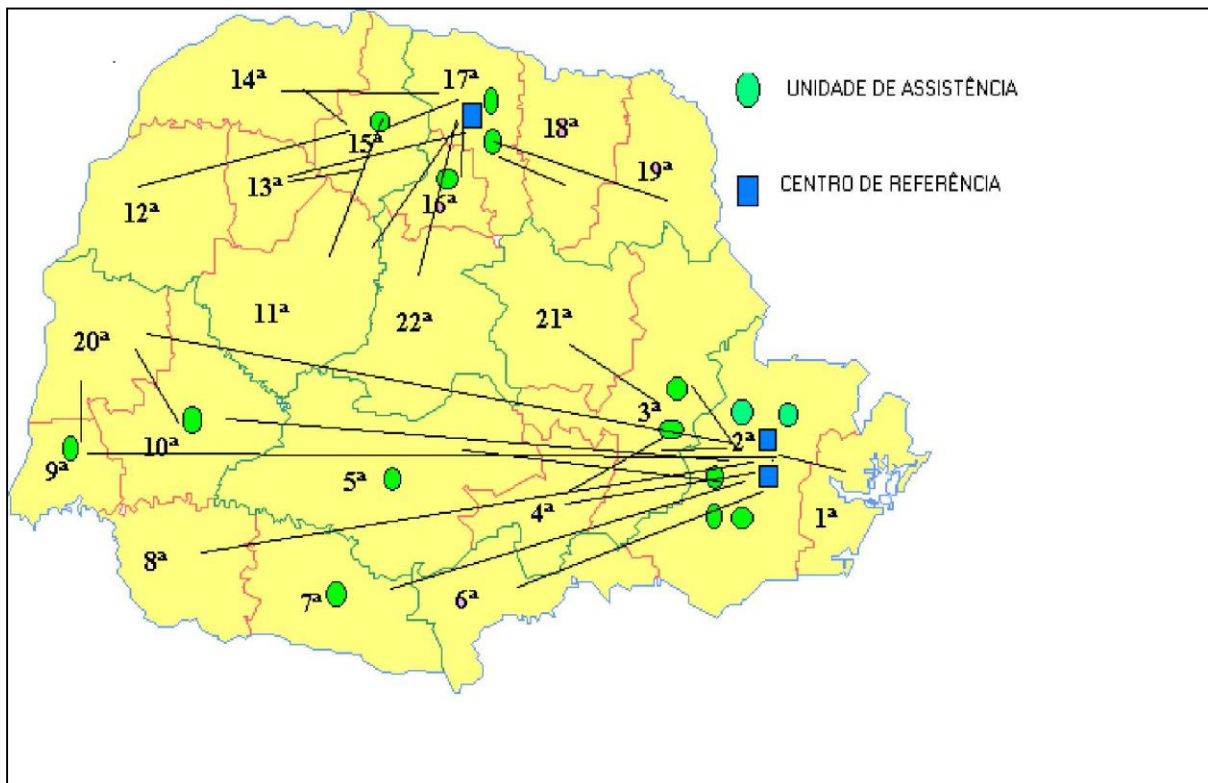
Nível de Atenção	Ponto de Atenção à Saúde			Território Sanitário	
Atenção Terciária à Saúde	Hospital/Maternidade de Alto Risco	Casa da Gestante	Unidade de Internação Pediátrica Especializada	Região de Saúde	
			UTI Adulto, Neonatal e Pediátrica		
Atenção Secundária à Saúde	Hospital/Maternidade de Risco Intermediário	Centro Regional de Atenção Especializada	Unidade de Internação Pediátrica	Macrorregião de Saúde	
			UTI Pediátrica/ UTI e UCI Neonatal		
Atenção Primária à Saúde	Hospital/Maternidade de Risco Habitual			Município	
	NASF				
	UBS/UAP				Área de abrangência
	Domicílio				Micro área

FONTE: elaboração da autora a partir da Oficina de Atenção Primária à Saúde (APSUS) (2014)

Da mesma forma, a Rede de Atenção de Controle da Hipertensão Arterial, o cuidado desta doença crônica é realizado na atenção primária nas Unidades de Saúde, por meio do acompanhamento sistemático da ESF. No entanto, quando da necessidade de procedimentos de alta complexidade que envolve cirurgias (adultos e pediátricas); os usuários residentes na área de abrangência dos serviços tem acesso aos equipamentos de saúde por meio do agendamento das Centrais de Marcação de Consulta e encaminhamento através de documento de referência e contra referência autorizada pelo gestor do município de residência do usuário. Quanto aos usuários fora da área de abrangência estes, devem ser encaminhados via procedimento de Tratamento Fora de Domicílio. Nos casos de urgência e emergência, o acesso ao equipamento de saúde é realidade diretamente com a Central de Leitos e Regulação que disponibiliza e informa o local de internação do usuário.

No caso do estado do Paraná, tal fluxo de atendimento é detalhado no PDR. Se tomarmos como exemplo a linha de cuidado em alta complexidade cardiovascular, por ser uma das principais patologias responsáveis pelos óbitos entre os paranaenses, a figura seguinte demonstra que as unidades de assistência assim como os centros de referência estão concentradas em dois pólos de saúde do estado.

Figura 6: Linha de Cuidado em Alta complexidade cardiovascular no Paraná



Fonte: PARANÁ, 2009

No planejamento dos serviços e ações em saúde o Mapa da Saúde³¹ é utilizado na identificação das necessidades orientando o planejamento integrado dos entes federativos contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde. Os limites geográficos, a população usuária, o rol das ações e serviços ofertados, as responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala de conformação dos serviços estão firmados por meio dos consórcios intermunicipais, nos termos da Lei 11.107/2005 ou por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAPS³². Há ainda a figura dos Consórcios Intermunicipal de Saúde³³, que podem firmar alianças estratégicas representativas dos interesses regionais comuns, com o objetivo viabilizarem a gestão pública para a execução das ações em saúde. A organização dos consórcios de saúde possibilitam a articulação entre os sistemas municipais e asseguram serviços e ações mediante a utilização de recursos materiais e humanos disponíveis para a resolução de problemas ou alcançar objetivos em comum, além de assegurar “o exercício da gestão conferida constitucionalmente aos municípios no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1997, p 8).

Os CIS representam para os grandes centros a possibilidade de oferecer um atendimento de melhor qualidade à população enquanto para as cidades pequenas representa a possibilidade de oferecer o atendimento de maior complexidade (ACISPAR, 2015). No estado do Paraná, os CIS iniciaram as suas atividades a partir do processo de descentralização do SUS, ou seja, com a regulamentação das Lei 8.080/90 e 8.142/90, visando a administração de centros regionais de especialidades. Atualmente, de acordo com a Secretaria de Saúde existem 22 consórcios em atividades, em todas as regiões de saúde do estado.

Entretanto, mesmo com a existência de Consórcios e das regiões de saúde, percebe-se, a dificuldade de organização dos serviços em regiões formada basicamente por pequenas cidades, pois nem todas as necessidades da população relativas à saúde conseguem ser solucionadas nos espaços metropolitanos ou microrregionais, ampliando a capacidade de

³¹ O Mapa da Saúde é definido como a “descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores do sistema de saúde” (BRASIL, 2011, p. 01).

³² O COAPS é definido como o “acordo de colaboração firmado entre os entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011, p. 01).

³³ Os CIS é uma iniciativa autônoma de municípios localizados em áreas geográficas contíguas que se associam para gerir e prover conjuntamente serviços especializados e de apoio diagnóstico de maior densidade tecnológica à população das municipalidades participantes. A sua atuação é prevista legalmente na legislação brasileira compondo o processo de descentralização através da regionalização e hierarquização do complexo regional de saúde (LANZA; BENTO, 2013).

articulação dos municípios com as demais esferas de governo. Sendo a realidade brasileira de predominância de pequenas cidades, as diferentes desigualdades regionais e locais encontram-se com um dos principais desafios à política de saúde.

Ainda assim, diante das considerações traçadas neste capítulo consideramos que as legislações e instrumentos acima mencionados, representam um avanço na consolidação do SUS, assegurando a conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tal como afirma Souza (2003, p. 70) “hierarquização, acolhimento, responsabilização e vínculo não existem sem o conhecimento do uso do território”. Desta forma, a presença da perspectiva territorial permitiu a responsabilização dos entes federados pela saúde dos cidadãos, além de proporcionar os mecanismos de acesso ao sistema de saúde e a integralidade na atenção, efetivando a regionalização como proposta que articula uma rede de serviços de saúde de várias cidades.

CAPÍTULO 3

A FORMAÇÃO SOCIOESPACIAL E A ORDENAMENTO DO TERRITÓRIO: AS PEQUENAS CIDADES



Café
Candido Portinari
(1935)

3 A FORMAÇÃO SOCIOESPACIAL E A ORDENAMENTO DO TERRITÓRIO: AS PEQUENAS CIDADES

Para iniciarmos as reflexões deste capítulo é significativa a compreensão que o uso do território implica em sinônimo de espaço geográfico entendido como instância social (SANTOS, 2012b; SOUZA, 2004) e que a delimitação de fronteiras e normatizações resultam em seu ordenamento, representada por nações, estados e municípios³⁴. Diante desta consideração inicial, discutida e fundamentada nos capítulos anteriores, esta etapa da pesquisa concentra-se nesse ordenamento territorial, a partir do processo de urbanização, onde o tema das pequenas cidades ganha a relevância no debate.

O objetivo que norteará a construção deste capítulo relaciona-se à compreensão do conceito de pequenas cidades e da apresentação das particularidades da política de saúde em pequenas cidades, com a apresentação de dados e informações que nos auxiliam a compreender o território usado e a configuração da política de saúde nessas cidades. Assim apresentamos as apresentamos as origens históricas da ocupação territorial do estado, a formação das pequenas cidades do noroeste do estado, que foram objeto de estudo nesta pesquisa.

Atualmente, cerca de 80% das 399 municípios paranaenses são consideradas como pequenas cidades. Isto se deve à inserção das mesmas na divisão territorial do trabalho e “um conjunto de fatores como população e migração, transformações na agropecuária, não incidência ou um restrito processo de industrialização, à ação de agentes locais capazes de alterar os processos econômicos e sociais nestas pequenas cidades” (FRESCA, 2013, p. 15).

Nesta etapa da pesquisa apontamos as origens históricas das pequenas cidades paranaenses estudadas e suas particularidades, com a apresentação de dados e informações que auxiliam a compreender o território usado em pequenas cidades. A pesquisa demonstrará que a dinâmica socioespacial do Paraná evidencia que o desenvolvimento e a evolução das cidades são heterogêneos e diferenciados explicados em razão de políticas estabelecidas pelo Estado em associação com o capital. Desta maneira, observa-se que a

³⁴Existe uma diferenciação conceitual dos termos “município” e “cidade” onde o município pode ser conceituado como o espaço territorial político dentro de um estado ou unidade federativa, composto de zona rural e zona urbanizada e administrado por uma prefeitura. A cidade é a sede do município, onde se localiza a concentração de habitantes. Sobre o assunto consultar BACELAR (2009), SANTOS (1979), FRESCA (2013), COSTA e ROCHA, (2013).

participação das companhias colonizadoras foram bastante efetivas do Paraná, com uma intensificação da ocupação desta região a partir da década de 1950.

3.1. CONCEITUANDO A PEQUENA CIDADE

A cidade se apresenta como uma estrutura para a ordenação de territórios e isso demonstra a sua estrutura de poder, com um arranjo de objetos e técnicas, por meio do qual se expressa um modo de vida, ligado a todos os aspectos da vida social, ou seja, cultural, simbólico, educacional, que expressam cotidianamente a construção de significados e subjetividades (SANTOS, 2012b). A cidade é o lugar do vivido e onde vão se dar as práticas sociais, o lugar de concretude dos conflitos, a visibilidade do poder e a invisibilidade da dominação. Por isso é descrita por Lefebvre (2001) com uma obra, cujo valor é dado pelo seu uso, como o centro da vida social onde se acumulam não apenas as riquezas como também o conhecimento. É no cotidiano da vida cidadina que a vida se perpetua, pois nela se constroem significados que mostram que o valor de troca não é tudo.

A forma como abordamos o tema cidade exige certa preocupação com os conceitos e com a sua classificação. Com o intuito de localizar o debate das pequenas cidades, nos apoiamos no conceito elaborado por Côrrea (2011) que a considera a cidade como espaço urbano delimitado por um perímetro urbano e onde se localiza a presença da função político-administrativa, ou seja, tem o poder de gestão de um dado território, com a presença de instituições e serviços públicos além do acesso a tributos estaduais e federais.

Para ser considerada cidade, é preciso a existência de uma dimensão e um número mínimo de habitantes, uma infraestrutura que atenda minimamente as condições dessa população e, envolta em um conjunto de redes de verticalidade, que assegura a sua função dentro do processo de produção e, redes de horizontalidade que a ligam ao processo direto de produção e que expressa representações de um modo de vida, impregnado de significados (SANTOS 1979).

Ao estudar sobre a economia política da urbanização³⁵, Paul Singer (2002) nos chama a atenção que o surgimento das primeiras aglomerações urbanas ocorre quando há o excesso de produção de alimentos no campo que pressupõe uma participação diferenciada

³⁵ O cuidado no termo urbanização é para evitar seu uso de forma reducionista e simplificada, restrita ao senso comum, como sinônimo do aumento da taxa de população nos centros urbanos. A urbanização, na teoria lefebvriana é entendida como “um processo, o que implica um movimento que se desdobra num interregno de tempo e a cidade como a própria materialidade da urbanização e que, dialeticamente, a influência” (SANTOS, 2010, p. 59).

dos homens no processo de produção. Como consequência há a divisão do trabalho entre campo e cidade, onde a cidade é compreendida como a sede do poder e, portanto da classe dominante, que resolve isolar-se, espacialmente do restante da sociedade. Já o campo é compreendido como o “lugar se dá a atividade primária, onde o homem entra em contato direto, primário, com a natureza e dela extraindo substâncias que vão lhe satisfazer as necessidades” (SINGER, 2002, p. 8).

Segundo Lefebvre (2001) o surto da industrialização possibilita a expansão de cidades por atrair a população geralmente das áreas mais próximas, ou seja, o meio rural. Sendo que a economia urbana se industrializa, há uma especialização das atividades produtivas com o consequente desenvolvimento das técnicas (como exemplo a metalurgia e a cerâmica), o aparecimento de classes rivais (de mercadores, usuários, coletores de impostos), o desenvolvimento dos meios de transportes fluviais, marítimos e terrestres e a necessidade de estabelecimentos diversos como centros bancários, financeiros, técnicos e políticos.

A cidade enquanto uma organização espacial, devido a concentração da população num determinado espaço, possibilita à classe dominante a ampliação do seu domínio territorial, político e militar devido ao consumo de produtos urbanos. O resultado da conjugação do processo de industrialização e urbanização é a expansão do fenômeno urbano devido a reorganização dos meios de produção e da força de trabalho elevando a um novo patamar as forças produtivas com a divisão social e territorial do trabalho devido ao desenvolvimento das técnicas e especialização das atividades produtivas.

É dentro dessa complexidade que deve ser compreendida a produção do espaço urbano e o estudo das cidades, como expressão concreta do processo de relações sociais que o homem estabelece no lugar que vive para consolidar a sua existência. Este processo tem se demonstrado acelerado com a formação e consolidação de cidades classificadas pelo seu contingente populacional como pequenas, médias³⁶ e grandes. Embora o aspecto quantitativo populacional seja bastante significativo, não significa que seja a única forma e consistente para definir e compreender a pequena cidade, já que a sua realidade é extremamente plural. Tendo em vista que a conceituação “pequenas cidades” está impregnada de divergências e controvérsias, buscamos aporte teórico em autores como Bacelar (2009), Santos (1979, 2012a, 2012b), Côrrea (1999), Fresca (2010) e Maia (2010) com vistas a

³⁶ Por cidade média optamos pela definição que corresponde às cidades que apresentam uma concentração e centralização econômicas expressivas, provocadas pela confluência do sistema de transporte, podendo ser reconfiguradas pela incorporação de novas atividades do setor agropecuário que, por sua vez, redefinem a indústria, o comércio e os serviços (MAIA, 2010).

elucidar a sua definição e compreende-las inseridas no âmbito da divisão social e territorial do trabalho, inerente à lógica da produção e reprodução das relações sociais capitalistas.

No estudo sobre essa temática, especialmente relacionada à realidade brasileira, a classificação usualmente utilizada é a do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE³⁷ que demonstra um progressivo aumento da população residente nas cidades em detrimento a população rural. Em seus estudos sobre a distribuição e a mobilidade da população em solo brasileiro, ao longo do século XX, destaca que o número de municípios cresceu de 1.121, no ano 1900 para 5.507 municípios, no ano 2000. Atualmente, de acordo com dados do último Censo em 2010, o Brasil possui 5.561 municípios, sendo a maioria das cidades classificadas como pequenas e médias cidades (IBGE, 2013).

As pequenas cidades são, em geral, aquelas marcadas por um contingente populacional de até 20.000 habitantes e que representam 73,26% das cidades brasileiras (IBGE, 2013). Acima deste montante, cidades com população residente de 20.001 a 100.000 habitantes são classificadas como cidades médias e representam 22,69% das cidades. As cidades de 100.001 até 500.000 são consideradas grandes cidades, representando 3,4% e aquelas cidades com mais de 500.000 habitantes são consideradas metrópoles, com um percentual de 0,55% das cidades brasileiras.

Contudo, a classificação das cidades não deve limitar-se apenas aos dados quantitativos. Realmente a contagem populacional é importante para se pensar o que se denominou de pequenas, médias e grandes cidades, mas por outro lado, estudos apontam que partir apenas de dados numéricos conduziria a interpretações equivocadas. Mesmo que se enquadrem dentro de um contingente populacional semelhante, há muita discrepância entre estes espaços quer seja pela sua gênese e ou pela dinâmica econômica e social (MAIA, 2010; FRESCA, 2013). Para Santos (1979) além do fator populacional, a relação com o meio ambiente, com o campo e as transformações do modelo de consumo do mundo devem ser utilizados para se definir a pequenas cidades ou “cidades locais”³⁸ nos termos do autor.

De acordo com os estudos de Côrrea (2011) até a década de 1950 as pequenas cidades desempenhavam um papel mais significativo na vida econômica local por

³⁷ O IBGE se constitui a principal fonte de dados estatísticos e demográficos no Brasil,

³⁸ Santos (1982) opta pela nomenclatura “*cidades locais*” para designar os aglomerados populacionais com uma dimensão mínima que “deixam de servir às necessidades da atividade primária para servir às necessidades inadiáveis da população com verdadeiras especializações do espaço” e que apresentam “um crescimento autossustentado e um domínio territorial”, respondendo às “necessidades vitais mínimas, reais ou criadas de toda uma população, função esta que implica em uma vida de relações” (SANTOS, 1982, p.71). Ao aprofundar as discussões sobre a temática, Santos considera é necessário encontrar o fundamento do limite mínimo de complexificação de suas atividades na modernização das regiões em função do avanço do meio técnico - científico, especialmente naquelas que atendem às solicitações da agricultura tecnológica.

se constituírem como o começo de uma longa cadeia de comercialização beneficiamento de produtos do mundo rural. A confluência entre o urbano e o rural é outro aspecto que impulsionava o ritmo das atividades urbanas nas pequenas cidades brasileiras já que a produção agrícola desempenhava um papel político social, cultural. O período da colheita significava abundância e recursos monetários no comércio local e motivava as festividades e as comemorações religiosas; em agradecimento a produção do campo, festividades estas que serviam de espaços de socialização e estabelecimento de relações sociais.

A partir da segunda metade da década de 1950, sob o discurso do desenvolvimento no Brasil, o número e a expressividade das pequenas cidades aumentam, pois elas passam a se especializar na oferta de serviços e bens necessários à produção regional, servindo de ponte entre o global e o local. Além da industrialização, a partir da produção do café, especialmente nas regiões Sudeste e Sul do Brasil, há a implantação de estradas de ferro, a melhoria de portos, a criação de meios de comunicação permitindo a efetiva articulação dos territórios e a expansão da urbanização, com o fluxo migratório da população do campo em direção às cidades (Côrrea, 2011).

A produção agroindustrial potencializou a industrialização de restritas cidades, escolhidas a partir dos interesses e facilidade de reprodução e acumulação do capital, favorecendo um desenvolvimento desigual das cidades brasileiras. Neste cenário onde a agricultura volta-se para o mercado, a estrutura fundiária de grandes propriedades entra em choque com a pequena propriedade, no qual o homem produz suficiente para a sua manutenção. Mesmo com os contrastes entre a riqueza e a pobreza, estes trabalhadores, expropriados do seu trabalho, são levados à migração do meio rural para a cidade, que por sua vez passa a concentrar uma população agrícola.

Ao estudar sobre a migração, Singer (2002) chama a atenção para ela se constituir como um processo social, cujo sujeito atuante não é um indivíduo, mas sim uma classe social que se obriga a pôr-se em movimento. O autor a relaciona como um fenômeno ligado a determinantes como a industrialização e capitalismo, onde as motivações para a mobilidade da população apresentam-se de forma diferenciada. Enquanto que os migrantes da burguesia, normalmente jovens e solteiros, fogem da estagnação econômica e pela falta de perspectiva de mobilidade social, os trabalhadores rurais são expulsos de suas áreas devido ao aniquilamento dos seus meios de vida, ou seja, em busca de atendimento médico especializado, busca de opções de serviços e de consumo. Tal como as ideias do autor, convém distinguir que se os motivos embora sejam individuais, as causas que levam a migração são estruturais.

Mesmo as pequenas cidades abrigam grupos sociais de diferentes etnias, sexo, idade, crenças que buscam nas cidades melhores condições de qualidade de vida. Os vários grupos sociais se unem pelos laços de sociabilidade pela identidade (origem em comum) onde a adaptação do migrante recém-chegado ao meio social se dá pelos migrantes mais antigos (SILVA, 2000). Os laços sociais, decorrentes de uma condição de classe em comum, “chamam” outros migrantes às cidades, geralmente amigos e/ou parentes, oferecendo-lhes não apenas o benefício de sua experiência, mas também de apoio material e oportunidade de trabalho. Com isso, mesmo nas pequenas cidades é possível reconhecer as territorialidades urbanas.

É necessário ainda levar em consideração que a saída de trabalhadores rurais do campo em direção às cidades é funcional ao capital na medida em que expande a classe operária no lugar de destino, aumentando a oferta de mão de obra não qualificada no mercado de trabalho e “reduz o nível de organização e, portanto do poder de barganha de classe, com repercussões sobre sua remuneração e condições de trabalho” (SINGER, 2002, p. 58).

Assim, os vários grupos sociais que compõem a sociedade entram em conflito devido a diferenciação de interesses e valores, o que impõe a necessidade de negociação da sua realidade social com consequências em sua rede de significados. A condição social de trabalhador pressupõe não só vender a sua força de trabalho, mas inclui a mobilidade espacial que muitas vezes corresponde de maneira involuntária devido a necessidade de sobrevivência. “Tem que sair aqueles que não possuem alcance político no comando do espaço, onde estão materializados, poucas, mas significativas, conquistas e laços afetivos” (ENDLICH, 2006, p. 420).

As transformações técnicas e econômicas permitem que as migrações também sejam intensificadas à medida que o campo se moderniza, requerendo máquinas e implementos agrícolas, onde o mecanismo territorial de oferta e demanda de bens e serviços tende a ser diferente da fase precedente. A realidade de modernização agrícola impõe uma nova função às pequenas cidades, pois estas se afeiçoam as suas exigências do campo, respondendo as suas demandas e dando respostas as suas necessidades mais imediatas.

No contexto da incorporação da ciência e informação ao território rural, as remodelações se impõem, tanto ao meio rural como ao urbano, com mudanças importantes no território, tanto em sua composição técnica como o investimento em infraestruturas. Nesse sentido há a necessidade de uma unificação política levando a organização dos territórios em torno das redes consideradas como um conjunto de cidades interligadas entre si, por relações de verticalidade e horizontalidade (SANTOS, 2012b).

A necessidade do trabalho de profissionais especializados segundo as características de determinada região, ampliam a urbanização das pequenas cidades, que passam a ser ofertadoras de insumos e mão de obra para a produção agropecuária (FRESCA, 2013). Mesmo residindo na zona urbana a população trabalha e sobrevive do meio rural, onde as relações de trabalho não são mais rurais, baseados na subsistência e relações familiares mas sim urbana, tais como com carteira de trabalho, assinatura de folha ponto (BACELAR, 2009).

Tal realidade pode ser constatada nos dados do IBGE (2013), que de acordo com o último censo apenas 15,65% da população brasileira vivia em situação rural enquanto que 84,35% viviam na zona urbana. Porém, a falta de experiência e baixa qualificação educacional para lidar com toda a tecnologia agrária têm confinado a grande maioria desses trabalhadores no subemprego, em relações fragilizadas de trabalho e em condições precárias de habitação, saneamento e qualidade de vida onde os dilemas urbanos e as expressões da questão social também se materializam nos territórios das pequenas cidades.

De acordo com Côrrea (2011) a industrialização do campo afeta não apenas a paisagem agrária eliminando a presença do homem, como também a estrutura fundiária com o aumento da concentração de terras e diminuição do número de pequenos proprietários, meeiros e rendeiros e aumentando o número de assalariados. Isso ocasionou uma adaptação das cidades, tornando complexa a divisão do trabalho e as relações entre as cidades, contribuindo para ampliar a escala de urbanização e aumentar a importância dos centros urbanos, fortalecendo-os tanto do ponto de vista econômico como demográfico.

Dentro deste contexto, o privilégio, assim como o abandono e a negligência do poder público pode comprometer o desenvolvimento e a qualidade de vida da população. Contudo, dada a características das pequenas cidades apresentarem uma pequena base produtiva e de empregos, com baixa arrecadação municipal, obrigando a administração pública a trabalhar com orçamentos restritos, dependendo de transferências fiscais de outras esferas de governo agravam-se as condições e qualidade de vida na pequena cidade (BACELAR, 2009) devido à dificuldade de manutenção das instituições e recursos para a oferta das políticas sociais.

Tal como apontado no capítulo anterior, esta realidade não se limita às pequenas cidades. Com as transformações na dinâmica das gestões de dificuldades financeiras dos municípios aliadas à dependência entre o setor privado e o poder público (quer seja municipal, estadual ou federal) dão abertura para a perpetuação de uma cultura patrimonialista e clientelista indicando que tais características não desapareceram da sociedade brasileira,

ainda que esteja legitimada a participação da sociedade civil e instancias de controle social na arena política de forma a coibir tal prática. No entanto,

As indicações sugerem que o *clientelismo político* sempre foi e é, antes de tudo, preferencialmente *uma relação de troca de favores políticos por benefícios econômicos*, não importa em que escala. Portanto, é essencialmente *uma relação entre poderosos e os ricos e não principalmente uma relação entre ricos e pobres*” (MARTINS, 1999, p. 29 – grifo do autor)

Isso porque, devido às relações sociais na pequena cidade serem marcadas por relações de pessoalidade e convivência (SILVA, 2000), onde “todo mundo conhece todo mundo” legitima a troca de favores como uma obrigação moral (MARTINS, 1999) e evidencia relações de poder, com um controle mais rígido, dominador e muito eficaz sobre os membros de sua coletividade levando a uma participação acuada com pessoas intimidadas (ENDLICH, 2006).

Com isso, a administração das pequenas cidades tem sido caracterizada pela subordinação política e administrativa, quer em relação às cidades de maior expressão econômica e política, quer em relação às empresas privadas e cooperativas. Estas últimas, aliadas aos grandes proprietários de terra, “possuem uma grande influência na gestão municipal, direcionando investimentos e subordinando os territórios aos seus interesses particulares” (COSTA; ROCHA, 2013, p.52).

Os autores Costa e Rocha (2013) ao refletirem sobre esse processo ponderam que o esvaziamento populacional, a subordinação territorial, a dependência econômica e indicadores sociais críticos são desafios reais postos às pequenas cidades. O esvaziamento populacional, ou seja, a migração para médios e grandes centros urbanos é ruim para as pequenas cidades, que ao perder a sua força de trabalho também é prejudicada no processo de repartição dos recursos públicos estaduais e federais que levam em consideração o número de habitantes.

Mais do que habitar nas pequenas cidades é preciso apropriar-se deste território no sentido de usá-lo como suporte de vida para a população. De modo abrangente, podemos considerar que as pequenas cidades são espaços concretos e significativos. Mesmo com as diferenças entre si, dada a sua funcionalidade, são semelhantes nas problemáticas que envolvem a transformação da sociedade moderna impulsionadas pelo modo de produção vigente. É nesta complexidade que devem ser compreendidas as pequenas cidades paranaenses.

3.2. O ORDENAMENTO TERRITORIAL PARANAENSE: A COLONIZAÇÃO E FORMAÇÃO SOCIOESPACIAL

É no contexto das mudanças no decorrer do tempo entre as relações entre os homens e a natureza (SANTOS, 2012a) que devemos entender o processo de ocupação das terras paranaenses, onde a natureza exuberante, no qual os pinheirais (araucária), uma das principais riquezas, atraíram os colonizadores para essa região (ONOFRE, OLIVEIRA, SUZUKI, 2009). Neste eixo procuramos apresentar as pequenas cidades em análise: Juranda, Mamborê e Terra Boa³⁹ que, como considerado no decorrer deste trabalho, são qualificadas como pequenas, não apenas pelo o número de habitantes abaixo do contingente de 20.000 habitantes, mas pelo processo de evolução das técnicas e circulação de mercadorias, com a inserção da produção e produtos na economia nacional e mundial, debatido por Santos (1979).

Figura 8 - Mapa de localização da pequena cidade de Juranda.



FONTE: IPARDES (2013).

O município de Juranda é a mais recente das pequenas cidades pesquisadas tendo a data de instalação em 01 de fevereiro de 1983, desmembrada do município de Mamborê. A cidade de Juranda possui uma estimativa de população para 2015 de 7.697 habitantes (IBGE, 2010). Está localizada na região Sul do Brasil, na Mesorregião Centro

³⁹ As informações sobre as cidades foram levantadas a partir de documentos oficiais como Plano Municipal de Saúde e informações disponibilizadas em sites oficiais, como IPARDES, IBGE, DATASUS.

Ocidental Paranaense, a 516,44 km da sede da capital do estado do Paraná, abrangendo uma área de 349,72 Km² (IBGE, 2010). O município limita-se com Janiópolis e Boa Esperança ao norte, Rancho Alegre d'Oeste ao Oeste, com Ubiratã e Campina da Lagoa ao sul e Mamborê a Leste.

Figura 9-Mapa de localização do município de Mamborê.



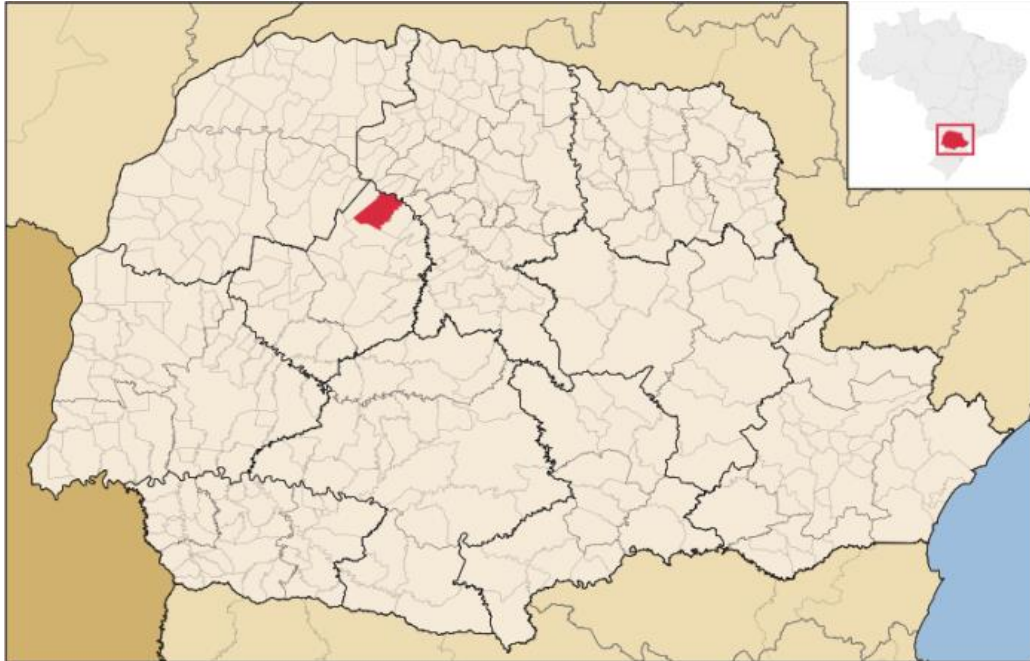
FONTE: IPARDES, (2013).

A cidade de Mamborê possui um contingente populacional intermediário entre as cidades estudadas com uma estimativa de população para 2015 de 13.943 habitantes (IBGE, 2010). Está localizada na região Sul do Brasil, na Mesorregião Centro Ocidental Paranaense, a 481,30 km da sede da capital do estado do Paraná, abrangendo uma área de 788,61 Km² (IPARDES, 2013). O município limita-se com Campo Mourão e Farol ao norte, com Boa Esperança e Juranda ao Oeste, com Campina da Lagoa e Nova Cantu, ao sul e Roncador e Luiziana a Leste. A instalação da cidade é datada em 03 de novembro de 1961, com desmembramento do município de Campo Mourão.

Já o município de Terra Boa é a maior cidade pesquisada com uma estimativa de população para 2015 de 16.781 habitantes (IBGE, 2010). Está localizada na região Sul do Brasil, na Mesorregião Centro Ocidental Paranaense, a 481,94 km da sede da capital do estado do Paraná, abrangendo uma área de 325,65 Km² (IPARDES, 2013). O município limita-se com São Jorge do Ivaí, Ourizona e Doutor Camargo ao norte; com Jussara ao Oeste; com Araruna e Peabiru, ao sul e Engenheiro Beltrão e Ivatuba a Leste. A

instalação da cidade é datada em 11 de dezembro de 1955, com desmembramento do município de Engenheiro Beltrão.

Figura10 - Mapa de localização do município de Terra Boa.



FONTE: IPARDES (2013).

Já o município de Terra Boa é a maior cidade pesquisada com uma estimativa de população para 2015 de 16.781 habitantes (IBGE, 2010). Está localizada na região Sul do Brasil, na Mesorregião Centro Ocidental Paranaense, a 481,94 km da sede da capital do estado do Paraná, abrangendo uma área de 325,65 Km² (IPARDES, 2013). O município limita-se com São Jorge do Ivaí, Ourizona e Doutor Camargo ao norte; com Jussara ao Oeste; com Araruna e Peabiru, ao sul e Engenheiro Beltrão e Ivatuba a Leste. A instalação da cidade é datada em 11 de dezembro de 1955, com desmembramento do município de Engenheiro Beltrão.

Ao produzir o espaço em que vive o homem o faz conforme as suas necessidades. Na formação socioeconômica espacial do Estado do Paraná é importante esclarecer que anteriormente a presença dos colonizadores existia em território paranaense a presença de nações indígenas, sendo as três principais etnias: Kaingang, Guarani e Xetá (COSTA, 2014). Com relação à forma de organização, cada tribo possuía suas tradições, costumes, que as distinguiam uma das outras. É importante desmistificar que o território era desabitado, como muitas vezes somos induzidos a acreditar.

A influência destes grupos indígenas sobre a cultura paranaense está presente em todo estado, como por exemplo; na culinária, com a adoção de alimentos preparados com mandioca, milho, pinhão, ou o consumo da erva mate e o fumo amplamente cultivado na região noroeste, onde se deu a realização desta pesquisa. Merece destaque, por meio das observações *in loco*, um fato que verificamos na pequena cidade de Mamborê. Comuns em cidades pequenas, a festa típica tem como referência a “Leitoa Mateira” em homenagem ao cultivo da erva mate e criação de porcos, ainda que pelos primeiros pioneiros desconsiderando os grupos indígenas que viveram na região, que são referências somente no nome da cidade.

No vocabulário encontramos a presença de palavras de origem Kaingang e Guarani, para designar nomes de municípios paranaenses, a exemplo de Goioerê, Candói e Xambrê. A presença indígena é marcante no nome atribuído a duas das pequenas cidades estudadas. O nome da cidade de Juranda está relacionado a etimologia do Tupi “jur” (vir, vem) e “andá” (frutas) significando frutas que vem (IBGE 2015). A escolha do nome da cidade é em homenagem a uma índia que se chamava Juranda, que conforme a lenda contada pelos moradores pioneiros, fora apreendida na região. Em cativo, a índia fora acometida de grande solidão ao passo que acabou perecendo. A partir de então, quando os pioneiros eram indagados sobre onde moravam, esses informavam que residiam na região da índia Juranda. Com o passar do tempo, foi-se utilizando apenas o nome Juranda para designar a cidade.

A origem do nome da cidade de Mamborê vem do tupi-guarani que significa “muito longe” (MAMBORE, 2013). Contudo, através do “Caminho de Peabiru”⁴⁰, é lembrado a presença indígena no estado, por meio da rota de turismo rural. Nesta rota procura-se resgatar os antigos caminhos utilizados pelos indígenas para a realização de atividades cotidianas, como caça, coleta de alimentos e migração. Na atualidade existem poucos vestígios destes caminhos, mas acredita-se que Mamborê fazia parte deste percurso. Em lembrança a este Caminho, foi colocada uma pedra em homenagem aos primeiros habitantes desta terra, tanto na Praça das Flores, como na Comunidade Canjarana (HENRIQUE, 2012).

Como os interesses entre classes sociais são distintos, no período da colonização do estado a população nativa não aceitou passivamente a presença dos ocupantes das companhias colonizadoras, ocorrendo paralelamente à devastação gradativa da natureza.

⁴⁰A nomenclatura “Tape Aviru” pode ser traduzido como caminho pisado, ou caminho sem ervas. Pouco material é encontrado sobre o assunto e seu traçado original é fator impreciso. Embora não exista a certeza de que foi criado pelos índios tupi-guarani, eles foram seus maiores usuários. (COLAVITE, BARROS, 2009)

Contudo, os interesses do capital, aliado aos interesses estatais prevaleceram, escravizando, expulsando e assinando os indígenas e destruindo as reservas naturais. Tanto é que, segundo dados do IBGE (2010) existem cerca de 26.559 pessoas indígenas no Estado, dentro os quais 11.934 residem em aldeias. Os Kaingang são maioria no estado, com uma população de 9.791 pessoas; seguido pelo Guarani, com 3.208 pessoas e pelos Xetá, que hoje somam apenas 57 indivíduos. Segundo dados do último Censo Demográfico realizado pelo IBGE não existe incidência desta população nas pequenas cidades pesquisadas.

Figura 11 - Pedra em homenagem ao Caminho de Peabiru no patrimônio de Canjarana - Mamborê



FONTE: HENRIQUE (2012).

Desde o início da colonização paranaense até meados do século XIX, a Mesorregião⁴¹ Centro Ocidental Paranaense atraiu a presença de tropeiros, que por aqui passavam para levar gados e porcos até os estados do Mato Grosso do Sul e São Paulo. Por ser uma região de relevo plano, coberta por uma vegetação rasteira e dispersa, servira de ponto de descanso para os tropeiros e suas tropas. Muitos desses tropeiros, atraídos pela presença da erva mate e pela vegetação, fixaram as suas residências e dedicaram-se a extração de madeira, a policultura (milho, arroz, feijão, algodão, café) e a pecuária.

⁴¹ Por Mesorregião entende-se como “área individualizadas em uma Unidade da Federação que apresenta formas de organização do espaço geográfico definidas pelas seguintes dimensões: o processo social como determinante, o quadro natural como condicionante e a rede de comunicações e de lugares como elemento de articulação espacial” (IBGE, 1990, p. 8)

Sob a ocupação do território paranaense pelos colonizadores, podemos observar dois grandes movimentos distintos, ainda que em períodos próximos, mas com consequências diferenciadas para as regiões paranaenses. O primeiro movimento observa-se na região sul e porção central do estado, onde a formação social privilegiou as grandes propriedades, com atividades pecuaristas e extrativistas. A economia combinava a produção de subsistência com o comércio de gado para atendimento das demandas de mineração e ao tropeirismo.

Neste sentido, a divisão social do trabalho não demandava uma vida urbana intensa, resultando em um número menor de cidades. O resultado dessa formação foi a existência de um grande número de pequenas cidades empobrecidas enquanto um número menor de cidade maiores apresentavam um comércio e serviços de consumo sofisticado com um grande desenvolvimento urbano, a exemplo de Curitiba, Ponta Grossa e Paranaguá.

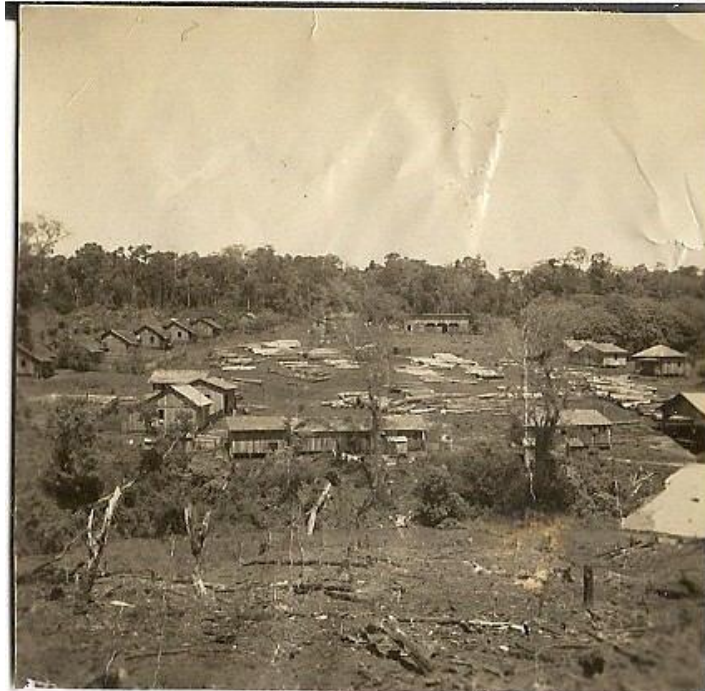
O segundo movimento ocorre na região norte e noroeste está relacionado com a formação de pequenas propriedades rurais de imigrantes europeus e de migrantes brasileiro de outras regiões, principalmente paulistas e mineiros, que tinham como objetivo a ascensão social por intermédio da aquisição de lotes rurais e o desbravamento de terras para o cultivo do café (FRESCA, 2013). Com o uso intensivo de mão de obra de familiares e agregados, a produção agrícola estava direcionada ao comércio sendo necessária a presença de cidades para o atendimento das necessidades da produção e da população.

É neste contexto que deve ser compreendido a formação histórica das cidades pesquisadas, que apresentam como semelhanças entre si o fato de sua colonização ter iniciado na década de 1950. Na cidade de Mamborê, observamos que a sua formação está relacionada com o interesse de grandes empresas exploradoras da erva mate, embora até a colonização, a população indígena se fazia presente na região. Somente a partir da década de 1940 a população apresentou uma elevação do contingente populacional devido a migração dos primeiros colonos oriundos de São Paulo, Minas Gerais, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (MAMBORÊ, 2013) sendo as atividades relacionadas a suinocultura e a erva mate as principais geradoras de renda.

Já na formação histórica da pequena cidade de Juranda, foram os interesses financeiros da empresa imobiliária e colonizadora Szaferman Ltda. (IBGE, 2015) que decidida a criar uma cidade optou por lotear e vender as suas terras. Segundo o projeto Histórico do Juranda (1989) os primeiros anos de ocupação as condições de habitação eram precárias, sendo a localidade um simples vilarejo com poucas residências, onde os principais moradores eram os funcionários da companhia. Os primeiros habitantes vindos de outras

regiões do Brasil foram os paulistas, mineiros, gaúchos e baianos e de outras nacionalidades, dentro os quais estão os ucranianos, poloneses, alemães (TAVARES; MELO; COSTA, 2013) em busca de terras e de trabalho.

Figura 12 - Vista da cidade de Juranda no período de colonização



Fonte: Família Meneguelo, 1951 (TAVARES, MELO, COSTA, 2013).

A região onde se situa a pequena cidade de Terra Boa era coberta pela vegetação nativa e o nome foi atribuído à cidade devido a fertilidade do solo de terra roxa. A formação histórica da cidade está relacionada à cultura do café, que atraiu os primeiros moradores, que vieram de outros estados brasileiros, como São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco assim como de outros países, como imigrantes italianos, japoneses, espanhóis, alemães, poloneses e seus descendentes (IBGE, 2010).

Sendo Terra Boa uma das dezenas de cidades planejadas podemos parafrasear Martins (1975, p. 130) que “as cidades floresceram ou refloresceram em função das possibilidades e dos problemas do café”. O café foi utilizado como estratégia de *marketing* por parte do governo estadual e pelas companhias colonizadoras, fato este que viabilizou o desenvolvimento da região, contribuindo para a sua divulgação em todo país (ENDLICH, 2013, p. 31). Neste contexto, Bovo e Amorim (2012) destacam que a empresa colonizadora inglesa *Parana Plantions Company*, através da subsidiária Companhia de Terras

Norte do Paraná, posteriormente conhecida como Companhia Melhoramentos Norte do Paraná adquiriu do governo do estado e de posseiros lotes de terras.

Essa empresa concebeu o planejamento de um conjunto de cidades, criando localidades e envolvendo a formação de uma rede urbana para a região. De acordo com Morigi e Morigi (2013), a venda de lotes das cidades da Mesorregião Centro Ocidental Paranaense ocorreu de forma rápida, devido aos baixos preços e facilidade de pagamento parcelado com juros baixos, desencadeando uma série de conflitos entre posseiros, pequenos proprietários, grileiros, fazendeiros e grandes empresas madeireiras. Para abolir esses conflitos, o governo paranaense editou medidas impedindo a ocupação irregular de terras, contudo, grande parte da população de menor poder aquisitivo foi expulsa das terras que habitavam.

A colonização avançou no compasso da rede ferroviária com a fundação de cidades no entorno da malha ferroviária, a cada quinze quilômetros para as pequenas cidades. Numa distância maior, de no máximo cem quilômetros, estariam as cidade maiores, tais como Londrina, Maringá, Umuarama e Cianorte (ENDLICH, 2006). Para esses núcleos urbanos estavam clara as suas funções onde,

(...) a maioria funcionaria como localidades com centralidade mínima que atenderia as necessidades básicas da densa população que vivia no campo. Todavia, foram planejados também centros regionais que teriam papéis urbanos ampliados quanto aos seus estabelecimentos comerciais industriais e de serviços (ENDLICH, 2013, pg. 32)

O êxito econômico dos empreendimentos privados não teria sido o mesmo se não fosse à conivência e apoio estatal, tal como elucidado pelos estudos de Santos (1979, 2012a, 2012b) Côrrea (1999) que afirmam que o espaço urbano é direcionado em função dos interesses particulares e de grupos detentores do poder local e global.

Na década de 1970, a realidade econômica e social do território paranaense, sofre profundas alterações devido à queda de preços do café em consequência da retração da demanda provocada pela Segunda Guerra Mundial e fatores climáticos, como a “geada negra”, ocorrida em 18 de julho de 1975 promoveram a erradicação desta cultura na região. Essa conjuntura proporcionou introdução de novas culturas incentivadas pelo plano de desenvolvimento governamental, especialmente a soja, milho e o trigo (IPARDES,2013) e permitiu a integração do estado no circuito econômico internacional e nacional. Nesse novo arranjo a agricultura tornou-se mecanizada prevalecendo as propriedades rurais de grande porte, tendo em vista as dificuldades dos pequenos produtores em manter os custos da

produção e utilizando-se de pouca mão de obra. Com isso, houve a instalação de um complexo agroindustrial, no qual se destaca a COAMO⁴², Cooperativa Agropecuária Mourãoense.

Assim como em boa parte da região, as cidades de Mamborê, Juranda e Terra Boa passaram por este processo de modernização da agricultura com a incorporação de novas culturas e tecnologias na produção rural. Essa realidade impeliu compulsoriamente os pequenos produtores e trabalhadores rurais, especialmente os mais jovens, a saírem do campo para a zona urbana e para outras cidades vizinhas em busca de oportunidade de trabalho. As pequenas cidades pesquisadas vivenciaram uma brusca diminuição da população por meio do êxodo demográfico.

Se observarmos os dados da contagem populacional dos anos de 1991 a 2010 disponibilizados pelo IBGE (2015), demonstrados na Tabela a seguir, observamos a queda populacional com consequências em uma economia pouco dinâmica, o que faz com que a população migre para outras cidades em busca de trabalho em outras localidades. Apenas na cidade de Terra Boa ocorre uma estabilidade da população, com um ligeiro acréscimo no número de habitante na última década.

Tabela 3- Evolução da população residente das pequenas cidades de Juranda, Mamborê e Terra Boa nas décadas de 1991 a 2010.

Unidade	População residente				
	1991	1996	2000	2007	2010
Juranda	8.796	8.411	8.134	7.684	7.641
Mamborê	16.032	15.243	15.156	14.132	13.961
Terra Boa	14.249	14.465	14.640	14.588	15.776

FONTE: IBGE (2015). *Organização da autora.*

Quando da ocorrência do esvaziamento populacional (COSTA, 2013), a migração dos moradores das pequenas cidades foi direcionada para outras cidades maiores, como Londrina e Curitiba, em busca de melhores oportunidades de emprego e qualidade de vida. Isso porque, o plano de desenvolvimento econômico do estado no período privilegiava as cidades que já dispunham de infraestrutura ou que se encontravam na rota do desenvolvimento econômico regional, tornando mais intensa as disparidades entre as cidades.

⁴² A COAMO é uma cooperativa paranaense fundada com o objetivo de recebimento da produção agrícola. Sua sede está instalada em Campo Mourão, mas que conta com 115 unidades localizadas em municípios no Paraná, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul. Possui 27.398 cooperados e emprega 6.727 funcionários e a média de 1597 colaboradores (terceirizados e temporários). Foi eleita pela Revista Isto É Dinheiro em “As melhores da Dinheiro” como empresa campeã no setor de cooperativas. (COAMO, 2015)

Assim, o estado paranaense passou por transformações complexas nas décadas seguintes, com políticas econômicas e sociais que primavam pela localização das cidades, novamente configurando um desenvolvimento desigual. Na região sul do estado houve a abertura à industrialização, especialmente automobilística, com recebimento de recursos e investimentos da política neoliberal por meio do capital estrangeiro. O fato de Curitiba ser a capital do estado, contar com uma infraestrutura e estar localizada próxima ao porto de Paranaguá favoreceu o direcionamento de tais recursos, contribuindo para o aumento da taxa de urbanização, tanto da capital como das cidades ao redor.

Na região norte também foi alvo das transformações socioeconômicas, especialmente as cidades de Londrina e Maringá com uma diversificação do comércio e serviços, possibilitando o desenvolvimento econômico, a expansão físico-territorial dessas cidades que passaram a ser alvo da migração da população das demais regiões do estado. Na região central e oeste as transformações ocorreram nas cidades de Foz do Iguaçu e Cascavel, mas especialmente no campo, com a substituição de culturas agrícolas. Nessa readaptação econômica, o objetivo era estimular a incorporação de novas técnicas de agricultura moderna, com a utilização de sementes desenvolvidas cientificamente e com capacidade de alcançar alta produtividade.

O desenvolvimento desigual entre as cidades paranaenses foi intensificado em 1996 com a criação, pelo governo do Estado do Paraná, do “Anel de Integração” com privilégio da recuperação e modernização da infraestrutura viária das cidades que já estavam desenvolvidas, do ponto de vista da centralidade e do crescimento. Com o sancionamento da Lei nº 9.277 de 10/05/1996, pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso, houve a transferência das rodovias e portos federais aos estados. No entanto, o governo estadual deste período, governador Jaime Lerner (Partido da Frente Liberal – PFL, 1995-1999), transferiu a responsabilidade e administração da malha viária à iniciativa privada, subdividindo-a em lotes interligados. Por meio da cobrança de pedágio as rodovias foram reformadas, recapeadas, sinalizadas com serviços de socorro mecânico e paramédico em todos os trechos.

Conforme observamos na Figura 13, as grandes e médias cidades como Curitiba e Paranaguá, no leste do Estado; Ponta Grossa, nos Campos Gerais; Guarapuava, no Centro; Maringá e Londrina, no Norte; Campo Mourão e Paranavaí, no Noroeste e, Cascavel

e Foz do Iguaçu no Oeste foram interligadas e nenhuma das cidades paranaenses está há mais de duas horas de distância dessas cidades pólo⁴³.

Figura 13 - Anel de Integração do Estado do Paraná.



Fonte: Agencia de Notícias do Paraná (2015) *Adaptação da autora*

Mais do que a concessão para a recuperação da infraestrutura viária, o “Anel de Integração” foi sustentada por uma proposta de descentralização do estado com o intuito de oferecer uma infraestrutura mais adequada ao interior, estimulando o desenvolvimento econômico com a atração de indústrias e novas oportunidades de serviços nas cidades pólos situadas dentro desse polígono.

As implicações desse processo foi o desenvolvimento diferencial e desigual entre as cidades, com o enfraquecimento e diminuição das condições de crescimento para as pequenas cidades. Isso porque apenas aquelas constantes na rota do desenvolvimento foram contempladas com políticas públicas, já que as grandes empresas buscam se instalar em cidades que já apresentam uma logística que favoreça a sua implantação. Reiteramos os pensamentos dos autores Santos (2012b) e Côrrea (1999) que a divisão territorial do trabalho e os subsídios governamentais estimulam a valorização fundiária e imobiliária dos centros

⁴³ De acordo com Silva (1996), tais cidades determinaram-se como pólos, com base em sua relevância socioeconômica, características demográficas, poder de atração de investimentos e formação de estruturas úteis ao desenvolvimento. Essas cidades foram escolhidas como pólo pelo governo estadual paranaense de 1994.

privilegiados do estado, permanecendo a marcas e a desigualdade no desenvolvimento regional do estado.

3.3. ACESSIBILIDADE ÀS PEQUENAS CIDADES

No que se refere ao acesso, as pequenas cidades Mamborê e Juranda estão localizadas às margens de uma rodovia pertencente ao “Anel de Integração”, a BR 369, que leva o norte do Paraná a Foz do Iguaçu, região de fronteira com países como Paraguai e Argentina. Com relevo plano, a estrada possui um fluxo intenso de veículos, tanto de carros de passeio quanto de caminhões. A estrada é pedagiada, muito bem conservada e sinalizada, com acostamento, placas de sinalização, até porque é uma estrada importante para a escoagem da produção de grãos do noroeste do Paraná.

Figura 14- Rodovia BR 369.



FONTE: Arquivo da autora (2014).

A realidade é diferenciada para a pequena cidade de Terra Boa, que está localizada às margens da PR 082, há aproximadamente vinte quilômetros da PR 317, integrante do “Anel de Integração”. A rodovia PR-317 é pedagiada, que está recebendo infraestrutura de duplicação no trecho Floresta – Campo Mourão. O fluxo de veículos que passam por essa estrada é intenso, pois também está na rota que liga o norte do Paraná com Foz do Iguaçu.

Em Engenheiro Beltrão está localizado o trevo que dá acesso a PR 082. As características apresentadas por esta estrada é diferenciada em relação às primeiras, que por ser estrada secundária, ou seja, não foi alvo dos investimentos do estado, possui uma pista simples, sem sinalização adequada e alguns trechos sem acostamento, tornando a viagem mais insegura. Embora o fluxo de veículos não seja tão intenso quanto nas demais rodovias; o tráfego predominante é de caminhões para o transporte de grãos e cana de açúcar.

Mesmo que o acesso as cidades seja por rodovias diferenciadas, observa-se que o entorno das estradas de acesso a essas pequenas cidades é cercado por grandes plantações, especialmente de grãos como a soja (dependendo da estação é revezado com milho e trigo), sendo que na região de Terra Boa o cultivo da cana de açúcar também se faz presente. Assim, o território das pequenas cidades pesquisadas caracteriza-se por uma paisagem construída, como resultado do trabalho humano e do desenvolvimento técnico-científico-informacional, direcionado a exportação de grãos contribuindo para que o Estado do Paraná seja reconhecido como um dos maiores produtores nacional de grãos.

Figura15 - Foto da PR 082.



FONTE: Arquivo da autora (2014).

3.3. ECONOMIA DAS PEQUENAS CIDADES

As atividades econômicas conferem uma especialização produtiva, inserindo as pequenas cidades pesquisadas em uma rede urbana através da divisão social e territorial do trabalho, como aponta os estudos de Côrrea (1999). Por meio das observações *in loco* e pesquisa documental verifica-se diferencial quanto ao perfil dessas cidades, pois nem todas apresentam a mesma dinâmica e complexidade de atividades urbanas.

As cidades de Juranda e Mamborê localizadas na rota de desenvolvimento de estado, a agricultura com a produção de grãos (soja e milho) representa uma grande contribuição com a base econômica responsável pela geração de renda e emprego destas pequenas cidades. Nelas, as marcas do mundo rural se expressam nas grandes firmas agrícolas internacionais que usam estes território para a comercialização de seus produtos, máquinas, insumos e suplementos agrícolas e, ainda por meio do postos de cooperativas para recebimento de grãos, que são comercializados no Brasil e no mundo.

No entanto, a contraditoriedade ente global e local do território usado se manifesta nos espaços banais do cotidiano, como por exemplo, na presença destas máquinas agrícolas estacionadas em frente de residências e utilizadas como meio de locomoção de alguns de seus habitantes, ou seja, nas situações mais corriqueiras do dia a dia. Com isso, nas pequenas cidades é possível perceber o hibridismo dos objetos e das técnicas (SANTOS, 2012a) pela convivência do rural e do urbano, do moderno e o tradicional que se fundem com implicações no estilo de vida da população.

Tabela 4 - Principais estabelecimentos e empregos segundo as atividades econômicas.

ATIVIDADES ECONOMICAS	JURANDA		MAMBORE		TERRA BOA	
	Estabelecimentos	Empregos	Estabelecimentos	Empregos	Estabelecimentos	Empregos
Indústria têxtil	2	23	2	2	51	1770
Indústria alimentícia, bebida e álcool etílico	1	1	7	63	14	634
Construção civil	5	19	23	22	33	56
Comércio varejista	58	202	114	433	155	495
Comércio atacadista	8	148	14	231	8	36
Administradoras de imóveis	2	2	17	32	16	104
Transporte e comunicações	3	10	16	24	43	151
Serviços	13	48	33	90	27	75
Administração pública	3	270	2	521	2	570
Agricultura	69	105	185	425	81	181

FONTE: IPARDES (2015). *Organização da autora.*

Nas cidades de Juranda e Mamborê, as atividades relacionadas à agricultura possuem o maior número de estabelecimentos com um grande número de pessoas, conforme observamos na Tabela 4. Embora seja uma atividade importante para a economia de Terra Boa, é a indústria e o comércio que se destacam como fonte de empregos e renda para a população.

As principais atividades econômicas de Terra Boa estão ligadas a agricultura (soja, milho e cana de açúcar) e a avicultura. Contudo, a indústria é o diferencial em relação às demais pequenas cidades pesquisadas. As principais atividades econômicas industriais estão relacionadas a indústria têxtil e produção de alimentos, bebidas e derivados do álcool. Devido à localização da cidade ser próxima a Cianorte, que nas últimas décadas tem se dedicado ao ramo de confecção, revela o uso de Terra Boa por empresas capitalistas, que vem em busca de mão de obra, inserindo essa pequena cidade na dinâmica do mercado nacional e internacional.

A influência dessa presença industrial pode ser observada nas visitas realizadas para conhecimento da cidade. O que se destaca é o grande número de pessoas, de todas as faixas etárias, uniformizadas quer seja nos estabelecimentos de saúde, no comércio, nas praças centrais, sendo possível identificar aonde trabalham ou estudam levando-os à característica da “cidade dos uniformizados”. Ao usarem o uniforme é como se as pessoas estivessem marcadas, rotuladas e controladas pelas empresas (capital) e até mesmo pelo poder público (prefeitura).

Sobre a presença da administração pública nas atividades econômicas das pequenas cidades pesquisadas consideramos importante destacar a expressividade do número de empregos ofertados à população. Nas cidades de Juranda como de Mamborê os setores públicos são os maiores empregadores e gerador de renda para a população. Embora não seja tão nítido em Terra Boa, os dados apontam a administração pública como a terceira fonte de emprego e renda.

Essas informações demonstram que a realidade das pequenas cidades no aspecto administrativo e funcional é de uma dependência do poder público. Com isso, as prefeituras dessas pequenas cidades exercem uma dupla responsabilidade, a de empregadora e promotora de ações econômico-produtivas e sociais. Convém destacar que essa mesma realidade foi observada nos estudos de Bacelar (2009) no estado de Minas Gerais, apontando que tal situação pode ocorrer em muitos municípios brasileiros.

Como empregadora o número de empregos criados pelo serviço público é responsável por uma massa de salários que permite a circulação de dinheiro (capital

circulante) e movimentação do comércio local. As principais atividades comerciais das pequenas cidades pesquisadas, segundo (IPARDES, 2015) são os comércios como as padarias, os restaurantes, os supermercados, vestuário e calçados, os serviços de manutenção de veículos e máquinas agrícolas, os postos de gasolina. Isso não impede que existam outras atividades comerciais, porém são as que estão mais expostas nas ruas centrais dessas cidades. Nessas pequenas cidades o comércio e serviços são, na grande maioria de proprietários locais, já que as grandes redes e magazines preferem se instalar em médios e grandes centros, reafirmando a desigualdade entre os lugares e conformando um modo de relacionamento entre os seus habitantes.

3.4. RELAÇÕES DE PESSOALIDADE E CONVIVÊNCIA NAS PEQUENAS CIDADES

A vida cotidiana se manifesta em espaços diversificados e o uso da pequena cidade se diferencia, conformando um estilo e modo de vida da população. Por meio da proximidade da relação entre administração pública, comércio e população, esses espaços são utilizados não apenas como lugar dos negócios, mas como lugares de encontros, marcados por uma relação de pessoalidade. Isso pode ser observado no relato de uma das entrevistas onde se afirma que “(...) as pessoas te conhecem e você vai ter acesso aos bens mesmo sem o dinheiro pela confiança que as pessoas têm (...). Então numa cidade pequena você vive com menos dinheiro” (AS1).

A característica da pessoalidade está presente não apenas nas relações comerciais, mas no atendimento nos estabelecimentos de saúde. Por meio da observação in loco percebemos em uma das cidades estudadas, uma unidade de saúde com oferta de atendimento médico em horário diferenciado, apenas para a população trabalhadora. A vinculação do cidadão ao mundo do trabalho é conhecida pelos profissionais de saúde desta cidade por meio da crença de que na cidade pequena “todo mundo conhece todo mundo”.

Assim, as ações que se realizam no cotidiano são orientadas por relações sociais “familistas e comunitárias” (MARTINS, 2000, p. 38), marcada pela confiança e respeito, não apenas nas relações comerciais, como também nas relações políticas e relações de vizinhança. Infringir esse padrão de conduta é estar sujeito a perda dos ganhos do capital relacional.

No que se refere às relações políticas a característica da pessoalidade ocorre tendo em vista que, mesmo estando numa repartição pública na pequena cidade “você sabe com que está falando”, manifestando a intensidade das relações de poder. As pessoas são

reconhecidas e localizadas social e espacialmente, sendo quase impossível o anonimato no comportamento dos indivíduos.

Essa situação pode interferir nas questões políticas, pois se de um lado a população tem mais facilidade de acesso a prefeito e vereadores, por serem, por exemplo, padrinhos de casamento ou batizado, ou até mesmo vizinhos, isso dá abertura para a manipulação política, permitindo que as vivências políticas sejam acirradas com forte conotação pessoal. Tal situação pode desencadear ações e um comportamento político e eleitoral “subjugado por deveres de lealdade próprios da dominação pessoal” (MARTINS, 2000, p. 53).

Além disso, as relações de vizinhança (ELIAS e SCOTSON, 2000) ganham relevância especialmente nos bairros, locais onde estão concentradas as moradias e os instantes mais banais e rotineiros da vida, impregnando de significados essas vivências. Nestas localidades o relacionamento entre as pessoas é calcado na solidariedade, quer seja acompanhando o crescimento das crianças, cuidando da casa do vizinho ou anunciando os óbitos diários, permitindo o estreitamento dos vínculos de amizade. Mesmo que “todo mundo conheça todo mundo” e “ajude a controlar a vida uns dos outros”, as relações sociais possuem características próprias, tais como a cooperação e a solidariedade, diferenciando-as em relação às cidades de outros portes. É esta solidariedade ativa, não como um princípio moral ou um ato religioso, mas sim como uma igualdade concreta de atividades comuns com a ausência de privilégios e a necessidade prática de convivência partilhada que possibilita o aumento da eficácia política (SANTOS, 2012a) e de resistência do poder.

A presença desta solidariedade, marcante em pequenas cidades é expressa por meio das entrevistas onde observamos nos relatos que

(...) na cidade pequena a gente tem uma solidariedade maior, as pessoas se cumprimentam, parece que todo mundo se conhece, todo mundo é meio familiar mesmo não sendo seu amigo ou alguém próximo (...) conhecer as pessoas, é bom e é ruim. Porque todo mundo se conhece (risos) e todo mundo sabe de todo mundo. Então um cuida da vida do outro. Mas eu vejo muito mais como coisa boa do que ruim. (...) as pessoas também ajudam mais, sabe, a gente vê que o vizinho, que as vizinhas lá, quando chega alguém muito pobre, que não tem nada, (...) vamos ajudar. É claro que a gente tem a nossa visão enquanto Serviço Social, mas eu vejo que tem muito mais humanidade na cidade pequena. (...) (AS 1)

(...) a gente consegue conhecer todo mundo, quando precisa ir a algum lugar é mais fácil o acesso, se precisar de alguém as pessoas estão sempre prontas pra te ajudar. (...) em cidade pequena a qualidade de vida é melhor. (AS 2).

Contudo, os pontos negativos também foram destacados pelas entrevistadas, especialmente no que se refere ao acesso a bens e serviços como “um shopping, a qualificação profissional, a um lugar pra você se especializar profissionalmente, de fazer um inglês, acesso a recursos de cultura também de lazer que na cidade pequena não tem completamente” (AS1), serviços estes que normalmente são ofertados com maior diversidade em cidades maiores. Nos termos referidos nas entrevistas isso é qualificado como “ruim porque você não tem o conforto que você tem numa cidade grande, ir num mercado e achar tudo o que você quer no mercado, mas a qualidade de vida é outra” (AS2), “você pode criar outros espaços também de lazer que não precisa ser o shopping. Tem as festas, de épocas, festas que a gente tem durante o ano e que você também pode ter algumas coisas, algum acesso ao lazer” (AS1).

Conforme os relatos das entrevistas convém destacar que mesmo que as pequenas cidades pesquisadas apresentem uma restrita oferta de bens de consumo ainda é reconhecida como um lugar com uma qualidade de vida diferenciada. Ainda com a limitação de espaço, com uma infraestrutura simples, em que a impressão é que tudo é próximo, com facilidade de deslocamento e mobilidade, é possível observar a existência, ainda que tímida, de bairros e da área central revelando diferentes formas de apropriação do espaço. O uso dos espaços das cidades se diferencia, também pela frequência das pessoas nas ruas.

Enquanto nos bairros a característica predominante é a tranquilidade e pacato movimento das ruas, com casas mais simples, revelando a classe social dos seus ocupantes, ou seja, os trabalhadores. Na região central estão localizadas as residências mais nobres e caracteriza-se por ser o lugar mais movimentado da cidade, onde tudo acontece. Nos dias de semana, em horário comercial, há um fluxo maior de circulação de pessoas e veículos devido a concentração dos estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços nessa área.

Nesses espaços também estão localizadas as praças, a igreja matriz, as lanchonetes e os bares dinamizando o movimento mesmo nos feriados e nos finais de semana e servindo como espaços de convivência para as diferentes classes sociais. Por meio da discussão aqui apresentada é importante registrar que nas pequenas cidades a identidade de seus moradores é construída no dia a dia, nos marcos dos acontecimentos mais comuns, nas relações corriqueiras e cotidianas. Mesmo com as suas particularidades e apesar das carências de infraestrutura, essas pequenas cidades apresentam-se como espaços em que as relações sociais são marcadas pelo modo de vida urbano, características estas importantes para a compreensão dos indicadores e condições de saúde, como veremos adiante.

3.5. INDICADORES E CONDIÇÕES DE SAÚDE NAS PEQUENAS CIDADES

Conforme discutido nos capítulos anteriores, as transformações socioeconômicas e espaciais que a sociedade brasileira vem atravessando têm repercutido na produção e distribuição dos problemas de saúde exigindo um novo posicionamento da administração pública. No contexto contemporâneo, as cidades brasileiras são desafiadas a elaborar e assumir as políticas sociais e de promover o desenvolvimento local. A proposta municipalista para a saúde impõe uma série de desafios para todas as cidades, em particular para as pequenas cidades.

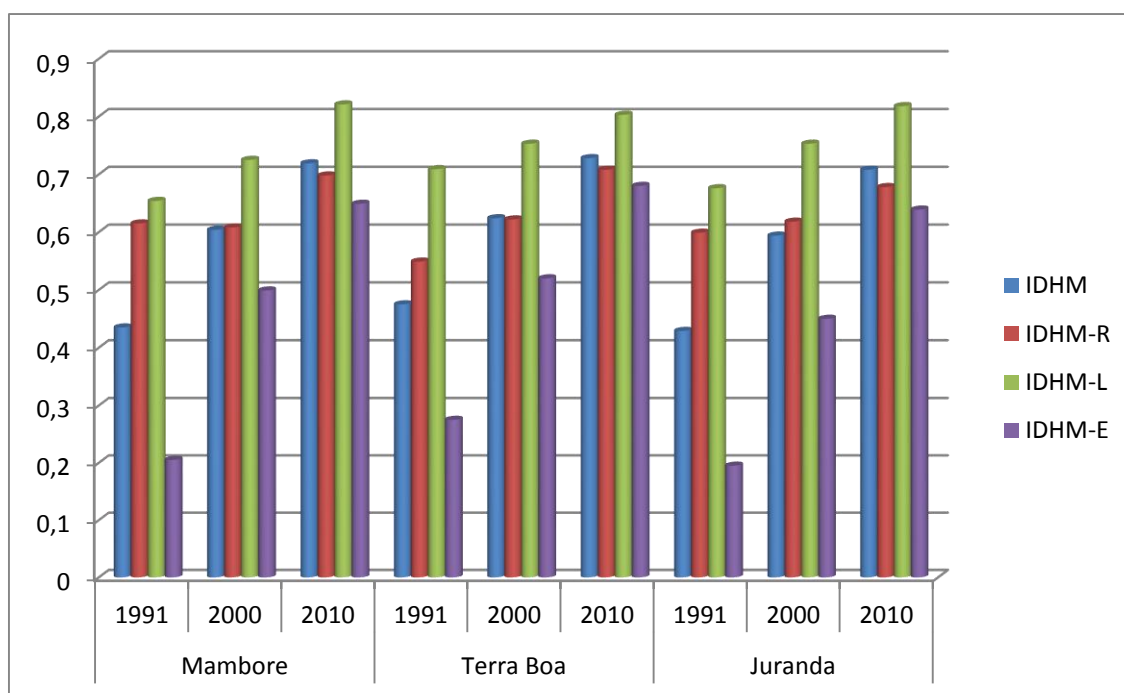
Para auxiliar na elaboração de diagnósticos que subsidiem as políticas sociais, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal⁴⁴ (IDH-M) configura-se como uma importante ferramenta por permitir a análise dos indicadores da qualidade de vida da população por meio de três dimensões: vida longa e saudável, ou seja, a expectativa de vida ao nascer, representado pela longevidade (IDH-L); o acesso ao conhecimento, ou seja, o nível de escolaridade (IDH-E) e o padrão de vida, representado pela renda per capita da população (IDH-R).

Nas pequenas cidades pesquisadas observamos que o histórico dos IDH-M tem se elevado em todas as cidades constatada por meio da mudança da classificação de “muito baixo”, registrada na década de 1991, passando para a classificação “alta” na década de 2010, representando maior qualidade de vida para a população destas cidades. Uma das consequências com essa alteração de IDH-M é o aumento da expectativa de vida, que passou de 65 anos para 70 anos, em média. No entanto, o índice relacionado a escolarização (IDH-E) é menor em relação aos outros indicadores, indicando a necessidade de investimentos voltados para a educação.

Consideramos oportuno registrar os avanços na área da educação, que embora se classifique como mediana, registrou avanços significativos nestes anos. A escolaridade é essencial para ser considerada tanto na análise dos determinantes de saúde quanto na abordagem da população para as práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

⁴⁴ O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) trata-se de um indicador da qualidade de vida da população, composto por três variáveis; referentes aos aspectos de saúde, educação e renda das populações. Seu valor varia de zero a 1 sendo considerado muito baixo, entre 0 e 0,499; baixo de 0,500 a 0,599; médio, de 0,600 a 0,699; alto de 0,700 a 0,799 e muito alto, maior ou igual a 0,800. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013).

Gráfico 1 - Histórico do Índice de Desenvolvimento Humano – IDHM de 1991 a 2010.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013). *Organização da autora.*

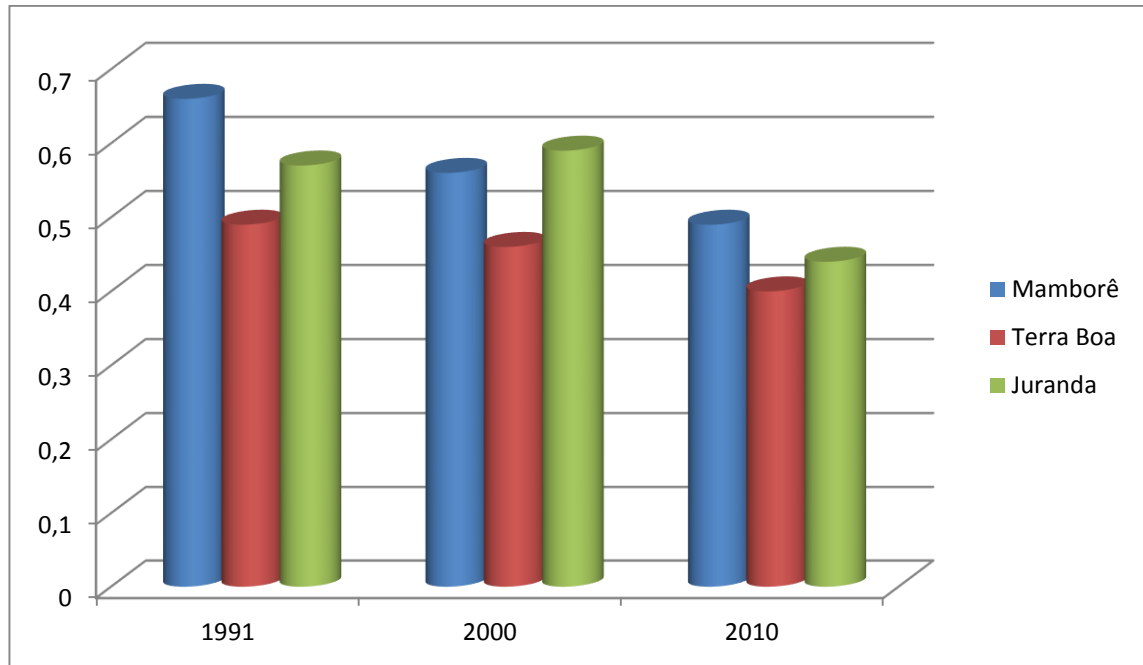
Em levantamento elaborado a partir dos censos demográficos disponibilizados pelo DATASUS, que por sua vez utiliza fontes do IBGE, demonstram que a escolaridade declarada da população com 15 anos ou mais, que possuem o ensino médio em Mamborê é 46,37%, em Terra Boa é de 47,37% e em Juranda é de 43,56% (DEEPASK, 2015). Em todas as pequenas cidades pesquisadas o índice de escolaridade é inferior à média nacional de 53,63%. A realidade não é diferenciada quando se refere às pessoas sem instrução já que em Mamborê o índice é de 30,29%, em Terra Boa é de 31,56% e em Juranda é de 32,85%, enquanto a média nacional é de 23,22%. Apenas no ensino fundamental é que a população apresenta indicadores superiores à média nacional que é de 13,25%, sendo em Mamborê e Terra Boa 13,70%, e em Juranda de 15,86% (DEEPASK, 2015).

No que se refere ao IDH-R, da mesma maneira observamos um aumento significativo dos indicadores, especialmente em Terra Boa e Juranda. Isso significa que a população dessas cidades apresentou rendimento financeiro superior à população residente em outras cidades brasileiras. A divergência entre o aumento da renda com a baixa escolaridade da população é retratada através do Índice de GINI⁴⁵, onde todas as cidades apresentam uma

⁴⁵O Índice de GINI é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo apontando as diferenças de rendimento entre ricos e pobres. Os dados são demonstrados por coeficiente onde quanto mais um lugar se aproxima do número 1, mais desigual é a distribuição de renda e riqueza, e quanto mais próximo do número 0, mais igualitário será aquele país (IPEA, 2004).

alta concentração e acesso diferenciado à renda, implicando em grandes desigualdades sociais, conforme Gráfico 2.

Gráfico 2 – Evolução histórica do Índice de Gini de 1991 a 2010.



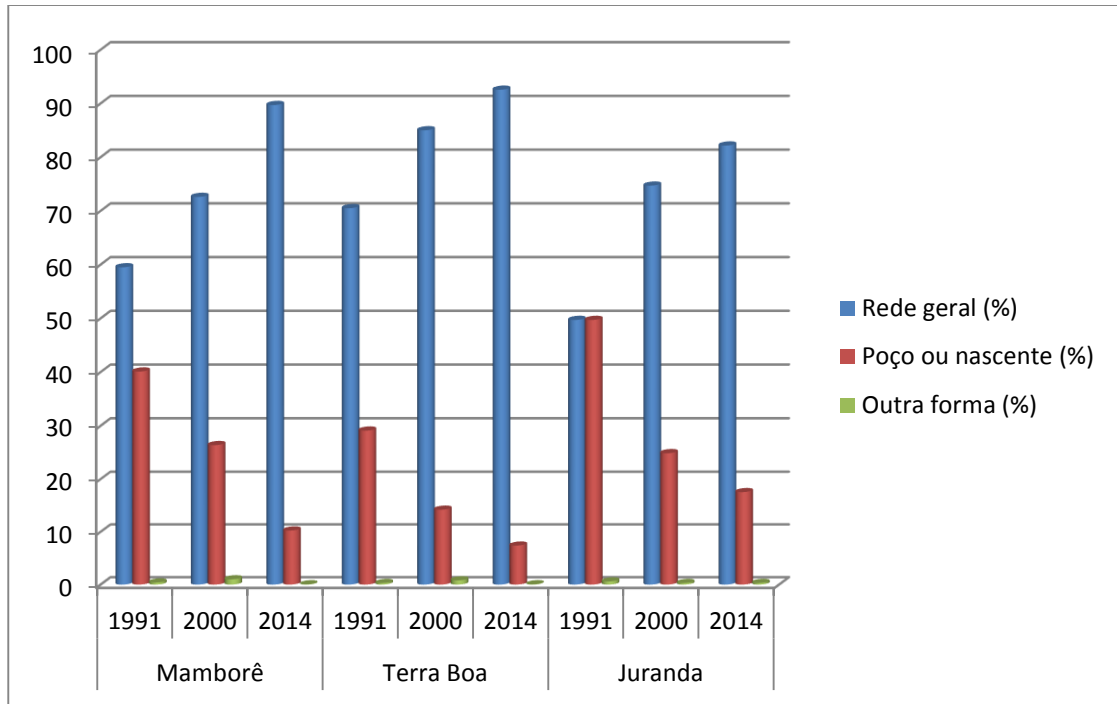
FONTE: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013).

Enquanto Mamborê apresenta maior concentração de renda no período de 1991 e 2010 e, Juranda no período de 2000, a pequena cidade de Terra Boa mantém nos três períodos como a cidade com os menores indicadores. Convém destacar que embora a concentração de renda ainda seja elevada, observa-se a sua diminuição quando comparadas o período de 1991 ao de 2010.

O aumento dos indicadores do IDH-M também demonstram o aumento da participação da administração pública em serviços essenciais de saneamento básico, como abastecimento de água (Gráfico 3) e coleta do lixo (Gráfico 5), tal como previsto na diretriz da descentralização política administrativa.

O aumento na oferta de abastecimento pela rede geral foi significativo nas três cidades pesquisadas proporcionando a diminuição do consumo de água fornecida por poço ou nascente, ou até mesmo diretamente dos rios. De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Mamborê (2014), em comunidades rurais onde há a predominância do consumo de água em poço artesiano é realizado o controle da qualidade da água pela Vigilância Sanitária.

Gráfico 3 - Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água de 1991 a 2014.

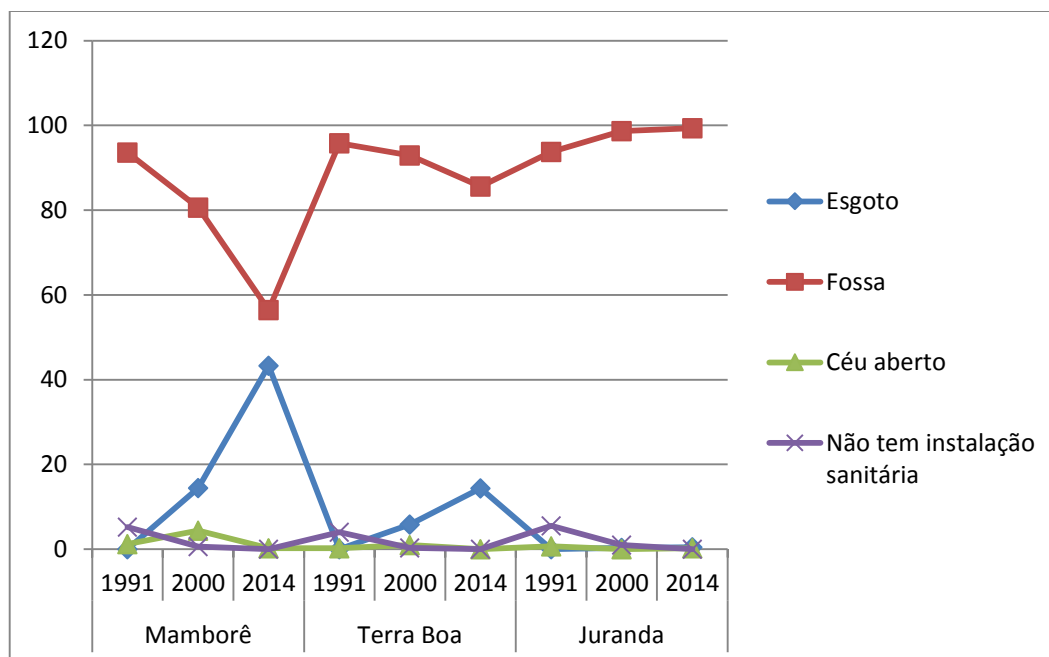


Fonte: DATASUS/SIAB, (2014); IBGE (2010). *Organização da autora*

Embora Terra Boa apresente o maior índice de abastecimento pela rede geral, onde atualmente 92,55% da população tem acesso a água tratada, em Juranda observa-se o importante aumento da oferta de abastecimento de água pelo sistema geral, já que no período de 1991 a 2010 praticamente dobrou o acesso a água tratada, com proporção de 49,7% para 82,16%. Mesmo com os avanços obtidos, ainda é grande a proporção de pessoas que se utilizam-se de poço (artesiano ou não) e de nascentes, ou seja, água não tratada tanto para a alimentação como nos demais serviços domésticos.

O acesso a água potável interfere diretamente na qualidade de vida da população, pois é fundamental à sobrevivência e preservação da vida humana já que ela é utilizada domesticamente nas atividades cotidianas, como alimentação e higienização. A água potável e tratada é essencial para o controle de doenças infectocontagiosas e epidemias já que microrganismos possuem veiculação hídrica e podem prejudicar a saúde humana. Por isso o acesso à água tratada e a rede de esgoto está diretamente relacionada a questão de saúde pública. Em relação ao tratamento da água/instalação sanitária, a predominância é da utilização de fossa em todas as cidades. Os dados disponibilizados pelo DATASUS/SIAB indicam em Juranda é quase inexistente o serviço de coleta via esgoto, conforme observamos no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária de 1991 a 2014.



FONTE: DATASUS/SIAB (2014). *Organização da autora.*

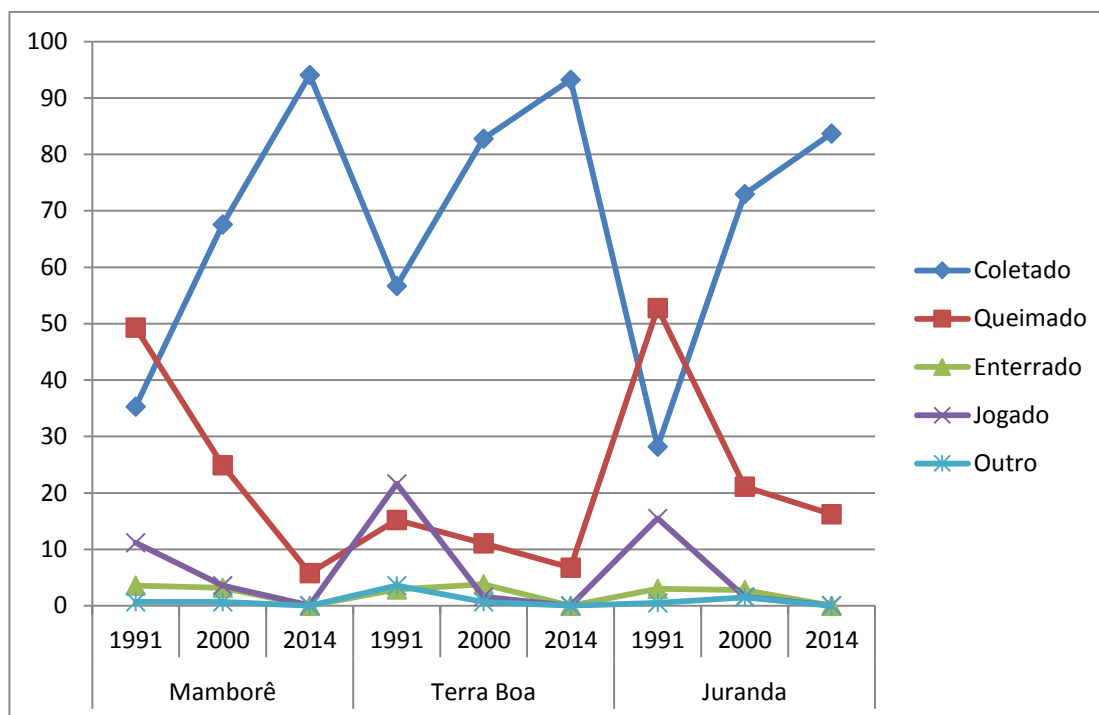
A pequena cidade de Mamborê, é que apresenta maior evolução na instalação da rede de esgoto e diminuição do número de residências com fossa, pois no período de 1991 era inexistente o serviço e atualmente está presente em 43,28% das residências. Mesmo com os avanços obtidos, a administração local apresenta como desafio a ampliação da cobertura do sistema de saneamento básico, não apenas na oferta do sistema de esgoto como eliminação dos índices de residências sem instalação sanitária ou que se utilizam o sistema a céu aberto.

A inexistência de rede de distribuição de água potável, associada à falta de tratamento de esgoto, cria um ambiente insalubre que propicia o desenvolvimento de doenças fatais como Hepatite A e E, diarreias, vômitos e verminoses. Essas doenças infectocontagiosas são passíveis de prevenção com adoção de medidas de saneamento básico e educação sanitária, diminuindo os riscos de internação e melhoria da qualidade de vida da população.

Da mesma forma, a ampliação da cobertura da coleta de resíduos auxilia no controle e prevenção de doenças que prejudicam a saúde humana, por restringir a proliferação de vetores como o mosquito *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* responsável pela transmissão da Dengue, Febre Amarela; roedores como os ratos, que transmitem a leptospirose e, insetos

como a pulga, responsável pela transmissão da peste bubônica⁴⁶. A coleta e tratamento adequado dos resíduos e a manutenção da limpeza das vias públicas além de proporcionar o controle e prevenção de doenças, evita a poluição e degradação ambiental.

Gráfico 5 - Proporção de moradores por tipo de destino de lixo de 1991 a 2014.



Fonte: DATASUS/SIAB (2014). Organização da autora.

Neste sentido, observamos que no que se refere à coleta de resíduos observamos através do Gráfico 5 que em Mamborê e Terra Boa apresentam a maior cobertura e expansão da coleta do lixo. A coleta de resíduos descartados pelas pessoas e empresas é de extrema importância para a sociedade e sua coleta configura como um dos principais serviços públicos.

Por meio dos dados apresentados é reconhecível o aumento da participação da administração municipal na oferta dos serviços públicos elucidados e que atuam sobre os determinantes da saúde da população, conforme previsto na legislação. Contudo, a cobertura e o acesso universal dos serviços essenciais à saúde pública não foi alcançada. Sobre o assunto, vários autores (MACHADO; VIANA, 2009; BACELAR, 2009) destacam que a baixa arrecadação municipal e a capacidade de gerenciamento limitada, devido à escassez de recursos humanos, impõe dificuldades financeiras e administrativas às pequenas cidades pois

⁴⁶ A transmissão dessas doenças acontece quando o hospedeiro está infectado pelas bactérias e vírus.

nem todas conseguem reunir as condições exigidas para a oferta de todos os serviços de saúde e portanto, não conseguem exercer a autonomia federativa reconhecida na Constituição.

Sendo a saúde resultante não apenas das intervenções públicas médico-sanitárias, mas também resultado da adoção de práticas e hábitos pessoais (CARVALHO; BUSS, 2008) o que implica em uma responsabilidade compartilhada. A participação direta e o conhecimento das particularidades do uso do território relativo à condição de vida, renda, trabalho, saúde, tanto da população, quanto dos trabalhadores em saúde e gestores municipais, promove significativas mudanças na comunidade local na medida em que à sociedade interferir na gestão pública direcionando as ações da administração aos seus interesses e demandas.

É essencial o envolvimento e participação da sociedade, por meio da educação sanitária e mudanças de hábitos, tais como a queima de resíduos, pois atitudes como esta são prejudiciais à saúde humana, por provocarem e agravarem doenças e, podem aumentar a demanda por serviços de saúde, que muitas vezes, precisam ser buscados em outras cidades.

3.6. O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS PEQUENAS CIDADES

Como abordado anteriormente, o desenvolvimento técnico-científico-informacional as transformações ocorreram tanto nos meios de produção e circulação de mercadorias, quanto nas tecnologias de saúde, incidindo na qualidade de vida da população. As mudanças nas relações, com o encurtamento do tempo, onde tudo precisa ser rápido e prático, provocaram mudanças no estilo de vida.

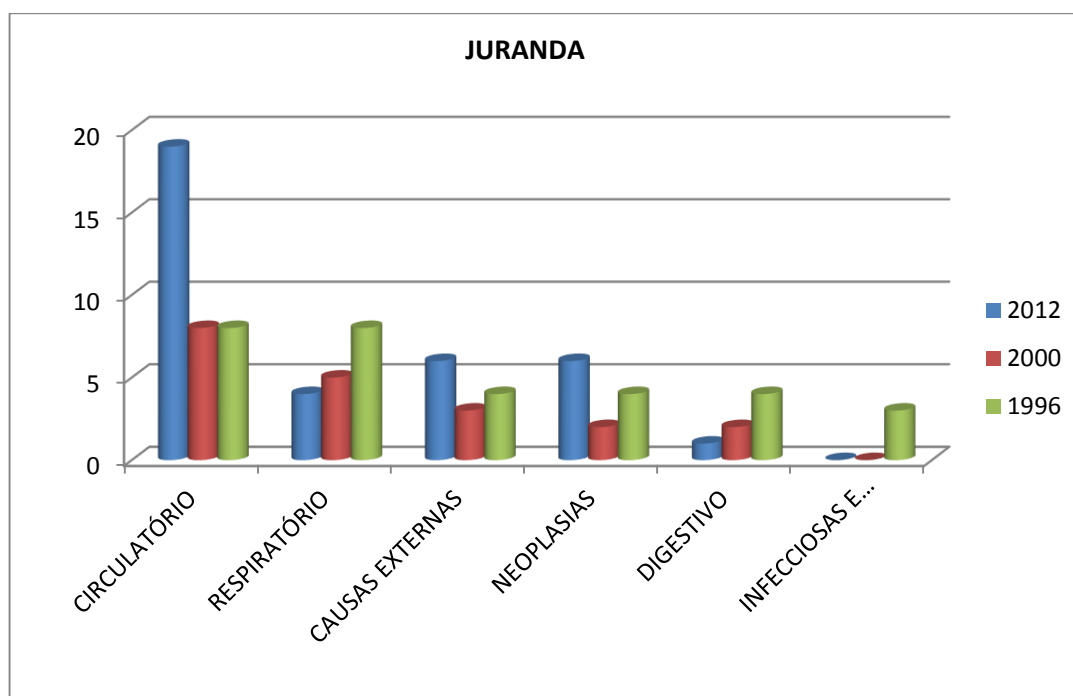
Na alimentação aumentou a ingestão de produtos embutidos, industrializados e congelados provocando a incidência de distúrbios alimentares. Se no início do século XX a desnutrição e a fome eram as grandes preocupações para a saúde pública, neste século, as doenças crônicas como diabetes, hipertensão, cardiovasculares, respiratórias e neoplasias, além da própria obesidade impõem sérios desafios à saúde pública (PAIM *et al*, 2011).

O processo de industrialização dos últimos quarenta anos implicou o aumento no número de diagnósticos de stress, depressão, lesões por esforço repetitivo. Outro agravante são as mortes por causas externas, como os acidentes de trânsito ou àqueles decorrentes das violências, sendo o consumo de drogas lícitas e ilícitas um agente propulsor do número de óbitos. Todas as situações acima descritas não se restringem as

grandes e médias cidades já que também aparecem nos indicadores das principais causas de mortalidade nas pequenas cidades. O discurso predominante de que na pequena cidade não apresenta as expressões da questão social é falaciosa, mascarando a realidade e as reais necessidades das populações residentes nestas localidades.

Este fato pode ser constatado por meio do levantamento dos dados e apresentados nos gráficos sobre a evolução histórica das principais causas de mortalidade geral da população que indicam a prevalência de doenças crônico-degenerativas, em detrimento das doenças infecciosas e parasitárias.

Gráfico 6 – Evolução histórica das principais causas de mortalidade em Juranda de 1996 a 2012.

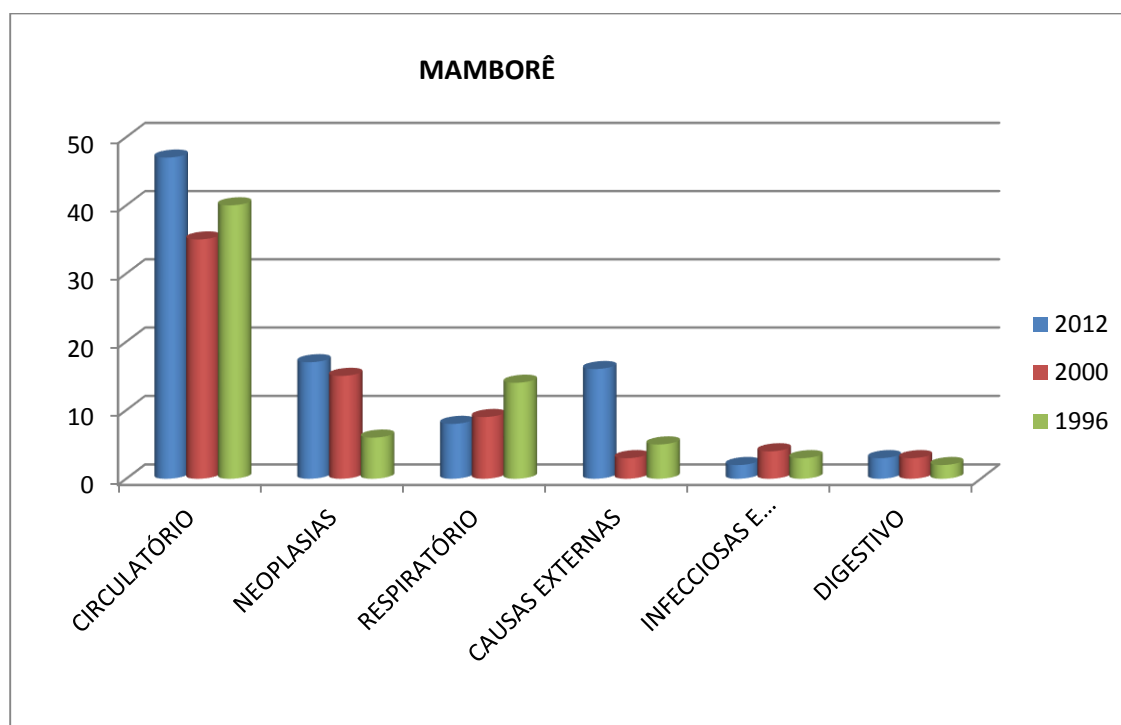


FONTE: DATASUS (2015). *Organização da autora.*

Por meio dos gráficos observa-se que evolução histórica das cinco principais causas de mortalidade, por local de residência, ou seja, doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo e causas externas de morbidade e mortalidade, segundo a classificação dos capítulos do CID-10⁴⁷.

47 A classificação das doenças foi feita de acordo com os capítulos do CID-10 que são: I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99); II - Neoplasias [tumores] (C00-D48); III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89); IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90); V - Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99); VI - Doenças do sistema

Gráfico 7 – Evolução histórica das principais causas de mortalidade em Mamborê de 1996 a 2012.



FONTE: DATASUS (2015). *Organização da autora.*

Na avaliação das causas de mortalidade, a prevalência das Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) apresenta-se como a principal causa de óbito em todas as cidades pesquisadas. Contudo, essa é uma realidade que não se limita as pequenas cidades já que a DAC constitui-se como a principal causa de morte no Brasil.

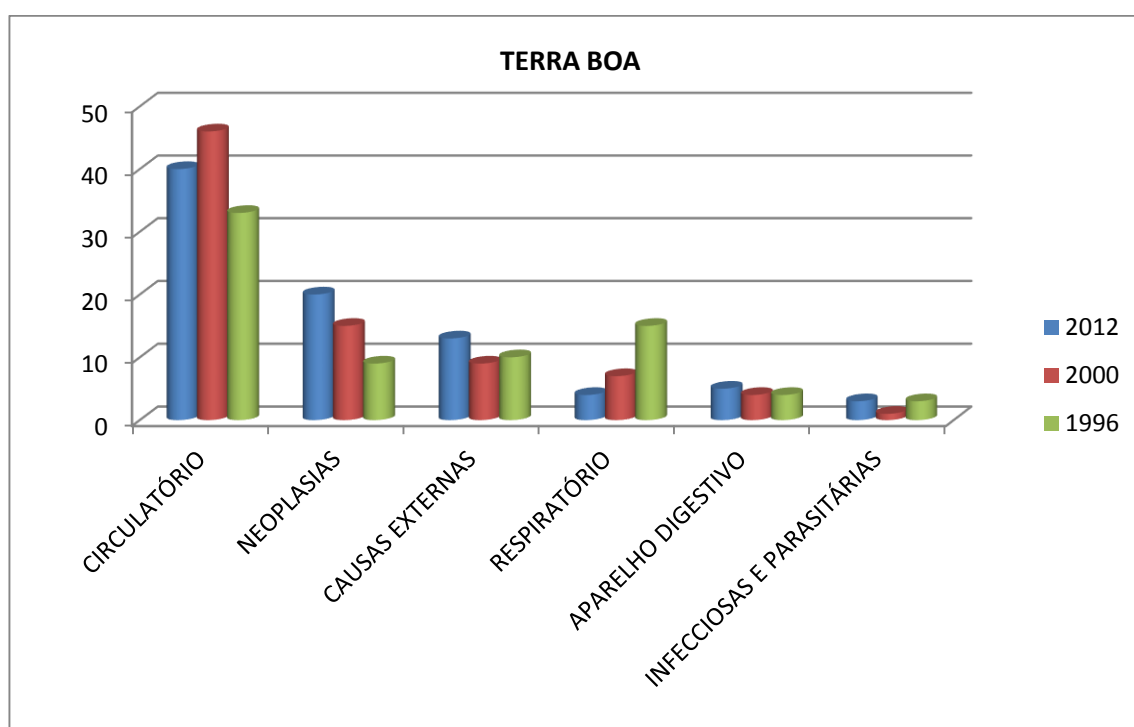
As DAC são consideradas como doenças de condição crônica⁴⁸, ou seja, como uma patologia que tem um ciclo de vida superior a três meses, caracterizando-se por ser

nervoso (G00-G99); VII - Doenças do olho e anexos (H00-H59); VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60-H95); Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório (I00-I99); X - Doenças do aparelho respiratório (J00-J99); XI - Doenças do aparelho digestivo (K00-K93); XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99); XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99); XIV - Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99); XV - Gravidez, parto e puerpério (O00-O99); XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal (P00-P96); XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99); XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99); XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98); XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98); XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99) (DATASUS, 2014).

⁴⁸Há uma grande diferença entre as condições agudas e as condições crônicas. As condições agudas caracterizam-se pela a duração da condição é limitada; com manifestação abrupta; com o diagnóstico e o prognóstico são usualmente precisos que requerem intervenções tecnológicas que em geral leva à cura. Diversamente as condições crônicas caracterizam-se pelo início de manifestação gradual e silenciosa, sem sintomas aparentes, com duração de doença longa e indefinida; as causas são múltiplas e mudam ao longo do tempo; o diagnóstico e o prognóstico são usualmente incertos; as intervenções tecnológicas são usualmente não decisivas e, muitas vezes, com efeitos adversos. As condições crônicas vão além das doenças crônicas (diabetes,

longa e gradual com a necessidade de acompanhamento médico para controle (APSUS, 2012). Entre as principais patologias da DAC, incluem as doenças hipertensivas, conhecida pela elevação da pressão arterial e as doenças cerebrovasculares, que podem resultar em resultam em Acidente Vascular Cerebral (AVC), conhecido popularmente como derrame cerebral. A população idosa constitui-se como a população de risco para essas doenças, embora a sua ocorrência possa acontecer em qualquer fase da vida.

Gráfico 8 – Evolução histórica das principais causas de mortalidade em Terra Boa de 1996 a 2012.



FONTE: DATASUS (2015). *Organização da autora.*

Na ocorrência dessas doenças, os custos para o sistema de saúde tendem a se elevarem por necessitarem de tecnologias mais sofisticadas para a recuperação de saúde, como internações, geralmente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Por serem doenças agressivas e, que muitas vezes, deixam sequelas físicas e mentais, normalmente necessitam de um longo período de recuperação com sessões de especialidades como fisioterapia, terapia

hipertensão, câncer etc.) para abarcar, ademais, condições transmissíveis persistentes (tuberculose, AIDS, hanseníase, hepatites virais, tracoma etc.), distúrbios mentais de longa duração, deficiências físicas ou estruturais contínuas e condições como gestação, parto e puerpério. Os principais fatores determinantes do aumento das condições crônicas são as mudanças demográficas, as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas (APSUS, 2012).

ocupacional, fonoaudiologia, órteses e próteses, demandando um cuidado específico das equipes de saúde.

Daí a ênfase na prevenção dessas (e outras) doenças pela equipe de saúde com acompanhamento das equipes da atenção básica, responsáveis pela coordenação de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde. O acompanhamento pode ser feito por grupos específicos, como no caso dos hipertensos e diabéticos e individualmente por meio das visitas domiciliares das equipes de saúde, com acompanhamento e registro das informações em formulários específicos.

Dentre eles destaca-se o SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica, implantado em 1998 pelo Ministério da Saúde por meio do qual é possível obter informações sobre a realidade demográfica, socioeconômica e sanitária a partir dos cadastros de famílias. Por meio das visitas domiciliares, realizada pela equipe de saúde, são registradas as condições de moradia e saneamento da área de abrangência da Unidade de Saúde.

Além das visitas domiciliares, os atendimentos individualizados, (como aferição de pressão arterial consultas, dispensação de medicamentos, entre outros) e as atividades grupais permitem o acompanhamento da situação de adoecimento e fatores determinantes do processo saúde-doença, aproximando a equipe de saúde e população e incentivando a prática do cuidado mútuo (ou seja, tanto pelos sujeitos quanto pela equipe). Os dados levantados por meio do SIAB, quando consolidados, analisados e discutidos servem de subsídio para o planejamento das ações em saúde no âmbito local e municipal.

Tabela 5 - Acompanhamento da população pelas Equipes de Saúde da Família em 2014.

	Mamborê	Terra Boa	Juranda
População residente no município	13.961	15.776	7.641
Número de pessoas cadastradas	10.045	16.459	7.831
Número de famílias cadastradas	3.597	5.480	2.646
Número de famílias acompanhadas	3.080	5.482	2.646
Diabéticos cadastrados	333	656	293
Diabéticos acompanhados	180	518	251
Hipertensos cadastrados	1.077	2.498	1.172
Hipertensos acompanhados	529	2.014	992
Número de pessoas cobertas com plano de saúde	987	874	284

FONTE: DATASUS/SIAB (2015). *Organização da autora.*

A cobertura da ESF é um importante indicador para medir a qualidade de saúde oferecida a população. Consideramos importante destacar que, conforme a Tabela

acima, a nestas pequenas cidades o número de pessoas cobertas pelo plano de saúde é baixo quando comparados à população usuária do SUS. No entanto, para a realização das ações em saúde, em todas as cidades pesquisadas verificamos a existência concomitante de uma rede pública e privada de saúde, sendo a totalidade dos serviços de saúde apresentados na Tabela 6.

A rede pública na atenção primária é formada pelos Postos de Saúde, Unidades de Saúde e Unidade de Saúde da Família que ofertam serviços de consultas médicas e odontológicas, imunizações, ações educativas em saúde bucal e acompanhamento a grupos específicos e pessoas acamadas. Na atenção ambulatorial especializada, constatamos a existência dos Centros de Atendimento Psicossocial – CAPS I, que desenvolvem ações específicas em saúde mental, tanto em Mamborê quanto em Terra Boa. Embora sejam consideradas como pequenas cidades apenas Terra Boa e Juranda apresentam hospitais municipais sendo que os pacientes de Mamborê recebem atendimentos de urgência e emergência no Centro de Saúde e depende da Central de Vagas para a transferência de seus pacientes para hospitais da região.

Tabela 6 – Totalidade dos estabelecimentos de saúde públicos e privados em 2014.

Estabelecimento de saúde	Mamborê	Terra Boa	Juranda
Posto de Saúde	3	1	0
Centro de Saúde\Unidade Básica de Saúde	2	3	3
Consultório isolado	12	7	2
Clínica\Centro de Especialidades	3	4	0
Unidade de Apoio, Diagnose e Terapia	4	5	4
Secretaria de Saúde	1	1	1
Centro de Apoio Psicossocial - CAPS I	1	1	0
Hospital geral	0	2	1
Unidade Móvel de Urgência (Samu)	0	1	0
Academia da Saúde	0	0	1

FONTE: CNES/DATASUS (2015). *Organização da autora.*

Na rede privada, a atenção primária é feita por médicos e dentistas particulares e laboratórios de análises clínicas que prestam serviços no município e para o sistema de saúde por meio de credenciamento. Apenas na cidade de Terra Boa existe laboratório de imagem, sendo que nas outras cidades é necessário deslocar-se até Campo Mourão, que é a cidade de agrega uma quantidade maior de serviços na região.

Na atenção secundária, verificamos prevalência dos serviços privados na oferta de fisioterapia e, apenas em Mamborê existe a APAE, que presta serviços específicos de saúde para pessoas com deficiência mental. Na atenção hospitalar, apenas a cidade de

Terra Boa possui um hospital filantrópico (Santa Casa) que oferta atendimento complementar “ao serviço hospitalar público, não realizam plantões, apenas atendimentos eletivos” (TERRA BOA, 2014, p. 22).

No que se refere à acessibilidade aos serviços de saúde verificamos que a atenção básica tem sido amplamente ofertada pela administração pública, sendo complementar a participação da rede privada. Porém quando se trata da atenção especializada, com serviços de diagnose e terapia, a prevalência é de serviços da rede privada, quer seja pelo consórcio de saúde, quer seja pelo credenciamento de serviços privados, que prestam serviços às cidades.

Dado a dificuldade de oferta de serviços e média e alta complexidade e a ausência de equipamentos de alta tecnologia nas pequenas cidades, a população é atendida pelo sistema de referência a outras localidades, conforme demonstrado na Tabela 9. As principais referências para encaminhamentos dessas pequenas cidades são para Campo Mourão, Curitiba, São Paulo, Maringá, Arapongas, Londrina, Cascavel e outras cidades, dependendo do nível de complexidade que requer o tratamento.

Tabela 7 – Distribuição dos serviços por nível de atenção e território sanitário

Nível de atenção	Ponto de Atenção à Saúde	Território Sanitário
Atenção Terciária à Saúde	Hospitais e serviços especializados que necessitam de alta tecnologia	Macrorregião de Saúde São Paulo\Curitiba\Londrina
Atenção Secundária à Saúde	Serviços especializados que demandam média complexidade de tecnologia (Clínicas de especialidades)	Região de Saúde Campo Mourão\Cascavel\Maringá
Atenção Primária à Saúde	Serviços que demandam atendimento básico com baixa complexidade de saúde (Postos e Unidades de Saúde)	Município Juranda\Terra Boa\Mamborê

FONTE: Planos Municipais de Saúde. *Organização da autora.*

O transporte dos pacientes é ofertado por meio do TFD – Transporte para Fora do Município, tanto com a concessão de passagens ou com veículos das prefeituras municipais. Tal como elucidado anteriormente, as dificuldades financeiras das pequenas cidades inviabiliza a oferta de todos os serviços de saúde no território municipal, onde as pequenas cidades sofrem com a ausência de equipamentos médicos para atendimento à população. Isso obriga, não só a população, mas até mesmo gestores municipais a recorrerem

a outros centros urbanos por disponibilizarem e concentrarem as tecnologias e melhores condições de atendimento à saúde.

Dessa maneira, a instalação de equipamentos em médios e muitas vezes em grandes centros urbanos em detrimento das pequenas cidades revela o uso corporativo do sistema de saúde brasileiro, conforme apontado por Almeida (2005) e explicitado no decorrer desta pesquisa.

Por meio desta realidade, as desigualdades socioespaciais se evidenciam no uso do território pela política de saúde e revela questões que prejudicam o avanço do SUS e garantia de políticas sociais de qualidade e universalizadas. Nas pequenas cidades, a ausência de uma rede de serviços com alta tecnologia devido aos elevados custos para a sua manutenção, a falta de oferta serviços especializados assim como de recursos humanos, precariza a qualidade do atendimento e dificulta, quando não inviabiliza, o acesso ao adequado tratamento de saúde devido a barreiras institucionais (CAMPANUCCI, 2013).

Como os mais desfavorecidos economicamente são os que apresentam mais dificuldades para buscar atendimento em outras cidades, essa parcela da população está condenada a sobreviver com uma precariedade de vida e de saúde e quando muito, condenada a morrer por falta de cuidado e acesso a serviço médico adequado. Embora sejam reconhecidos os avanços e participação pública nos serviços e determinantes sociais da saúde, enquanto os interesses financeiros se sobrepõem às necessidades da população, o SUS não deixará de ser uma bela carta de intenções, porém distante de uma sociedade justa e igualitária.

CAPÍTULO 4

O TERRITÓRIO USADO - POLÍTICA DE SAÚDE EM PEQUENAS CIDADES E AS IMPLICAÇÕES NO AGIR PROFISSIONAL



Terra Boa



Juranda



Mamborê

*Imagem da entrada da
pequenas cidades pesquisadas.
FONTE: Arquivo próprio.
2015*

4 O TERRITÓRIO USADO - POLÍTICA DE SAÚDE EM PEQUENAS CIDADES E AS IMPLICAÇÕES NO AGIR PROFISSIONAL

A partir das reflexões expostas nos capítulos anteriores, discutimos a perspectiva territorial enquanto uma das diretrizes operacionais das políticas sociais efetivadas por meio do princípio da descentralização político-administrativa para todas as cidades brasileiras, independente da sua característica populacional. As metrópoles, os grandes e médios centros urbanos assim como as pequenas cidades, são responsabilizadas pelas diretrizes constitucionais a exercerem funções como o planejamento, execução, controle e avaliação dessas políticas prestadas em seu território. No que se refere à saúde, essa realidade aumenta a autonomia dos município na gestão desta política, no entanto, impõe novas requisições aos trabalhadores postulando uma atuação com conhecimentos compartilhados com diversas áreas profissionais.

Diante dessas constatações e com base nos referenciais teóricos sobre o conceito de território-usado e a apreensão das particularidades da política de saúde em pequenas cidades, este capítulo tem como objetivo apreender a relação do território usado e as implicações no agir profissional, restrito para fins desta pesquisa o assistente social enquanto um dos trabalhadores em saúde em pequenas cidades. Conforme justificativa apresentada na introdução deste trabalho, a opção pela análise a partir do olhar do assistente social justifica-se pela presença deste profissional nas equipes de saúde pública, intervindo diretamente com sujeitos sociais nas mais diversas situações do cotidiano.

Assim, a discussão centrará em dois eixos de análise, sendo a primeira referente ao processo de trabalho em saúde nos marcos do capitalismo contemporâneo. Para esta reflexão, parte-se do pressuposto que compreender o trabalho em de saúde, assim como nas demais políticas sociais, requer apreender das particularidades da sociedade capitalista. Enquanto trabalho assalariado as profissões não são imunes a dinâmica dos processos sociais contemporâneos que determinam novas configurações e competências profissionais, inclusive para os assistentes sociais.

O segundo eixo abordará sobre a compreensão do território-usado pela política de saúde a partir das considerações das entrevistadas. Para tanto, foram utilizadas questões previamente definidas e da técnica de observação sistemática direta, pois segundo Marsiglia (2009, p. 385), “uma prática só torna um saber sistemático se for observada e registrada detalhadamente”, permitindo elaborar um diagnóstico mais preciso sobre a realidade com as quais estamos pesquisando.

Inicialmente, é relevante retomar que as considerações traçadas neste capítulo foram pautadas em observação sistemática e entrevistas semiestruturadas com assistentes sociais que atuam na política de saúde em pequenas cidades paranaenses, tanto na atenção primária quanto em serviços especializados da atenção secundária.

A forma de entrada dessas profissionais, sujeitos da pesquisa, nos espaços sócio-ocupacionais ocorreu mediante concurso público e, portanto, possuem vínculo trabalhista como servidoras públicas estatutárias. Com isso, as entrevistadas trabalham em estabelecimentos de natureza pública, ou seja, gerida pelo Estado através do ente municipal. As profissionais apresentam alguns aspectos em comum, sendo as principais características pessoais todas do sexo feminino, com idade acima de 30 anos. Isso corrobora com a tendência histórica da categoria de assistentes sociais ser predominantemente feminina, permeando uma ideia do Serviço Social como uma profissão ligada ao cuidado e zelo pelo bem estar do próximo, características estas inatas ao pensamento conservador presentes nos primórdios da atuação profissional.

Para Craveiro e Machado (2001) este perfil eminentemente feminino do Serviço Social, acaba por influenciar na subalternidade da profissão frente às outras áreas do conhecimento, na medida em que se insere em uma sociedade marcada pela valorização do gênero masculino que reproduz padrões patriarcais e machistas. Entretanto, a inserção das mulheres no mundo do trabalho é crescente sendo relacionado a uma combinação de fatores tais como os econômicos, como a necessidade de complementar a renda familiar, aos culturais e sociais, que envolvem a emancipação da mulher e a sua independência financeira. Isso pode ser observado inclusive na composição familiar das assistentes sociais entrevistadas ao constatar que uma delas reside sozinha e portanto, enquanto que as outras duas residem com suas filhas sendo as responsáveis por seus provimentos financeiros.

No tocante ao tempo de residência nas cidades em que trabalham observou-se que duas possuem residência por um período superior há quinze anos e uma delas reside na cidade apenas um ano. Todas relataram que mudaram-se para essas cidades em função do trabalho, quer seja pessoal ou de algum membro de sua família. Essa realidade reforça o pressuposto da importância do trabalho para a sociedade por proporcionar meios de produção e reprodução da subsistência além de ser um meio de promoção de interações sociais entre as pessoas. Isso faz que o trabalho exerça uma influência considerável sobre a motivação e subjetividade da classe trabalhadora (ANTUNES, 1999).

Além do trabalho profissional as assistentes sociais foram questionadas quanto a participação em atividades coletivas uma vez que o território-usado também se

manifesta pelas relações de vivência que os seus atores estabelecem com o espaço. Sendo o território usado um lugar onde se manifestam laços afetivos e de identidade de pertencimento a determinado grupo social apenas uma das assistentes sociais entrevistadas relatou o seu envolvimento com a pequena cidade para além do âmbito profissional ao mencionar que frequenta um grupo religioso de denominação evangélica além de participar voluntariamente em uma associação para tratamento de dependentes químicos. As demais entrevistadas relataram que não possuem nenhum envolvimento coletivo além de suas atividades e compromissos profissionais.

Entre as semelhanças e diferenças nas características profissionais, o início das suas atividades na política de saúde por meio do NASF, vínculo trabalhista estatutário devido a aprovação em concurso público e tempo de atuação na política de saúde por um período inferior a cinco anos. Quando questionadas sobre a formação profissional, duas apresentam pós graduação, tanto na área da saúde quanto na área da assistência social. Em relação aos locais anteriores de trabalho como assistente social; duas relataram que trabalharam em outras pequenas cidades da região onde moram, enquanto que uma das assistentes sociais nunca trabalhou na área o que nos leva a afirmar que nenhuma das entrevistadas possui experiência profissional em cidade de médio e grande porte.

No que se refere à renda, identificamos que remuneração recebida pelas profissionais é o salário em torno de R\$ 2.100,00 ao mês. Vale destacar que o valor do salário mínimo em 2014, no período das entrevistas, correspondia a R\$ 724,00 (BRASIL, 2015), sendo portanto, um rendimento financeiro mensal de 2,9 salários mínimos, o que corresponde à média salarial dos assistentes sociais no estado do Paraná (CRESS-PR, 2015).

Por meio dos relatos, percebeu-se que ainda que não ocorra a fragilização dos vínculos profissionais, a precarização do trabalho pode se manifestar de outras maneiras nas pequenas cidades. Dentre elas encontra-se a intensificação do trabalho com o cumprimento da jornada de trabalho de 40 horas semanais ou mais já que o trabalho em saúde “envolve em outras coisas, como ações em finais de semana e às vezes a noite... às vezes a gente nem anota” (AS1), ou seja, nem é registrado o cumprimento da jornada em folha ponto. O cumprimento da intensa carga horária também revela a dificuldade de adequação à Lei nº 12.317 de 26 de agosto de 2010, que define a jornada máxima de trabalho em 30 horas semanais sem redução salarial, sob a justificativa que a legislação municipal possui autonomia em relação a legislação nacional.

A ausência das condições adequadas de trabalho, como espaços físicos e equipamentos, também expressam uma das formas de precarização no trabalho em saúde sendo expresso através do relato ao mencionar que

(...) as vezes eu não tenho um computador pra fazer um relatório(...) Se eu quis um *pendrive*, eu que tive que comprar. Tem Unidade que é bloqueado o computador para a entrada de *pendrive*, aí eu não consigo fazer relatório. Então, as condições de trabalho é bem precária. (AS2)

A ausência de equipamentos que normalmente são utilizados no cotidiano profissional, como computador e impressora, telefone e armários para arquivamento do instrumental técnico, revelam a dificuldade de cumprimento das condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social conforme Resolução do CFESS nº 493/2006. Esta Resolução estabelece como condição essencial para a execução de qualquer atendimento ao usuário do Serviço Social a existência de um espaço físico, com iluminação, ventilação e recursos que garantam a privacidade naquilo que for revelado durante o atendimento.

Por meio da observação dos serviços de saúde das pequenas cidades observou-se o compartilhamento de espaços físicos entre os profissionais de saúde, sob a organização de horários diferenciados de atendimentos. No entanto, durante a entrevista quando questionadas sobre as suas condições de trabalho, uma das entrevistadas expressou que é “nenhuma, porque não tenho um lugar específico pra ficar. Se a médica for pedir pra colocar alguém em posição ginecológica, a gente tem que sair daqui. Eu até ia vir com o carro pra você ver a condição do carro que a gente usa. Não tem condição de usar.” (AS2).

Outra situação que pode indicar essa precarização das condições de trabalho é a necessidade de atendimento em diferentes espaços sócio-ocupacionais dado a característica das pequenas cidades terem restrição de oferta de mão de obra especializada, conforme discutido no terceiro capítulo desta pesquisa. Sob esse aspecto, encontramos uma cidade em que a profissional desenvolve atividade compartilhada com a política de assistência social, ainda que com uma carga horária diferenciada. Nas demais cidades, ainda que a lotação de trabalho seja na política de saúde é necessário o atendimento de demandas em diferentes estabelecimentos de saúde pelo mesmo profissional, sendo a presença do profissional organizadas com rotatividade nos dias da semana em cada estabelecimento, como saúde mental, unidades de saúde e de gestão da política (secretaria municipal de saúde), sob o risco de fragmentação do trabalho realizado.

Tratando desse tema constata-se que mesmo nas pequenas cidades as características da política neoliberal se faz presente pois, ao compartilhar um mesmo profissional em vários serviços, evidencia-se uma forma de precarização do trabalho em saúde. Dentro da concepção de precarização do trabalho em saúde, vários estudos (FARIA; ARAÚJO, 2011; VERDE, BERNARDO e BÜL, 2013; NOGUEIRA, 2006) afirmam que a ênfase do Estado na redução com os custos dos trabalhadores recai, muitas vezes, sob a Lei de Responsabilidade Fiscal⁴⁹, que limita a contratação de recursos humanos, acarretando a sobrecarga de trabalho, especialmente nas pequenas cidades que, como destacado em capítulos anteriores, possuem limitações financeiras para a gestão das políticas sociais em consequência da baixa arrecadação. Isso nos leva a afirmar que a precarização do trabalho não se limita às empresas privadas mas atinge os trabalhadores inseridos no serviço público ao abrir outras possibilidades de contratação, como os terceirizados e temporários, acompanhadas de ausência ou redução de gozo dos direitos trabalhistas.

Isso demonstra que o trabalho em saúde nas pequenas cidades também é influenciado pelo controle do capital o que implica na qualidade e comprometimento dos serviços prestados, por não contarem com recursos humanos específicos no desenvolvimento das suas ações. A rotatividade de profissionais, ou ainda a troca constante de locais de trabalho em diferentes estabelecimentos de saúde é prejudicial ao cuidado em saúde por não permitir o que um mesmo profissional crie vínculos ou acompanhe as pessoas por um longo período de tempo, prejudicando as atividades de promoção e prevenção que são de responsabilidades do SUS.

4.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Os processos históricos de produção e reprodução das relações capitalistas determinaram em escala mundial transformações para o trabalho. Para Alencar e Granemann (2009) a reestruturação produtiva nas sociedades capitalistas contemporâneas em um mundo globalizado exige o uso intensivo da força de trabalho para viabilizar ganhos permanentes de produtividade. Novas configurações nas condições e relações de trabalho são resultado da crescente flexibilidade no processo produtivo com vistas à redução de custos, a desvalorização e superexploração do trabalho e a incorporação de novas tecnologias.

⁴⁹Sancionada pela Lei nº 101 de 04 de maio de 2000. Esta lei limita um percentual de 50% para as despesas com pessoal nas administrações públicas, o que permite a contratação de trabalhadores por meio de outros vínculos trabalhistas.

As mudanças ocorridas no processo do trabalho em geral também se manifestam no âmbito da saúde, mesmo essa área tendo como especificidade a prestação de serviço (NOGUEIRA, 1997), por compartilhar características em comum com outros processos, tais como a indústria e outros setores da economia. Alia-se a essa característica o fato desse serviço não realizar-se sobre coisas ou objetos, mas sobre pessoas e, sobretudo com base em uma inter-relação em que o usuário é consumidor e fornecedor de valores necessários ao processo de trabalho em saúde. Desta forma, a população participa como sujeito na construção de sua própria saúde e qualidade de vida.

Nos termos do autor referenciado, “exige-se dele (usuário) não só informação acerca do que lhe ocorreu, a história da sua queixa ou doença, mas também a participação ativa para que sejam corretamente aplicadas normas e prescrições médicas” (idem, p. 72). Portanto, produzir cuidado em saúde depende da construção de processos relacionais - entre gestores e trabalhadores, trabalhadores e usuários.

No âmbito da saúde, é importante esclarecer que a dinâmica do trabalho coletivo ocorre em um processo de cooperação que compreende, segundo Merhy (2002) um conjunto de operações coletivas que garantem uma lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde. Os processos de cooperação intercorrem de maneira vertical, em que diversos equipamentos participam de uma determinada organização hierarquizada e, de maneira horizontal em que vários pontos de atenção participam do cuidado em saúde.

Outra particularidade do processo de trabalho em saúde a ser destacada é a integração entre os aspectos intelectual e manual. Na dinâmica do trabalho coletivo de saúde, o uso intensivo de tecnologia não substitui o trabalho humano, mas exige uma qualificação dos trabalhadores cada vez mais em torno de núcleos especializados (MERHY, 2005). Disto decorre a reorganização do modelo de atenção em saúde que aliado as características do período técnico-científico-informacional, dotado de técnicas de informação e tecnologia, implicam no processo coletivo de trabalho e ações intersetoriais, que demandam cada vez mais a inserção de um conjunto de novos saberes profissionais.

Esse processo de mudanças desafia os trabalhadores em saúde ao exercício de novas práticas de intervenção, superando àquelas historicamente centradas no modelo hegemônico com foco no indivíduo, doença e poder médico⁵⁰. Os impactos dessas

⁵⁰De acordo com Nogueira (1997) o processo de trabalho coletivo em saúde é controlado pelo médico a partir da sua autoridade técnica e social. Mesmo quando não são proprietários dos meios de produção (como donos de clínica ou de hospitais) os médicos comandam o ato técnico em saúde, no que se diferenciam dos demais profissionais. O que queremos afirmar é que com a reorientação do modelo de atenção à saúde os saberes de outras áreas de conhecimentos contribuem com o ato de produção no cuidado em saúde.

transformações ocorrem em todas as profissões que atuam na área da saúde, não se limitando a um campo específico do conhecimento. Na esfera do trabalho dos assistentes sociais, o seu processo de trabalho é determinado pelas caracterizações estruturais e conjunturais e, portanto, essas transformações impactam diretamente na profissão.

Em termos nacionais, é na década de 1930, que se registra a abertura do país ao desenvolvimento técnico-científico, por meio do desenvolvimento industrial, impulsionando a urbanização das cidades, tal como apontado nos capítulos anteriores. Dada as dimensões continentais deste país, as desigualdades sociais tornam-se alarmantes parecendo praticamente impossível a construção de um sistema que norteasse a atenção à saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. Por meio de ações de centralização e descentralização de poder, a ênfase do trabalho em saúde recai sobre ações higienistas e em campanhas específicas, sob um modelo curativista.

Foram anos de turbulência e efervescência política onde o debate sobre a questão social exigiu posicionamentos das principais instituições dominantes do país: a Igreja e o Estado⁵¹ (BATTINI, 2009) com um redimensionamento das suas ações por meio de políticas sociais, vinculadas as instituições assistenciais, de natureza tanto estatal quanto filantrópica.

Neste cenário, o Serviço Social enquanto profissão emerge como resultado da divisão social e técnica do trabalho, articulado com os processos de produção e reprodução das relações sociais, na sociedade capitalista na sua idade monopolista (PAULO NETTO, 1998), porém sob influência do pensamento conservador, com uma prática de cunho humanitária. Sendo este um período de intensas transformações políticas, econômicas e sociais, a profissão do Serviço Social expandiu-se não apenas por várias localidades do território nacional.

Tal como na realidade nacional, a origem do Serviço Social em território paranaense é relatada por Battini (2009) como vinculada a classe dominante e ao movimento leigo católico, nas décadas de 1940 e 1950. Por meio de instituições como Ação Social Católica e o Centro de Estudos Bandeirantes, influentes instrumentos político-ideológicos de

⁵¹ Para a Igreja a questão social situa-se no âmbito moral e religioso, como uma questão isolada, natural onde os problemas sociais são considerados como resultado dos comportamentos dos sujeitos que a padecem. A pobreza e a miséria são tidas como produto e responsabilidades dos limites culturais de cada indivíduo, ou seja, são atribuídas as causas individuais e psicológicas. No que se refere ao Estado, o enfrentamento à pobreza e tratamento das “questões sociais” ora é atribuído à filantropia, para correção dos males sociais nos quais são acometidos os trabalhadores pobres, ora é reprimido e castigado, sendo o pobre e sem trabalho, identificado como marginal ideologicamente ligado a criminalidade, considerado objeto de ações assistenciais e representando uma ameaça à ordem social (IAMAMOTO, 2011).

organização da cultura local, pavimentado por princípios cristãos em busca da justiça social e igualdade entre os homens.

Além de sua expansão territorial ampliou-se o leque de atuação dos assistentes sociais. Nas suas origens, a intervenção profissional fundamentava-se em uma abordagem da questão social como problema moral e religioso com priorização de ações voltadas para “a formação da família e do indivíduo” (YASBECK, 2009, p. 3) na perspectiva de integração de seus clientes nas relações sociais vigentes. É necessário assinalar que sob essa matriz, a gênese da profissão soma-se ao racionalismo higienista, caracterizado pela autora referenciada, como um ideário médico que exigia a intervenção do Estado sobre a questão social pela criação de assistência pública de prevenção sanitária, social e moral.

Com o surgimento das grandes instituições⁵² nas décadas de 1940, amplia-se o mercado de trabalho e diversifica-se a clientela atendida pelos profissionais, permitindo ao Serviço Social uma reorientação da profissão para atender as novas configurações do desenvolvimento capitalista, que passa a exigir a qualificação e sistematização de seu espaço sócio-ocupacional.

Este período, para Paulo Netto (1998), deu a base para um processo de renovação profissional, sistematizado pelo autor em três direções, sendo a primeira sinalizada como uma *perspectiva modernizadora*⁵³, com a caracterização do Serviço Social como uma profissão interventiva, dinamizadora e integradora no processo de desenvolvimento nacional.

A reestruturação da profissão não teve como causalidade apenas condições internas, mas foi propiciada pela reorganização do Estado que começa a implementar políticas no campo social, atingindo primeiramente o campo previdenciário (BRAVO, 2011). Para a autora, essas reformas estatais alteraram o “conjunto de instituições e aparatos governamentais que iriam interferir na questão social e exigiram uma diferenciação e uma especialização das atividades profissionais, com uma nova inserção nos chamados serviços públicos (...)” (idem, p. 119).

No entanto, os programas e ações de saúde desenvolveram-se com base no privilegiamento do setor privado em detrimento da saúde pública, sendo a responsabilidade do setor previdenciário o atendimento médico. Neste sentido, as profissões do campo da saúde, dentre elas o Serviço Social, ficam subordinada à ação médica (LESSA, 2011), com atuação

⁵² De acordo com Silva (2011) as instituições são a Legião Brasileira de Assistência, em 1940; o Serviço Nacional de Aprendizagem, em 1942 e o Serviço Social da Indústria, o Serviço Social do Comércio e a Fundação Leão XIII em 1946.

⁵³ As perspectivas modernizadora e de reatualização do conservadorismo estão presentes no contexto pós-1964 até o final da década de 1970 (PAULO NETTO, 1998) período este sob vigência da Ditadura Militar.

psicossocial junto a pacientes e familiares, no âmbito curativo e por meio da abordagem individual. Sob o enfoque do trabalho grupal houve a predominância de atividades de caráter educativo-preventivo, campanhas de vacinação para erradicação de doenças específicas. A atuação dos assistentes sociais estavam voltadas especialmente para a mobilização de recursos e integração dos pacientes à família e ao trabalho (BRAVO, 2011).

Isso porque, a intervenção do assistente social se utilizava da metodologia do Serviço Social de Casos e Grupos⁵⁴ (BRAVO, 2011), que devido a influência do pensamento conservador laico europeu e do estrutural-funcionalismo norte-americano, com base na psicanálise e na sociologia positivista, enfatizava a proposta de ajustamento e de ajuda psicossocial. Ainda que apresentasse contribuições na atuação interprofissional, a função do assistente social era contribuir com o aperfeiçoamento do trabalho do médico por meio do fornecimento de dados psicossociais significativos, ficando a sua atuação limitada àquilo que este profissional determinava (MATOS, 2013), realidade esta que será alterada nos anos seguintes.

Sob a vigência do regime ditatorial, o Estado favoreceu a ampliação dos lucros aos monopólios, especialmente os transnacionais. No entanto, Bravo (2009) destaca que o aumento do déficit público aliado ao acirramento das tensões sociais e da violência urbana permitiu o surgimento de movimentos operários e populares, dentre os quais se destaca o movimento sanitário, discutido em capítulos anteriores. Neste período de distensão política (BRAVO, 2009; PAULO NETTO, 1998), compreendido dos anos de 1974 a 1979, o processo de resistência democrática se ampliou e se aprofundou exigindo novos posicionamentos e concessões que ocasionaram o desgaste do sistema com uma consequente crise social e política.

O Estado burocrático-autoritário precisou se reestruturar e o enfrentamento da questão social ocorreu por meio de ações de repressão e assistência. Esta conjuntura de crise do modelo implantado no regime ditatorial redefiniu e exigiu um novo perfil dos profissionais de saúde. No caso dos assistentes sociais, a racionalidade burocrática das reformas promovidas pelo Estado, acompanhada de uma crescente tecnocratização e cientificidade das atividades institucionais, impôs aos assistentes sociais novas demandas ao

⁵⁴ Mediante a discussão exposta torna-se necessário pontuar que o *Serviço Social de caso* estruturou-se na perspectiva de estudo, diagnóstico e tratamento, dialogando fortemente com a psicologia social na perspectiva da formulação da abordagem clínica com a individualização dos casos sociais. Em outra direção, o *Serviço Social de grupos* voltava-se para uma perspectiva educacional, na qual sua dinâmica “ajudava os indivíduos a se autodesenvolverem e a se ajustarem aos valores e normas vigentes no contexto social em que estavam inseridos” (ANDRADE, 2008, p. 282).

exercício profissional, com o aperfeiçoamento dos instrumentos e técnicas para a intervenção, com metodologia de ação de análise, diagnóstico e planejamento (YASBEK, 2009).

Com isso estão dadas as bases para uma nova direção profissional, que segundo Paulo Netto (1998), se expressa na *reatualização do conservadorismo* profissional, com a recuperação da herança conservadora da profissão onde a intervenção caracteriza-se pela adoção do planejamento tecnocrático sob uma base teórico-metodológica vinculada à fenomenologia. Sob esta perspectiva enfatiza-se a intersubjetividade respaldada na ajuda psicossocial. A transformação social é compreendida como crescimento pessoal com uma intervenção caracterizada pelo traço microscópico da intervenção (Bravo, 2009).

Sendo a ação dos assistentes sociais da saúde dicotomizada entre o Ministério da Saúde e a Previdência Social, houve uma incorporação maior de profissionais ao sistema previdenciário, especialmente com a unificação dos institutos de pensão com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a ser o maior empregador na área da saúde, por dispor de uma estrutura organizacional a nível nacional (LESSA, 2011).

No Ministério da Saúde, Bravo (2009) menciona que dada à ausência de uma coordenação os assistentes sociais estavam fragmentados em diferentes espaços como hospitais psiquiátricos, pautados em uma abordagem psicologista, dado ao predomínio e prestígio à época da perspectiva curativista. As ações centralizavam-se em grupos operativos e terapia familiar em conjunto com outros membros da equipe.

Os assistentes sociais que vinculavam-se ao sistema previdenciário de assistência médica, tinham como principais espaços sócio-ocupacionais os hospitais e os ambulatórios e como ações o plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária. Eram desenvolvidas tarefas educativas, com intervenções normativas, com relação a hábitos de higiene e saúde e atuação nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde (BRAVO e MATOS, 2009, pg. 199).

Diante das considerações traçadas sobre as transformações na sociedade capitalista de época e suas conseqüentes repercussões na política de saúde, podemos afirmar que a intervenção profissional dos assistentes sociais na saúde coletiva, não foi priorizada como espaço de intervenção profissional. Este posicionamento corrobora com a afirmação de Bravo (2009) que o momento de efervescência política e social, com ascensão do movimento sanitário ficou restrita a uma parte dos assistentes sociais, dada a hegemonia da direção modernizadora e de reatualização do conservadorismo.

Sendo as características conjunturais de privilégio às ações em saúde voltadas prioritariamente medicina previdenciária, o trabalho dos profissionais de saúde, especialmente dos assistentes sociais, concentram-se em ações institucionais pelo viés tecnicista, rotineiro e burocratizado (BRAVO, 2009), pautado na ajuda psicossocial junto a pacientes e familiares, enfatizando o atendimento de casos. A abordagem grupal é ressaltada e a ação comunitária é apenas sinalizada, por meio da estratégia do Desenvolvimento de Comunidade que será abordado adiante, mas sem a valorização da participação popular, dando uma tímida abertura para aproximação territorial.

4.2. SITUANDO A SAÚDE E O NOVO PERFIL PROFISSIONAL NO PERÍODO TÉCNICO-CIENTÍFICO-INFORMACIONAL

A partir do final da década de 1970 e início da década de 1980, ganha destaque o acirramento da crise político-econômica social, o que exige uma nova postura na relação do Estado e sociedade civil. A pressão da classe operária por meio do movimento sindical, as manifestações urbanas impulsionaram um clima de ampliação das liberdades democráticas. Este movimento pela democratização repercute no âmbito da saúde por meio do movimento sanitário, que através das críticas ao modelo centrado na dimensão biológica e individual proporciona profundas modificações no cenário político-sanitário brasileiro.

Os anos seguintes caracterizam-se pelas intensas mudanças tanto no cenário político com o retorno do Estado Democrático de Direito, quanto na reorganização do sistema de proteção social brasileiro. Na política de saúde, a adoção da determinação social da doença, a regulamentação do SUS e consequente reorganização dos serviços (baseado nos princípios da descentralização, equidade e universalização) e o redesenho do processo de participação social nas decisões sobre o sistema de saúde ampliaram significativamente o mercado de trabalho para as profissões da área da saúde, mesmo nas pequenas cidades, já assinalado no segundo capítulo deste trabalho.

Neste momento de debate político das questões emergentes na sociedade brasileira, o Serviço Social também passou por um processo de debate interno inclusive coincidindo em algumas categorias de discussão dos movimentos sociais, especialmente o movimento sanitário⁵⁵, como Estado, direitos sociais, prática institucional e políticas públicas

⁵⁵ Embora a intenção de ruptura represente um marco importante ao Serviço Social, a aproximação dos assistentes sociais que atuavam na saúde ao movimento sanitário brasileiro ocorreu de maneira isolada junto à categoria profissional (KRUGER, 2010).

(KRUGER, 2010, p. 127). Neste contexto inicia-se a terceira direção de renovação proposta por Paulo Netto (1998) denominada como a *intenção de ruptura* como aproximação do Serviço Social à tradição marxista⁵⁶, oferecendo um novo marco de referência para análise da conjuntura nacional. Esta aproximação não aconteceu por acaso, mas foi resultado da aproximação dos movimentos sociais e universidades à teoria crítica e, no Serviço Social, devido à crise da profissão com as fundamentações tradicionais.

Na década de 1990, com o aprofundamento teórico e político, a vertente de intenção de ruptura alcançou a hegemonia no Serviço Social. Este momento mudanças de paradigmas possibilitou a construção de nova cultura profissional, a reformulação técnico-operativa e a construção de um novo projeto ético-político⁵⁷ articulado com a classe trabalhadora. Este projeto baseia-se em princípios como a liberdade e democracia como valores éticos políticos centrais, tendo como pressupostos a equidade, a justiça social, a democracia, a defesa dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania (CFESS, 1993).

Ora, a concretização e defesa de ações em saúde pautadas nos princípios da Reforma Sanitária necessitam de profissionais e usuários que conheçam e reivindiquem esses princípios. No entanto, na pesquisa realizada quando questionamos sobre o que é essencial para a realização do trabalho em saúde percebeu-se no relato dos assistentes sociais que os valores e princípios mencionados expressam uma visão moral a partir de valores pessoais. Foram citadas como valores a “empatia” (AS1), ou seja, o sentimento de se colocar no lugar ou na mesma circunstância da outra pessoa; a “humildade” (AS2), enquanto característica de pessoa que reconhece erros e acertos com a mesma naturalidade; o “sentimento de humanidade e respeito” (AS2), como qualidade de ser sensível e benévolo incidindo em “chamar o usuário pelo nome, sem rótulos e apelidos”.

Mesmo que expressem a preocupação com o “mau atendimento” (AS2, AS3), ou seja, espera por atendimento por um período prolongado, percebeu-se a contemplação de aspectos subjetivos da humanização, reduzindo à boa vontade do profissional de saúde. Essa preocupação com a boa vontade também é expressa na fala da AS3 ao mencionar que o gestor municipal prioriza a concessão de benefícios apenas as populações em maior situação de vulnerabilidade social tornando-se essencial ao assistente

⁵⁶ A primeira produção sob a tradição marxiana é o livro *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil*, de Raul de Carvalho e Marilda Yamamoto, publicado em 1982.

⁵⁷ Este projeto é expresso por meio das normatizações da Lei de Regulamentação da Profissão, pelo Código de Ética Profissional, ambos de 1993 e pelas Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social (ABEPSS), de 1996.

social no trabalho em saúde a “sensibilização do gestor com um olhar voltado ao Serviço Social” e a “busca pelo conhecimento” como uma forma de garantia do acesso aos direitos sociais pela população.

Ainda que esta última característica do trabalho em saúde aproxima-se da perspectiva da universalidade enquanto diretriz norteadora do SUS, percebemos uma ausência de referência pelas assistentes sociais dos princípios da política de saúde que regem a organização do SUS e da própria Política Nacional de Humanização (PNH), ainda que mencionem que “os profissionais da área da saúde, eles deveriam passar por uma capacitação de humanização” (AS2), ou seja, está implícita a necessidade de implantação desta última política, nos serviços e estabelecimentos de saúde das pequenas cidades.

Por meio dos relatos, identificamos ainda que as assistentes sociais não fizeram referências aos princípios constantes no Código de Ética Profissional do Assistente Social, principal instrumento que norteia o agir profissional e, aos Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde, documento elaborado pelo CFESS para referenciar o agir profissional e importante fonte de apropriação de conhecimento sobre a política de saúde.

A importância da ampliação das referências teórico-metodológicas e o aumento da produção de conhecimento permitem aos profissionais repensar a profissão e buscar a legitimidade e o reconhecimento social da profissão. Nesse sentido, a intenção de ruptura, anteriormente discutida, reposiciona o objeto de intervenção do Serviço Social, ou seja, a questão social que, no contexto da sociedade capitalista, requisita um profissional para a formulação e implementação de políticas sociais. As redefinições das competências profissionais são direcionadas a

I - *elaborar*, implementar, executar e *avaliar* políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - elaborar, *coordenar*, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; (...) V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de *identificar* recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; (...) VII - planejar, executar e *avaliar* pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII - *prestar assessoria* e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (...) IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade (...) (BRASIL, 1993, at. 4 – *grifo nosso*)

Como se observa, as novas diretrizes profissionais ampliam os procedimentos técnico-operacionais, por meio da elaboração, avaliação, coordenação, assessoria aos usuários, movimentos sociais e administração pública e privada. Estas condutas supõem o rompimento com as fundamentações tradicionais e conservadoras e a exigência de competência política, ética, técnica e teórica dos profissionais. Tal situação nos leva a concordar com Paulo Netto (1996) que o profissional não deve restringir-se a execução terminal das políticas sociais, mas deve ocupar-se na elaboração, planejamento e implementação das políticas sociais.

No entanto também compartilhamos da opinião do autor que a perspectiva de intenção de ruptura esteve mais próxima dos assistentes sociais que atuavam na academia distanciando-se dos profissionais da prática. Como consequência, embora os assistentes sociais tenham uma formação crítica da realidade social, o agir profissional é tensionado pela superação das práticas conservadoras, sob o risco de não incorrer na dicotomia entre a teoria e a prática⁵⁸ no agir profissional.

Não podemos deixar de mencionar que o desenvolvimento de novas competências sociopolíticas, com um alargamento dos espaços sócio-ocupacionais ocorre em um momento marcado pela regulamentação de diferentes legislações sociais, onde intervenção profissional volta-se para a implementação de políticas sociais nacionais (MIOTO; NOGUEIRA, 2013, p. 64), mesmos em face aos desafios de um Estado mínimo postos nesse momento histórico. Tal como destacado no segundo capítulo desta pesquisa, evidencia-se o neoliberalismo com a redução do investimento do Estado na área social e, na saúde a ameaça às conquistas da Reforma Sanitária.

Soma-se a esse processo o desenvolvimento tecnológico e as mudanças operacionais do período técnico-científico-informacional, que incide no âmbito dos processos e relações de trabalho. Com o desenvolvimento tecnológico, o trabalho vivo torna-se cada vez mais descartável ao capital (MERHY, 2005), com a redução dos postos de trabalho para qualquer categoria profissional. No entanto, o autor destaca que devido à característica do trabalho em saúde operar no território das ações cuidadoras, para produzir cuidado por meio do trabalho em saúde é necessário os processos relacionais entre gestores, trabalhadores, usuários e famílias e ações intersetoriais, anteriormente mencionados.

Nesse sentido, tais reflexões corroboram com os estudos de Milton Santos, pois o território-usado, além de ser o lugar das técnicas e dos objetos, também se refere às

⁵⁸ Os estudos de Guerra e Forti (2013) são importantes contribuições sobre a dicotomia entre a teoria e prática do Serviço Social.

relações de proximidade ou vizinha, incluindo as semelhanças e diferenças de situações vividas entre os sujeitos que habitam um espaço, sendo portanto, importante para as relações de cuidado. Isso significa não desconsiderar o saber técnico e racional sobre o território, mas “incluir outras formas de conhecimento sobre a realidade, agregando diversidades de olhares sobre a mesma realidade, sobre os territórios” (KOGA, NAKANO, 2006, p. 107).

Tal situação pode ser constatada na pesquisa de campo, pois por meio das observações *in loco*, as assistentes sociais que fixaram residência na pequena cidade em que trabalham possuem vínculos de maneira mais profunda, tanto com a população como com a cidade, enquanto que a outra profissional, embora apresente um bom relacionamento interpessoal, com a equipe de trabalho e com os usuários, difere das anteriores. Desta forma, podemos afirmar, tal como Silva (2000), que a territorialidade é a expressão de comportamentos vividos que engloba aspectos pessoais e subjetivos dos sujeitos que habitam no espaço.

Ora, se por um lado o estabelecimento de vínculos permite o desenvolvimento de laços de identidade e pertencimento, com a participação cotidiana na vida da cidade, por meio da frequência nos diversos espaços da cidade, por outro modo existe o risco de cair em um personalismo no cotidiano da prática profissional, sendo as decisões influenciadas por emoções, ainda que inconscientemente, afastando-se do âmbito do princípio universalidade na garantia de direitos.

Da mesma forma a resistência no estabelecimento de vínculos pode ser paradoxal, pois ao mesmo tempo em que limita a aproximação pessoal ela pode permitir que a ação profissional seja desenvolvida de maneira impessoal com maior abertura para a utilização exclusiva de técnicas e métodos racionais, preservando e garantindo a autonomia profissional. Assim, ainda que de maneira diferenciada, é perceptível as marcas do envolvimento das assistentes sociais com a cidade e os seus moradores embora isso exija dos profissionais um grande esforço na diferenciação da sua atuação técnica com seus desejos pessoais, sentimentos e relações interpessoais, ou seja, a dimensão da subjetividade do profissional.

No que se refere às ações intersetoriais mencionadas por Merhy (2005), por meio das entrevistas verificamos que embora exista o reconhecimento da necessidade articulação entre as diferentes políticas sociais, profissionais de outras áreas de conhecimento e demais esferas de governo (legislativo e judiciário) as assistentes sociais relatam fazer intervenções esporádicas e pontuais em conjunto com órgãos como o Ministério Público, pelas AS2 e AS3e, empresas privadas e entidades não governamentais, pela AS1. Tal situação

pode ser exemplificada por meio dos seguintes relatos onde ao mencionar sobre a atuação interdisciplinar e intersetorial as assistentes sociais referem que

(...) nós fizemos o projeto apresentamos na Unidade, para as enfermeiras e pra coordenadora. (...) A gente tinha bastante projeto, mas aí parou. Tinha projeto da dor, que era pra pessoas que tinha dores crônicas, aí funcionou umas, nós tivemos umas cinco reunião e as pessoas ‘parou’ de ir e era em todas as Unidades. Nós tivemos o projeto de obesidade, que tinha a nutricionista, então daí teve pouca, eles querem mais atendimento individual. Nós fizemos um projeto, eu e o psicólogo, só, apoio a família que tem paciente usuário de álcool e drogas. Teve uma pessoa na reunião. Aí falaram que era porque era durante o dia, aí marcamos um dia a noite, e no dia a noite não foi ninguém. Aí mesmo falando que ia o promotor fazer uma palestra e tudo...aí nós paramos. (AS 2)

(...) há poucos dias a gente fez uma palestra na (*empresa*) YYYYY (...). E dentro do nosso cronograma a gente tem que ter esse trabalho junto com a comunidade em outros espaços que não só o de saúde. (...) A saúde tenta, se faz presente também nos eventos, da cidade num todo, tem uma interação com as ONGs, (...) tem uma parceria com os (clube de serviços) WWW, quando é necessário usar os espaços deles sempre é cedido, no desfile de 7 de setembro tem alguma coisa (...) (AS1)

Com a implantação do SUS e o reordenamento do modelo de atenção, com enfoque na atenção primária como organizadora do sistema, exigem o compartilhamento de conhecimento em diferentes áreas profissionais. Com a descentralização político administrativa e a necessidade de recursos humanos em saúde para a formulação, gestão e execução da política inserem o Serviço Social no processo de trabalho em saúde como uma das áreas que amplia as suas possibilidades de atuação, fortalecendo a sua prática profissional na busca da promoção de direitos sociais, na perspectiva da universalização.

No entanto, a maioria dos profissionais de saúde desconhece as atribuições e competência que não sejam àquelas referentes à sua profissão, repercutindo como uma perda para a qualidade das ações intersetoriais. De acordo com Costa (2009) a hegemonia do modelo médico e da clínica curativa individual secundariza e desqualifica as ações e atividades profissionais que não se constituem em objetos das práticas privilegiadas por esse modelo assistencial. Com isso a atuação de outras áreas de conhecimento nas equipes de saúde, como dos assistentes sociais e ações que não sejam as curativas, como a educação em saúde acabam sendo subalternizadas em relação as demais práticas.

Tal situação é expresso na fala de um dos sujeitos entrevistados ao mencionar que são solicitados pela equipe de saúde atendimentos que não se enquadram nas competências e atribuições do Serviço Social, tais como “visitas para averiguação das condições de higiene dos usuários, interferências em brigas de família” (AS2).

De acordo com CFESS(2010) e importantes pesquisas sobre o trabalho do assistente social nessa área, tal como Mioto e Nogueira (2009) e Costa (2009), observa-se que a sistematização das ações profissionais são direcionadas tanto para o atendimento direto aos usuários e em ações de mobilização, participação social e controle social, assessoria a órgãos públicos, movimentos sociais e empresas privadas visando a ampliação e efetivação dos direitos sociais sobre os princípios da integralidade e intersetorialidade.

As pesquisas realizadas por Mioto e Nogueira (2009) apontam que a inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde ocorreu em processos socioassistenciais envolvendo as ações diretas com os usuários nos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde a partir de demandas singulares. Sua lógica reside em atender o usuário como sujeito, visando responder demandas/necessidades particulares. Os processos político-organizativo envolvem ações de mobilização e assessoria, incrementando discussões em seu espaço sócio-ocupacional, com a comunidade e instituições, visando a universalização, ampliação e efetivação dos direitos. Nos processos de planejamento e gestão as ações profissionais são desenvolvidas em nível de gestão do SUS no âmbito das instituições, programas e empresas.

Para Costa (2009), o trabalho do assistente sociais na saúde destina-se a produção de serviços para a população desempenhando atividades que abrangem ações de caráter emergencial assistencial; educação, informação e comunicação em saúde; no planejamento e assessoria e, por fim, na mobilização e participação social. Estas atividades são operacionalizadas em núcleos de objetivação, por meio de levantamento de dados, interpretação de normas rotinas, agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial, procedimentos de natureza socioeducativa e desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político.

Portanto, cabe ressaltar que as novas incumbências para a atuação do assistente social envolvem “um campo de conhecimentos e práticas transversais a todas as ações e níveis de saúde, especialmente vinculado ao conjunto das políticas sociais” (MIOTO e NOGUEIRA, 2009, p. 278), inclusive requalificando as ações a partir das demandas tradicionais da saúde e requisitando novas competências profissionais, superando o estatuto de profissão paramédica, anteriormente mencionado.

Mesmo que os estudos acima mencionados tenham sido realizados em grandes centros urbanos, tal como o de Costa (2009) na cidade de Natal, verifica-se algumas similaridades entre a ação profissional nas pequenas cidades pesquisadas. Dentre elas podemos citar a requisições diretas às demandas dos usuários sendo expressos por meio de

solicitações como “orientação sobre o uso de medicação e exames” (AS2, AS3). Embora em uma menor frequência nos serviços estudados, todas as assistentes sociais são requisitadas para ações de educação e informação em saúde para a orientação de populações específicas, como “grupo de idosos e grupo de gestantes e palestras sobre saúde mental”, tanto em serviços de saúde e na própria comunidade sendo portanto, realizadas intervenções coletivas de promoção, prevenção e acompanhamento de grupos sociais.

No entanto, as ações de assessoria, mobilização e participação social, organização política junto aos Conselhos Locais de Saúde não são mencionadas como demandas às profissionais entrevistadas, em contraposição aos estudos mencionados. A ausência de requisições dessa natureza indicam a necessidade da abertura dos espaços de debate político, que dão concretude a diretriz constitucional de participação da comunidade ao Serviço Social e demais trabalhadores em saúde, nas pequenas cidades.

Ainda assim podemos considerar que as demandas dirigidas ao Serviço Social exigem cada vez mais um profissional qualificado com a necessidade de um aprimoramento contínuo com vistas à garantia da qualidade da prática profissional. A partir dos depoimentos das assistentes sociais que atuam em serviços de saúde em pequenas cidades, constatamos a preocupação dos profissionais com a qualificação profissional para orientar a atuação na área de saúde, sendo as principais fontes de referências para a obtenção de conhecimento por meio da “internet, livros, revistas, jornais, televisão, pós-graduação” por considerarem que as informações levantadas nessas fontes auxiliam no trabalho em saúde e permitem o embasamento teórico no cotidiano profissional.

Ainda que os relatos não façam referência à Educação Permanente em Saúde⁵⁹ consideramos importante destacar que esta é uma estratégia de qualificação para todos os profissionais que atuam na política de saúde e portanto, caracteriza-se pela sua interdisciplinaridade. A sua importância está em possibilitar a construção de processos eficazes a partir do cotidiano de trabalho nos estabelecimentos de saúde. O processo de educação permanente pode facilitar a valorização e reflexão da realidade vivida pelos sujeitos sociais envolvidos no trabalho em saúde (trabalhadores, gestores, usuários e famílias) permitindo o diálogo, a troca de saberes e conseqüentemente, tendo como resultado o comprometimento com a produção do cuidado em saúde levando em consideração a singularidade dos lugares e pessoas pertencente ao território assistida pela equipe.

⁵⁹ A Educação Permanente em Saúde foi instituída como política pública para a formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde por meio da Portaria GM/MS nº 198 de 13/02/2004 e reafirmada pela Portaria nº1996 de 20/08/2007.

Vale destacar que de acordo com Yamamoto (2009), a constante qualificação subsidia o conhecimento da realidade e a prática cotidiana. Esse novo perfil profissional, construído a partir da perspectiva de intenção de ruptura exige dos profissionais uma nova postura implicando na leitura e construção crítica de interpretação da realidade para além do que está posto⁶⁰, além das demandas individuais trazidas pelos usuários. Como consequência, a direção ético-política dada pelo profissional acarretará no enfrentamento ou legitimação das contradições postas pela sociedade capitalista, limitando ou potencializando a ação profissional no sentido de refletir com qual projeto societário⁶¹ a ação profissional está se comprometendo

Neste sentido é única e exclusivamente ter o conhecimento do funcionamento da instituição e/ou unidade em que trabalha, mas a lógica do funcionamento do sistema de saúde; o cotidiano, o momento histórico e a cultura vivenciada pelos sujeitos, os quais são materializados através da realidade social em territórios vividos, identificando aquilo que requer a ação a profissional, reconhecendo de que forma essa intervenção irá responder às necessidades sociais e locais. Negar a leitura da realidade a partir das contradições impostas pela sociedade capitalista e atuar apenas nas demandas imediatas que aparecem aos profissionais nos espaços institucionais é um risco permanente de voltar aos valores de culpabilização indivíduos pelos problemas sociais.

Diante disto, o trabalho do assistente social e o território tem a sua importância para o agir em saúde pois de acordo com Sposati (2013), a expressão das políticas sociais nos territórios se dá pela presença dos serviços sociais, operados por agentes institucionais, dentre os quais estão os assistentes sociais. Por isso, nos termos referidos, busca-se no próximo tópico estabelecer um diálogo com os profissionais inseridos na política de saúde no sentido de identificar a o uso de território pela política de saúde de pequenas cidades tendo como suporte teórico os referenciais desenvolvidos nesta pesquisa.

4.3. A PERSPECTIVA TERRITORIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE EM PEQUENAS CIDADES

⁶⁰“O conhecimento da realidade implica em desvelamento da aparência” (COELHO, 2013, p. 23). E “ainda que seja legítima a utilização de vários tipos de conhecimento, o homem só desvela a realidade, somente alcança a essência, pela via do conhecimento teórico” (GUERRA, 2013, p. 17).

⁶¹ Por projeto societário pode ser compreendido como “projetos que apresentam uma imagem de sociedade a ser construída” (PAULO NETTO, 2009, p. 142). Os projetos societários são coletivos, são projetos de classe contendo portanto necessariamente uma dimensão política. Sobre esse assunto, consultar PAULO NETTO (2009).

O território é o lugar de vivência e interação das relações humanas e para compreender o uso do território pela política de saúde em pequenas cidades é necessário o conhecimento da vida cotidiana e da realidade de como vivem e trabalham os profissionais de saúde nesses locais. Isso porque, todos os fenômenos, mesmo os de âmbito mundial, materializam-se e tem reflexos em nível local (BARCELLOS, 2008), pois as relações entre os indivíduos, bem como as suas relações com o território influenciam nas suas condições de saúde.

Podemos considerar que as primeiras aproximações do trabalho em saúde ao território ocorrem em um contexto de necessidades políticas de dominação e controle da população, sob vigência da Ditadura Militar. Sendo as políticas sociais deste período caracterizadas como reprodutoras da lógica burocrática e centralizadora exigidos por tal regime, os trabalhos de Desenvolvimento de Comunidade (DC) se constituíram em uma estratégia de intervenção consoante com as necessidades e características da sociedade brasileira, em que a questão social era massiva. O apoio do governo brasileiro ao DC se justificou pela existência de pontos críticos da urbanização acelerada que o país atravessava, com a formação de grandes periferias.

Importa registrar que sob o estímulo de organismos internacionais, como a ONU (Organização das Nações Unidas) e, utilizando-se do argumento que a pobreza é um entrave e uma ameaça para as populações, a estratégia do DC teve como finalidade responsabilizar e capacitar as comunidades regionais e nacionais a contribuírem com o progresso do país. Havia uma exigência de novas políticas sociais de gestão do território, tanto a nível nacional quanto regional, que articulasse um novo modelo de acumulação e de participação na economia internacional (AMMANN, 1985).

Para Smith (1971) a comunidade está debilitada quando não está organizada ou encontra-se em atraso em relação ao capital. Portanto, na estratégia do DC são as pessoas as responsáveis pelas mudanças sociais, reiterando a perspectiva tradicional de culpabilização dos indivíduos pelos problemas sociais. A comunidade deve segundo esta concepção, chegar ao convencimento de que os instrumentos para o seu desenvolvimento residem nela e, por conseguinte, que as razões para o seu atraso também se explicam a partir dela mesma.

Mesmo com a predominância destas características, a ênfase no trabalho de DC demandou um campo de atuação aos assistentes sociais e, portanto, podemos considerar que a primeira aproximação do Serviço Social ao território, ocorre por meio do DC. Ainda que neste período histórico a atuação estivesse pautada na educação de indivíduos e grupos para promover o bem estar social e uma humanização do capitalismo para Bravo (2011), a

aproximação à estratégia do DC por alguns ocorre com o intuito de forjar um novo projeto profissional que questionava a perspectiva hegemônica da profissão. Contudo, sob a inspiração da fenomenologia, os profissionais apropriam-se da visão de pessoa e comunidade numa perspectiva microscópica e realizam a intervenção na comunidade pautada na ajuda psicossocial, com destaque para a dimensão da subjetividade de maneira a alcançar a coesão social, neutralizando os questionamentos político-econômicos e sociais às causas estruturais do agravamento das desigualdades sociais.

Ora, de forma geral o termo comunidade é entendido por Smith (1971, p. 114) como um grupo territorializado através dos laços de vizinhança e de solidariedade, onde pode ser que não haja nenhuma afinidade entre as pessoas, “excetuando o fato de residirem no mesmo fragmento de território, dependerem das mesmas instituições e participarem juntas, para melhor ou pior, das vicissitudes da mesma pequena área”. Assim, não há como analisar comunidades sem inseri-los num determinado contexto geográfico, portanto territorial.

Entendemos que o DC é uma estratégia contraditória à utilizada por Milton Santos para definir o território usado, conceitualmente definido em capítulos anteriores e, portanto, não são termos equivalentes. Por certo que a estratégia do DC camuflava o conflito capital e trabalho (AMMANN, 1985), o território usado que importa às políticas sociais na contemporaneidade é o espaço cotidianamente vivido e construído por sujeitos sociais por meio de relações sociais estabelecidas (ANDRADE, 2012; SPOSATI, 2013) que expressam “na concretude do território, as particularidades do conteúdo da sociedade inteira, com suas múltiplas contradições (ANDRADE, 2012, p. 153).

O território usado revela por meio do seu uso as desigualdades socioeconômicas, resultantes da seleção e priorização de espaços conforme os interesses dos agentes econômicos e políticos (SANTOS, 2012a), discutidos no capítulo inicial deste trabalho. Assim, as cidades podem adequar-se ou não, às exigências das empresas nacionais e globais, sendo incorporadas ou excluídas da dinâmica produtiva do capital. Desta forma, “as pequenas cidades [...], somente serão absorvidas quando de alguma forma contribuírem para a ampliação do lucro das empresas capitalistas” (SANTANA, 2012, p.86).

A mercantilização das políticas sociais orientada pelo neoliberalismo vem transferindo a responsabilidade estatal para setores da economia, restringindo ao acesso da população aos direitos sociais conquistados e legitimados historicamente. A crescente mercantilização da saúde tem sido apropriada pelo capital em contraposição aos princípios da Reforma Sanitária e o avanço tecnológico, no atual período técnico-científico-informacional,

ainda que propicie o diagnóstico precoce de doenças não estão acessíveis a todas as pessoas e lugares.

A crescente responsabilização dos municípios na organização das políticas sociais e, especialmente na política de saúde, vem indicando a necessidade de compreensão e planejamento de ações de base territorial, tanto pelos trabalhadores em saúde quanto pelos agentes políticos e econômicos, para o enfrentamento dos agravos à saúde da população.

Ainda que o território usado tenha a sua importância em saúde, não apenas por ser a diretriz organizacional do sistema de saúde brasileiro, mas proporcionar a produção de diagnósticos e territorialização em saúde (MONKEN, 2008) percebemos que a compreensão de território tem sido aplicada de forma restrita, como mera localização da população e distribuição dos serviços. Na análise documental dos Planos Municipais de Saúde e Relatório de Gestão dos anos de 2013, a dimensão territorial é considerada apenas pelas características geográficas e populacionais. Mesmo com a referência à existência das equipes da ESF e NASF, não são mencionadas as relações de interação entre gestores, trabalhadores e usuários, dimensões importantes para o processo de trabalho em saúde (MERHY, 200) e conceito de território-usado (SANTOS, 2012a).

Inclusive, por meio dos relatos das entrevistas, constatou-se que o termo território, é definido como sinônimo de “espaço geográfico com delimitação física de setores, tendo como referência o contingente populacional, delimitação de ruas e uso de mapas” (AS2, AS3), ou seja, como mera localização da população. Em um dos depoimentos observamos uma aproximação ao conceito de território usado ao ser referenciado como o “espaço onde as pessoas vivem, espaço de convivência e onde estão alocados os serviços” (AS1). No entanto, os relatos sobre a implantação de novos serviços de saúde este processo é visto como responsabilidade apenas da equipe de saúde, especialmente da ESF “que compartilha com a gente dessas demandas e aí a gente vai criando, vai distribuindo o serviço” (AS3) embora uma das entrevistadas reconheça a necessidade do envolvimento “da comunidade, de uma assembleia, onde eles também tivessem condição de propor o que querem” (AS1).

Sob essa concepção o território constitui-se como o alvo de políticas públicas pré-definidas. Diante dessa constatação, urge a necessidade de capacitação dos recursos humanos em saúde, para a elaboração de diagnósticos territoriais, pautada no conceito de território-usado conceituado por Milton Santos, com o reconhecimento dos compromissos com o trabalho coletivo e atendimento às necessidades sociais de forma a superar as desigualdades e iniquidades em saúde que prejudicam o avanço do SUS e a garantia de políticas sociais universalizadas.

É necessário construir uma proposta mais ampla estendendo os contextos de uso do território nas diferentes dimensões das atividades humanas (econômica, social, cultural e política) para a obtenção de dados e com conseqüente produção de cuidados em saúde (MONKEN, 2008). Para o autor referenciado, a obtenção sistemática de dados e interpretação conforme uma direção teórico-metodológica permite a identificação das vulnerabilidades e potencialidade de uma área delimitada, subsidiando planejamentos de ações denominadas como a territorialização em saúde.

Neste trabalho concordamos com este posicionamento por compreendermos que a territorialização em saúde permite o processo de produção e informação sobre as condições de saúde e adoecimento de um local delimitado, realizado a partir da integração entre a equipe de saúde e agentes econômicos que subsidia o planejamento e as ações em saúde. Nas pequenas cidades estudadas, observou-se semelhanças no processo de territorialização em saúde sendo a responsabilidade atribuída às ESF e realizado “por meio divisão do município em áreas rurais e urbanas e neste último em setores, sendo o critério de delimitação o número de famílias” (AS3). Por meio dos relatos constatou-se que a territorialização em saúde é compreendida apenas como a divisão de área e população entre as equipes de saúde, especialmente pelo “Saúde da Família” (AS2, AS3).

Ainda que os depoimentos expressem a necessidade de serviços a partir do levantamento das condições de vida e adoecimento da população percebe-se os programas e projetos desenvolvidos são planejados pela equipe técnica dos estabelecimentos de saúde, com pouca ou nenhuma participação dos sujeitos que habitam e vivem no território, ou seja, a população é posicionada como apenas receptora das informações e serviços. Em uma das pequenas cidades o matriciamento⁶² entre a equipe do NASF e a equipe de saúde mental tem sido utilizada para a obtenção de dados e troca de informações. No entanto, os demais aspectos de saúde da população como as doenças crônicas e as deficiências físicas acabam não conseguem ser obtidas na integralidade.

Como nem todas as pequenas cidades conseguem realizar a cobertura integral do município pelas equipes de saúde, essa obtenção de demandas e dados das condições de vida da população acaba não sendo realizado em sua totalidade. Diante desta situação, observamos necessidade de ampliação da equipe técnica com um dos principais

⁶² Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (CHIAVERINI et al, 2011).

fatores para a potencialização da territorialização em saúde. Nos termos referidos na entrevista,

É muito território para uma única pessoa. Eu atendo quatro unidades sozinha. Tem território que eu nunca fui, tem lugar que tem muita demanda. Acho que deveria ter mais um profissional para ter um melhora atendimento, eu vou lá apago fogo e não consigo voltar. Muitas vezes eu vou em apenas um paciente e não consigo dar tanto atenção” (AS2).

Aliado a isso, a qualificação dos trabalhadores em saúde também foi mencionada como uma potencialidade em saúde, a ser realizada por meio de cursos e “troca de experiências entre equipes de diferentes cidades” pois “acredito que o conhecimento é de suma importância” (AS3). A autonomia profissional (IAMAMOTO, 2011) também é citada pela AS3, já que a liberdade para a tomada de decisões muitas vezes depende do consentimento do gestor da política, dadas as relações de convivência e personalismo.

Por meio da observação *in loco* nas pequenas cidades verificou-se que na realização de procedimentos como as visitas domiciliares, nem sempre é respeitada a privacidade e sigilo das informações compartilhadas entre o profissional e a população. Nos dias de observação, em duas pequenas cidades as assistentes sociais realizaram visitas acompanhadas de outros profissionais de saúde, por desenvolverem atividades em equipe multidisciplinar. Ainda que os profissionais de saúde devam guardar o sigilo em fatos ocorridos durante os atendimentos, o que se observou é que, devido as relações de convivência nas pequenas cidades serem bastante próximas, ao ser solicitado um atendimento, sempre alguém da equipe tem uma informação a mais (vinda de uma relação pessoal com o usuário do serviço), muitas vezes com o compartilhamento de situações íntimas ou pré-julgamentos particulares dificultando o sigilo profissional.

No tocante ao sigilo, o que chamou a atenção, na observação em uma das pequenas cidades, foi a presença de um funcionário, não integrante da equipe multidisciplinar do serviço de saúde, mas que ocupa cargo comissionado, ou seja, na sua função representa os interesses do gestor municipal. Por meio desta situação, além da quebra do sigilo profissional, constou-se uma fragilidade na autonomia profissional já que ao acompanhar as visitas domiciliares o representante do gestor municipal tomou as decisões relativas aos fatos que iam sendo narrados pelos usuários em detrimento da assistente social.

As especificidades da vida política nas pequenas cidades, tal como a proximidade com aqueles que exercem cargos políticos, pode ser um entrave não apenas à autonomia profissional como também à mobilização social. Consideramos importante

destacar que, a maioria das pequenas cidades, ao apresentarem estruturas frágeis e limitadas do ponto de vista técnico, financeiro e político para o cumprimento de suas responsabilidades frente à descentralização político-administrativa, pode propiciar a existência de relações profissionais pautadas na verticalidade, revelando a herança de um passado marcado por relações sociais permeadas pelo clientelismo e patrimonialismo contraditoriamente as relações pessoais marcadas pelas horizontalidades, com relações de convivência e familiaridade.

No que se refere às pequenas cidades, a proximidade dos cidadãos àqueles que tomam as decisões é uma questão crucial. Se por um lado a sociedade se encontra mais perto da gestão municipal, face à descentralização e formato democratizador da gestão pública após CF/1988, a participação na definição das ações e o acompanhamento e controle das ações da administração municipal deveria ser facilitada e potencializada, efetivando a territorialização em saúde, na busca da ampliação de direitos e acesso igualitário aos serviços.

É oportuno reiterar que a territorialização é não apenas “parte de um conceito teórico sobre a realidade, mas exige que a análise de demandas sejam construídas ali, no real” (SPOSATI, 2006, p. 138) pois as características e demandas de um território (dinâmica, cidadãos, natureza) é que fornecem os subsídios para a elaboração de políticas sociais na perspectiva territorial. Entretanto, o que se percebe no rol de atividades realizadas pelas assistentes sociais é a ausência dessa cultura política na medida em que as ações relativas ao controle social (participação nos conselhos municipais) não está presente na fala das profissionais entrevistadas. Assim, o pensamento de que a proximidade do cidadão à gestão local é facilitada nas pequenas cidades pode ser falacioso necessitando de aprofundamento de estudos em torno do tema.

Conforme apresentado anteriormente, o conceito de território-usado envolve a valorização da ação política por meio da participação dos sujeitos que vivem e se relacionam no território. Por outro lado essa mesma proximidade também permite a abertura para interferências personalistas da gestão, no atendimento de requisições de grupos específicos ou segundo as prioridades elencadas apenas pela equipe da administração local, não garantido um espaço plural de debate.

Assim constata-se que a categoria do poder, quer seja do poder político, quer seja do poder profissional, diversifica os atores e disputas em torno dos territórios e está muito presente na política de saúde das pequenas cidades. Diante desse fato afirma-se que as relações de poder que se estabelecem, quer seja por um indivíduo ou grupo, podem ser fortalecidas ou enfraquecidas dependendo da relação social e pelo posicionamento dos atores sociais na resolução de seus objetivos no território. Daí a importância da delimitação e

fortalecimento das instâncias democráticas e, no caso específico da saúde por meio das áreas decisórias do controle social, não apenas aquele instituído legalmente na administração municipal, mas também aquelas oriundas da sociedade civil organizadas. É deste modo que a participação social, entendida como controle social (WANDERLEY, 2012) deve ser enfatizada e valorizada para a construção democrática das ações com vistas a garantia de acesso universal às políticas sociais, tal como referenciado nos estudos gramscianos.

Enfim, diante das considerações traçadas nesta pesquisa é necessário o desenvolvimento de alianças e práticas diferenciadas entre os atores sociais para que as ações de saúde, sob o conceito de território usado de Milton Santos, possam ser fortalecidas nos espaços sociais, comunitários e locais e que contribuam na elaboração de diagnósticos, planos de ação e intervenção, com a elaboração de respostas mais qualificadas (do ponto de vista operativo) e mais legitimadas (do ponto de vista sociopolítico) efetivando das propostas do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta pesquisa afirmamos que o território-usado ultrapassa o conceito de superfície ou espaço geográfico, ou ainda, a divisão político administrativa de um país ou estado. A sua complexidade reside por agregar o valor de uso de um lugar por algo fazendo acontecer relações de solidariedade e segregação por serem mediadas por relações de sociais e justamente por isso, permeadas pelo poder. Frente as questões expostas nesta dissertação, ratificamos que as relações de poder emergem do meio social para a conformação de um dado território, a partir dos interesses dos distintos agentes por algum objeto em uma determinada localização.

Isso não é algo novo na sociedade humana ou limitada ao mundo contemporâneo já que desde a divisão social do trabalho conforma-se a concretização dos modos de produção em uma base territorial historicamente determinada e espacialmente localizada. Devido a desigualdade de forças dos atores sociais e da valorização diferencial dos lugares, o conhecimento das disputas e interesses é fundamental para aqueles que formulam ou executam as políticas sociais.

No entanto, é necessário um certo cuidado pois o estudo do território usado e de qualquer política social, incluindo a saúde, não pode ser realizado a partir de uma análise intrínseca a eles mesmos e nem como um ideal da ser alcançado naturalmente pelo desenvolvimento da sociedade. Ainda que o território seja um conceito central nas legislações das políticas sociais, é preciso estar atento para a compreensão das bases materiais e das relações sociais objetivas e subjetivas que os circunscrevem, sem esquecer que se efetivam em períodos determinados.

Diante disso e das inquietações sobre como o território tem sido utilizado pela política de saúde é que realizamos uma viagem no tempo desta política, onde identificamos a sua dependência de objetos técnicos cada vez mais modernos e precisos para o diagnóstico, tratamento para doenças com o objetivo de alcançar a cura. No entanto, sendo alvo de interesses por grupos economicamente dominantes observamos que a sua modernização é seletiva, quer seja em relação aos lugares em que são ofertados os serviços de saúde, quer seja em relação as pessoas que precisam usufruir dos seus cuidados, tornando ainda maiores as desigualdades entre os lugares e as pessoas.

Isso se confronta diretamente aos princípios que regem o SUS, uma importante conquista da sociedade brasileira. Se por um lado é garantido o direito à universalidade de acesso em todos os níveis de assistência, o que é um avanço, pois por

muitas décadas tal assistência esteve apenas restrita apenas àqueles que possuíam inserção formal no mercado de trabalho, por outro lado nem todos os serviços podem ser ofertados nas cidades brasileiras. No atual período técnico-científico-informacional, a política de saúde brasileira tem se caracterizado pela oferta de serviços mais avançados cientificamente nos grandes centros e com pouca perspectiva territorial, especialmente no interior do país.

O processo de descentralização instituído pós CF de 1988, com delegação de responsabilidades compartilhadas entre os entes federados, especialmente aos municípios, pode ser considerado como um avanço da administração pública quando comparado ao modelo centralizador que permeou a história do país, por apresentar uma autonomia política e de gestão das políticas sociais. Todavia, nem todas as administrações locais possuem a capacidade de enfrentamento dos problemas que apresentam em seu território, particularmente na distribuição de recursos e acesso aos serviços sociais.

Ainda que as Lei 11.107/2011 e, no caso da saúde por meio do Decreto nº 7.508/2011, incentivem as cooperações intermunicipais, as pequenas cidades se deparam cotidianamente com o enfrentamento à precariedade de acesso à população aos serviços especializados de média e alta complexidade. Particularmente no caso do Paraná, o que observamos é a concentração de serviços em duas regiões do estado, coincidentemente (ou não) nos centros mais dinâmicos e de maior circulação de capital. A consequência dessa distribuição seletiva e desigual é a existência de um vazio assistencial em saúde no interior do estado o que obriga a população a buscar os cuidados em saúde em outras regiões, percorrendo um longo caminho, não apenas de espera como também de distância física para ter acesso ao tratamento adequado à saúde.

Essa realidade agrava-se em regiões com predominância de pequenas cidades, como no caso das cidades estudadas, pois nem todas as necessidades da população relativas à saúde conseguem ser solucionadas nos espaços metropolitanos ou microrregionais. Dessa forma constatamos que os aspectos políticos, econômicos, geográficos, sociais e culturais influenciam na organização dos serviços e ações de saúde, sendo a oferta de serviços de alta tecnologia e resolubilidade concentrados nos grandes centros enquanto que as pequenas cidades restringem-se à oferta de serviços da atenção primária. Isso nos leva a afirmar que a organização e o uso do território pela política de saúde tem sido subordinado aos interesses econômicos e financeiros revelando que o direito constitucional à saúde ainda constitui-se como um desafio à sociedade para que a população não esteja condenada a sofrer e, até morrer, por falta de cuidado e acesso a serviço médico adequado.

Convém esclarecer que mesmo que as pequenas cidades não consigam ofertar serviços de tecnologia de ponta é importante que os gestores municipais e estaduais, por meio das pactuações, assegurem o acesso, rápido e eficaz, da população aos serviços de saúde mais próximos às pequenas cidades. Isto porque, tal como demonstrado no decorrer desta dissertação, estas localidades reproduzem indicadores de saúde semelhantes a cidades de médio e grande porte, com prevalência de doenças cardiovasculares e neoplasias. Assim, a visão de que morar em pequenas cidades favorece um refúgio para a expectativa e qualidade de vida pode não refletir completamente a realidade na medida em que essas cidades vivenciam e reproduzem o modo de vida urbano com as suas consequências sendo necessário o planejamento de atendimento das necessidades de saúde da população.

Outro aspecto ressaltado nesta pesquisa é que não podemos deixar de mencionar é que todo esse contexto de inovações tecnológicas e científicas aliada as mudanças de paradigmas na gestão das políticas sociais implicaram em alterações no agir profissional em saúde, sendo nessa dissertação destacada a percepção dos assistentes sociais. No atual período técnico-científico-informacional, a crescente utilização de tecnologia, a globalização da economia, a reestruturação da administração pública, a ideologia neoliberal e flexibilidade no processo produtivo tem provocado novas configurações nas condições e relações de trabalho.

Além disso, a partir do SUS, o reordenamento do modelo de atenção, com enfoque na atenção primária como organizadora do sistema e a diretriz da descentralização tem requisitado recursos humanos em saúde para a formulação, gestão e execução da política. Isto insere o Serviço Social no processo de trabalho em saúde como uma das áreas que amplia as suas possibilidades de atuação, fortalecendo a sua prática profissional na busca da promoção de direitos sociais, na perspectiva da universalização.

Essas mudanças também se manifestam nas pequenas cidades, pois os fatores acima elencados tem introduzido diferentes formas de cooperação entre os trabalhadores da área além de exigir uma qualificação para o desenvolvimento de práticas interdisciplinares e ações intersetoriais, que demandam cada vez mais a inserção de um conjunto de novos saberes profissionais. Os impactos dessas transformações ocorrem em todas as profissões que atuam na área da saúde, mesmo nas pequenas cidades, não se limitando a um campo específico do conhecimento.

Mesmo para os trabalhadores inseridos nos serviços públicos, que gozam da estabilidade do serviço público, a precarização se manifesta pela sobrecarga de trabalho. Nas pequenas cidades, dada a sua limitação de arrecadação financeira e disponibilidade de

recursos humanos, observamos que as assistentes sociais precisam assumir funções em mais de uma política social ou então, em diferentes estabelecimentos de saúde, o que vai requerer do profissional a mobilização de distintos conhecimentos e responsabilidades. Neste sentido, um mesmo profissional acaba sendo referência para as equipes de saúde mas também para outros serviços e ações que são disponibilizados nas pequenas cidades.

Por meio das entrevistas e da observação *in loco* também observamos que outra implicação no agir profissional em saúde em pequenas cidades refere-se a proximidade de relações sociais e pessoais. Ora se por um lado isso permite a criação de vínculos da equipe de saúde com a população usuária dos serviços, o que é de extrema importância para o cuidado em saúde, por outro modo é necessário que os profissionais preservem a racionalidade e autonomia profissional para que os aspectos valorativos não se sobressaiam em detrimento dos saberes técnicos.

Além da proximidade com a população é necessário a atenção quanto aos vínculos criados com os gestores municipais, na medida em que esta relação pode abrir espaços para a interferência na autonomia profissional sob o risco de que a atuação profissional caia nas tramas dos favores e privilégios em detrimento do acesso aos benefícios como direito de cidadania. Por certo que as novas diretrizes legislativas e profissionais exigem uma postura crítica e não apenas executando as políticas sociais, urge a necessidade de respeito dos gestores quanto a autonomia profissional dos assistente sociais e estes últimos devem referenciar a sua intervenção profissional pautados no princípios da universalidade, equidade, justiça social em consonância com o projeto ético político da profissão e da saúde coletiva.

Não podemos deixar de mencionar que é necessário ainda aos profissionais de saúde a apropriação da territorialização em saúde como um mecanismo eficaz para a elaboração de diagnósticos territoriais. Cabe observar que por meio da pesquisa realizada, percebermos que a compreensão de território tem sido aplicada de forma restrita, como mera localização da população e distribuição dos serviços sendo necessário construir uma proposta mais ampla pautada no conceito de território usado, utilizado por Milton Santos.

Dito isto, com o término deste processo de investigação e sem pretender esgotar o assunto, acreditamos que o aprofundamento da discussão do território usado pela política de saúde é necessário como forma de esclarecimento e contribuição para a operacionalização do referido conceito frente a realidade das pequenas cidades. O território quando usado na compreensão do espaço vivido das populações permite subsídios para as

intervenções propostas pela política de saúde e que venham de encontro às necessidades e expectativas dos cidadãos, consolidando práticas democráticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Maurício A. Sobre a Memória das Cidades. **Revista da Faculdade de Letras-Geografia**. Vol. XIV, Porto, 1998. p. 77-97.

AMMANN, Safira. Ideologia do desenvolvimento de comunidade no Brasil. 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 1985.

ANDRADE, Iraci. **Território e Assistência social: uma análise do Serviço Social a partir da produção social do espaço**. 2012. 210 fs. Tese de Doutorado em Serviço Social. PUC-RS Pontífice Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2012.

ANDERSEN. Alfredo. **Sapeco da erva-mate**. Disponível em <http://www.cmc.pr.gov.br/ass_det.php?not=21009#&panel1-1>.

ANS. Agência Nacional de Saúde. Dados gerais. Disponível em <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>> . Acessado em 18/07/2015 as 11:10 hs.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.

BACELAR, Winston Kleiber de Almeida. **A pequena cidade nas teias da aldeia global: relações e especificidades sócio-políticas nos municípios de Estrela do Sul, Cascalho Rico e Grupiara – MG**. 2008. 377 fs. Tese de Doutorado em Geografia. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia – MG. 2008.

BARCELLOS, Christovam; MONKEN, Mauricio. **O território na promoção e vigilância em saúde**. In: território e o processo saúde doença. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?s_livro_id=6&area_id=4&autor_id=&capitulo_id=22&sub_capitulo_id=55&arquivo=ver_conteudo_2>. Acessado em 04/01/2014 às 22h40min

BARCELLOS, Christovan (org.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

BATTINI, Odária (org.). **As determinações sócio históricas do Serviço Social no Paraná: gênese e institucionalização 1940-1959**. Londrina: EDUEL, 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Keynesianismo-fordismo e a generalização da política social**. In: _____. Política social: fundamentos e história. 5ª Ed. São Paulo: Editora Cortez, 2008. P. 82-111.

BOSI, Alfredo. **Dialética da colonização**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
BOVO, Marcos Clair; AMORIM, Margarete Cristiane da Costa Trindade. A cidade verde, imagens e discursos: o caso de Maringá (PR) Brasil. **RAEGA**. Curitiba, p. 100-127, 2012.

BRASIL. LEI nº 9.277 de 10 de maio de 1996. Autoriza a União a delegar aos municípios, estados da Federação e ao Distrito Federal a administração e exploração de rodovias e portos

federais. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9277.htm. Acessado em 06/01/2015.

_____. HC em números. Disponível em <http://www.hc.ufpr.br/?q=node/83>. Acessado em 14/07/2015 as 16:04 hs.

_____. **Portal do Trabalho e Emprego**. Disponível em <http://portal.mte.gov.br/sal_min/>. Acessado em 01/04/2015 as 09h25min.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acessado em 06/01/2013 às 22h49min.

_____. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm> Acessado em 12/06/2014 as 09h48min.

_____. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acessado em 06/01/2013 as 22:50 hs.

_____. **NOAS – Norma Operacional da assistência a saúde**. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2001/prt0095_26_01_2001.html> Acessado em 06/01/2013 às 22h54minhs.

_____. > Lei nº 11.350 de 05 de outubro de 2006. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm> Acessado em 28/04/2015 às 14h55min.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. MATOS, Maurílio de Castro. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 167 – 217.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CAMPANUCCI, Fabrício da Silva. **O lugar oculto dos homens na atenção primária à saúde: um estudo das principais barreiras de acesso aos serviços ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde em Londrina**. 2013. 162 fls. Dissertação de Mestrado. UEL, Londrina, 2013.

CARVALHO, Antônio Ivo; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, Lígia (org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008. pg. 141 - 166

CHIAVERINI, Dulce Helena (Organizadora) ... [et al.]. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CLAVAL, Paul. Geografia e dimensão espacial: a importância dos processos na superfície da Terra. In: ALMEIDA, Maria Geralda [et al.]. **Geografia e cultura: a vida dos lugares e os lugares da vida**. Goiânia: Ed. Vieira, 2008. p. 17-46.

COAMO. Coamo em números. Disponível em <<http://www.coamo.com.br/>> Acessado em 17/08/2015 as 23:42 hs.

COELHO, Marilene A. **Imediaticidade na prática profissional do assistente social**. In: Serviço Social: temas, textos e contextos. Rio de Janeiro: Lumen Júris: 2013.

COLAVITE, Ana Paula. BARROS, Mirian Vizintim Fernandes. Geoprocessamento aplicado aos estudos do Caminho de Peabiru. In: REVISTA ANPEGE, v. 5, 2009, p. 86-105.

COHN, Amélia. A reforma da previdência social: virando a página da história? In: **São Paulo em perspectiva**, vol. 9, nº 4, 1995. p. 54-59.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional**. In: Organizado pelo Conselho Federal de Serviço Social; colaboradores Rosa Prêdes. [et al.]. -- Brasília: CFESS, 2005.

_____. **Resolução nº 383/99 de 29/3/1999**. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Disponível em <<http://www.cfess.org.br/>>. Acessado em 12/04/2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. **Resolução nº 218, de 6 de março de 1997**. Disponível em <<http://www.saudeemmovimento.com.br/>>. Acessado em 12/04/2015 as 22:17 hs.

COSTA, Fábio Rodrigues. **A noção de municípios periféricos: contradições e desigualdades no Estado do Paraná**. 2013. 215 fs. Tese de Doutorado em Geografia. Universidade Estadual de Maringá, Maringá (PR), 2013.

COSTA, Fábio Rodrigues da; ROCHA, Márcio Mendes. Desenvolvimento local em municípios periféricos. In: BOVO, Marcos Clair; TÖWS, Ricardo Luiz; COSTA, Fábio Rodrigues. **Estudos urbanos em perspectiva: reflexões, escalas e desafios**. Campo Mourão: Editora Fecilcam, 2013. p. 49-68.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. In: **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 304-351.

COSTA, Liduina Farias Almeida. O Sistema Único de Saúde na confluência do público e do privado e o Serviço Social. In: COSTA, Liduina Farias Almeida; RIBEIRO, Herta Maria Castelo Branco. Políticas de Saúde e serviço social: contradições, ambigüidades e possibilidade. Paraíba: EDUFCG/Fortaleza: EDUECE, 2011. p. 23-58.

CÔRREA. Roberto Lobato. **O espaço urbano**. São Paulo: Ed. Ática, 1999.

_____. As pequenas cidades na confluência do urbano e do rural. GEOUSP **Espaço e Tempo**. São Paulo, Nº 30, p. 05 - 12, 2011.

COUTO, Berenice Rojas. **Formulação de projeto de trabalho profissional**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

CRAVEIRO, Adriéli Volpato. MACHADO, Jéssica Gomes do Vale Cabrerisso. **A predominância do sexo feminino na profissão do Serviço Social: uma discussão em torno desta questão**. Anais II Simpósio Gênero e Políticas Públicas. Universidade Estadual de Londrina, 18 e 19 de agosto de 2011.

DATASUS. **Sistema de informações da Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/> Acessado em 27/01/2015.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. s/d. [ed. original: 1972] **O Anti-Édipo: capitalismo esquizofrenia**. Lisboa: Assírio & Alvim.

DEEPASK. Escolaridade: veja o nível de instrução da população do seu município. Disponível em <http://www.deepask.com/> Acessado em 31/01/2015.

DOMINGUEZ, Bruno. **Regionalização é o caminho**. In: Revista Radis. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 145, 2014, p. 10-17.

ELIAS, Nobert. SCOTSON, John. **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ENDLICH, Ângela Maria. **Pensando os papéis e significados das pequenas cidades do Noroeste do Paraná**. 2006. 505 p. Tese (doutorado em Geografia) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia. Presidente Prudente: [s.n.]

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao Desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Lúgia *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

FARIA, Helaynne Ximenes. ARAÚJO, Maristela Dalbello. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. In: **Dossiê: Classes sociais e transformações do mundo do trabalho**, 2011, v. 16, n 1, p. 142 -156.

FRAGA, Nilson Cesar. **Território, Região, Poder e Rede**: olhares e possibilidades conceituais de aproximação. Curitiba: Relações Internacionais no Mundo Atual, 2007, a. VII, n. 7, p. 9-32.

FRESCA, Tânia Maria. Centros locais e pequenas cidades: diferenças necessárias. **Mercator Revista de Geografia da UFC**. Fortaleza, número especial, dez. 2010.

_____. O papel das pequenas cidades na rede urbana paranaense. In: BOVO, Marcos Clair; TÔWS, Ricardo Luiz; COST A, Fábio Rodrigues. **Estudos urbanos em perspectiva: reflexões, escalas e desafios**. Campo Mourão: Editora Fecilcam, 2013. p. 13-26

FURTADO, Celso. **Formação econômica do Brasil**. 34 ed. São Paulo: Companhia da Letras, 2007.

GOMES, Paulo Cesar da Costa. Sobre território, escalas e responsabilidade. In: Heidrich, Álvaro Luiz [et al]. **A emergência da multiterritorialidade: a ressignificação da relação do humano com o espaço**. Canoas: Ed. ULBRA; Porto Alegre: Ed. Da UFRGS, 2008. p. 37-46.

GONDIM, Gracia Maria de Miranda *et al.* O território na saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, Christovam (Org.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 237 - 255

GORENDER, Jacob. **O escravismo colonial**. 5 ed. São Paulo: Ática, 1988.

GRUPPI, Luciano. **Tudo começou com Maquiavel**. Tradução de Dario Canali. 14 ed. Porto Alegre: L&PM, 1996.

GUATTARI, E e ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes. 1996.

GUERRA, Yolanda. FORTI, Valéria. **Na prática a teoria é outra?** In: Serviço Social: temas, textos e contextos. Rio de Janeiro: Lumen Júris: 2013.

GUERRA, Yolanda. O conhecimento crítico na reconstrução das demandas profissionais. In: Baptista, Myrian Veras. BATTINI, Odária (orgs.). **A prática profissional do assistente social: teoria, ação, construção de conhecimento**. São Paulo: Veras Editora, 2009. p 79-106.

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

_____. Território e multiterritorialidade: um debate. **GEographia**, Ano IX, nº 17, 2007, p. 19-46.

HAESBAERT, Rogério. LIMONAD, Ester. O território em tempos de globalização. **ETC. espaço, tempo e crítica**, nº 2 (4), vol. 1, ago. 2007, p. 39-52.

HENRIQUE, Jonas. **O Caminho de Peabiru já passou por aqui?** Disponível em <https://jonashenriquelima.wordpress.com/> Publicado em 04/03/2012. Acessado em 18/02/2015 as 02:10 hs.

HOCHMAN, Gilberto. “**O Brasil não é só doença**”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. 2009, p. 313-331.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 11 ed. São Paulo: Editora Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 1996.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Atlas do Censo Demográfico do IBGE mapeia mudanças na sociedade brasileira**. 2013. Disponível

em <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&idnoticia=2417>> Acessado em 05/01/2014 as 17:40 hs.

_____. Informação sobre os municípios brasileiros. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php> Acessado em 27/01/2015
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. – Brasília: PNUD, IPEA, FJP, 2013.

_____. **Cidades: infográficos**. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php?lang=> Acesso em 06/01/2015.

_____. Divisão regional do Brasil em Mesorregiões e Microrregiões geográficas. Rio de Janeiro, IBGE, 1990.

IPARDES. **Cadernos Municipais**. Disponível em <http://www.ipardes.gov.br>. Acessado em 04/01/2015.

JURANDA. Prefeitura Municipal. **Lei ° 498 de 02 de outubro de 2001**. Institucionaliza a “Leitoa Entrincheirada” como prato típico de Juranda. Disponível em <http://www.e-prefeituras.pr.gov.br/sites/prefeitura/cmjuranda/498-2001.htm>. Acessado em 06/01/2015.

_____. **Histórico do Município**. Disponível em <http://www.pmjuranda.com.br/historia/>. Acessado em 09/01/2015.

KOGA, Dirce. **Medidas de cidades**: entre territórios de vida e territórios vividos. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

KOGA, Dirce. NAKANO, Kazuo. Perspectivas territoriais e regionais para as políticas públicas brasileiras. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, ano 27, n 85, p. 98-108.

KRUGER, Tânia Regina. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. In: **Revista Serviço Social e Saúde**. Unicamp Campinas, v. IX n. 10, dez. 2010. p. 123-145.

IOZZI, Fabíola Lana; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi. Saúde e Desenvolvimento na formação socioespacial brasileira. In: VIANA, MACHADO, Ana Luiza d’Avila; IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon (orgs.). **Saúde, Desenvolvimento e Território**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2009. p.60 -96

LANZA, Liria Maria Betiol. BENTO, Leticia Cristina Bento. **Descentralização na saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais**. In: Acta Científica XXIX Congreso de La Asociación Latinoamericana de Sociología. Santiago (Chile), 2013.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura. Um conceito antropológico**. 23ª Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

LEFEBVRE, Henri. **O direito à cidade**. São Paulo: Centauro, 2001.

_____. **A produção do espaço**. Tradução de Doralice Barros Pereira e Sergio Martins. (do original: *La production de l’espace*. 4e éd. Paris: Éditions Anthropos, 2000). Primeira versão: início - fev.2006

LIMONAD, Ester. Urbanização e organização do espaço na era dos fluxos. In: SANTOS, Milton [et al]. **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007. p. 145-170.

MAIA, Doralice Sátyro. Cidades médias e pequenas do nordeste: conferência de abertura. In: In: LOPES, Diva Maria Ferlin; WENDEL, Henrique (orgs.). **Cidades médias e pequenas: teorias, conceitos e estudos de caso**. Salvador: SEI, 2010.

MACHADO, Cristiani Vieira; MACHADO, Ana Luiza d'Avila. Descentralização e coordenação federativa na Saúde. In: VIANA, MACHADO, Ana Luiza d'Avila; IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon (orgs.) **Saúde, Desenvolvimento e Território**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2009. p.21 -59

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. – 11 ed. – São Paulo: Cortez, 2007.

MARTINS, José de Souza. **O poder do atraso: ensaios de sociologia da história lenta**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

_____. **Capitalismo e tradicionalismo: estudos sobre as contradições da sociedade agrária no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1975.

MAMBORE, Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde**. Secretaria de Saúde. 2013.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Orientações básicas para pesquisa. In: MOTA, Ana Elizabete [et al.]. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez; Brasília – DF: OPAS, MS, Ministério da Saúde, 2009. pg. 383 – 398

MARX, Karl Heinrich; ENGELS, Friederich. **A ideologia alemã: primeiro capítulo**. Ed. Ridendo Castigat Mores, 1999. Disponível em www.jahr.org (ebook).

_____. **O Capital. Crítica a da economia política**. Tomo 3. São Paulo, Nova Cultural, 1985.

MERHY, Emerson. **Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo, HUCITEC, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7.ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: In: **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 273-303.

MONKEN, Mauricio *et al.* **O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente**. In: BARCELLOS, Christovam (Org.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 23 – 41.

MONTAÑO, Carlos. **A natureza do Serviço Social: um ensaio sobre sua gênese, a especificidade e sua reprodução**. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento.** In: Serviço Social e Sociedade n° 110. São Paulo: Cortez, 2012.

MORIGI, Josimari de Brito. MORIGI, Mauro Cesar. **A ocupação territorial e a evolução do espaço urbano de Campo Mourão** – Pr. In: Anais do II Simpósio de Estudo urbanos: A dinâmica das cidades e a produção do espaço. Campo Mourão, 2013.

NOGUEIRA, Maria Luisa Magalhães. **Subjetividade e materialidade:** cidade, espaço e trabalho. In: Fractal: Revista de Psicologia. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Departamento de Psicologia, v.21, n.1, p. 69-86, jan/abr.2009.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS.** In Revista Serviço Social e sociedade, São Paulo, v. 87, 2006.

ONOFRE, Gisele Ramos. OLIVEIRA, Danilo Rodrigues. SUZUKI, Julio Cesar. **A formação do espaço mourãoense:** o esquecimento das lutas e a intensificação do capital no campo. In: Anais do XIX Encontro Nacional de Geografia Agrária. São Paulo, 2009, p. 1-28.

ORTIZ, Fátima Grave. **O Serviço Social no Brasil: os fundamentos de sua imagem social e autoimagem de seus agentes.** Rio de Janeiro: E-papers/FAPERJ: 2010.

PAIM, Jaimilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Célia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro:** história, avanços e desafios. In: The Lancet (Séries Saúde no Brasil) [periódico na internet]. Maio, 2011. Disponível em www.thelancet.com Acessado em 20/04/2015 as 09:14 hs.p. 32-46

PALLIÈRE, João Leão. Tropa carregada de erva-mate descendo a serra. Disponível em <<http://rhistoriandoz.blogspot.com.br/2012/08/pintores-da-paisagem-paranaense.html>>.

PAULO NETTO, José. BRAZ, Marcelo. **Economia política:** uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

PAULO NETTO. José. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** São Paulo, Cortez, 1998.

_____. **Estado e questão social no capitalismo dos monopólios.** In: _____. Capitalismo monopolista e Serviço Social. São Paulo; Editora Cortez, 4ª Edição, 2005. P. 17-34

PARANÁ. Agencia Estadual de notícias. **Praça de pedágio:** Tabela média será corrigida pelo índice de inflação. Disponível em <http://www.aen.pr.gov.br> . Acessado em 05/01/2015.

PORTELLI, Alessandro. A filosofia e os fatos: narração, interpretação e significado nas memórias e nas fontes orais. **Tempo**, Rio de Janeiro, vol. 1, n° 2, 1996, p. 59-72.

PORTINARI, Candido. O café. Disponível em <http://artefontedeconhecimento.blogspot.com.br/2010/07/cape-1934-de-candido-portinari.html>>.

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

REGO, José Marcio; MARQUES, Rosa Maria. **Formação econômica do Brasil**. São Paulo: Editora Saraiva, 2003.

SACK, Robert David. **Territorialidade Humana: sua teoria e história**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986 (ebook).

SANTANA, Joana Valente. Pequenas Cidades na Amazônia: desigualdades e seletividade. In: SANTANA, Joana; HOLANDA, Anna Carolina Gomes; MOURA, Aldebaran do Socorro Farias. **A questão da habitação em municípios periurbanos na Amazônia**. Belém: Ed. UFPA, 2012.

SANTOS, Milton. **Sociedade e espaço**. Petrópolis (RJ), Editora Vozes, 1979

_____. **Território e Sociedade**: entrevista com Milton Santos. São Paulo, Fundação Perseu Abramo, 2000.

_____. **Por uma geografia nova**: da crítica da Geografia a uma Geografia crítica. 6 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2012 a.

_____. **A natureza do Espaço**: técnica e tempo, Razão e Emoção. 4 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2012b.

_____. **O espaço do cidadão**. 7 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2012c.

_____. **Técnica, espaço, tempo**: globalização e meio-técnico-científico-informacional. 5 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2013a.

_____. **A urbanização brasileira**. 5 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2013b.

_____. Milton. Biografia. Disponível em < miltonsantos.com.br.site > Acessado em 21/04/2015 as 10:02 hs.

SANTOS, Milton. SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil: Território e Sociedade no início do século XXI**. 4ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

SANTOS, Janio. A natureza contraditória da urbanização em um contexto de maior complexidade na produção das cidades baianas. In: LOPES, Diva Maria Ferlin; WENDEL, Henrique (orgs.). **Cidades médias e pequenas**: teorias, conceitos e estudos de caso. Salvador: SEI, 2010.

SAQUET, Marcos Aurélio. A abordagem territorial: considerações sobre a dialética do pensamento e do território. In: Heidrich, Álvaro Luiz [et al]. **A emergência da multiterritorialidade**: a ressignificação da relação do humano com o espaço. Canoas: Ed. ULBRA; Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2008. p. 47-60.

_____. **Abordagens e concepções de território**. 3 ed. São Paulo: Outras Expressões, 2013.
SCARCELLI, Ianni Regia. **Entre o hospício e a cidade**: dilemas no campo da saúde mental. São Paulo: Zagadoni, 2011.

SENNETT, Richard. **A corrosão do caráter**: as conseqüências pessoais no trabalho no novo capitalismo. Tradução Marcos Santarrita. 14 ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.

SERPA, Angelo. Cultura de massa versus cultura popular na cidade do espetáculo e da retraditionalização. In: **Espaço e Cultura**. UERJ, Rio de Janeiro, nº 22, p. 79-76, jan.-dez., 2007.

SILVA, Joseli Maria. **Cultura e territorialidades urbanas – uma abordagem da pequena cidade**. In: Revista de História Regional. Ponta Grossa, UEPG, inverno de 2000, p. 9-37.

SILVA, J. R. **A teoria dos pólos de desenvolvimento: uma discussão teórica dos pólos de desenvolvimento do Paraná** (Monografia de graduação), UNIOESTE/Campus de Toledo, 1996

SIMINONATTO, Ivete. **Gramsci**: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social. 3.ed. São Paulo, 2004.

SMITH, THOMAS L. Organização rural: problemas e soluções. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1971, p. 25-124.

SINGER, Paul. **Economia política da urbanização**. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2002.

SOUZA, Maria Adélia Aparecida de. Uso do território e saúde. In: SPERANDIO, Maria Girotti (org.) [et al]. Campinas, SP: Unicamp: Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade, 2004. p. 57- 78.

SPOSATI, Adailza. **Território e gestão de políticas sociais**. In: Serviço Social em Revista, v. 16, N.1, P. 05-18, JUL./DEZ. 2013. p 05-18.

TAVARES, Daiane Patrícia Pulcinelli; MELO, Jaqueline Aparecida Polinarski; COSTA, Fábio Rodrigues. Produção do espaço e relações de poder no município de Juranda. **Revista Percurso –Nemo**, Maringá, v. 5, 2013, p. 227-243.

TERRA BOA. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde**. Secretaria de Saúde. 2013.

UNIVERSIDADE ESTADUAL CAMPINAS. **LED - O que é, e como funciona**. 2015. Disponível em <http://www.iar.unicamp.br/lab/luz/dicasemail/led/dica36.htm> . Acessado em 06/01/2014 as 19:40 hs.

VERDE, Fábio Frazatto. BERNARDO, Marcia Hespanhol. BÜLL, Sandra. Trabalho e precarização na saúde pública. In: ECOS, v. 3, n 1, p. 18-31.

YASBEK, Maria Carmelita. **Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS: 2009. P. 143-163.

WANDERLEY, Luiz Eduardo. **Sociedade civil e Gramsci: desafios teóricos e práticos**. *Serv. Soc. Soc.* [online]. 2012, n.109, pp. 5-30. ISSN 0101-6628.

ANEXOS

ANEXO 1

Carta de Aprovação no Comitê de Ética



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina
Registro CONEP 5231

Parecer CEP/Uel:	132/2014
CAAE:	33665814.0.0000.5231
Data da Relatoria:	28/07/2014
Pesquisador(a):	Tânia Mara da Silva Backschat
Unidade/Órgão:	CESA - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social

Prezado(a) Senhor(a):

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

"O uso do território pela política de saúde em pequenas cidades e as implicações no trabalho do assistente social."

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/Uel, via Plataforma Brasil, relatório final da pesquisa.

Londrina, 29 de julho de 2014.

Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
 Universidade Estadual de Londrina



ANEXO II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“O uso do território pela política de saúde em pequenas cidades e as implicações no trabalho do assistente social”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “*O uso do território pela política de saúde em pequenas cidades e as implicações no trabalho do assistente social*”, a ser realizada em “xxxxxxx”. O objetivo da pesquisa é “*analisar o uso do território pela política de saúde em pequenas cidades destacando as implicações no trabalho dos assistentes sociais.*”. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: *entrevista, previamente agendada, com um roteiro de questões previamente definidas, mas em um contexto muito semelhante ao de uma conversa profissional. Poderão ser agregado procedimento como gravação da entrevista com o intuito de ilustrar e registrar a fala. Os dados levantados serão expostos pela descrição dos acontecimentos e citações literais das falas da entrevista.*

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. *Após a transcrição da entrevista, os registros gravados serão inutilizados.*

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Os benefícios esperados são *identificar e refletir sobre as diferenças territoriais, em suas carências e potencialidades, no processo de elaboração, execução e avaliação da política de saúde. Verificar como esta dimensão territorial implica no trabalho do assistente social.*

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar *Pesquisadora responsável: Tânia Mara da Silva Backschat*, Avenida Guilherme de Paula Xavier nº 295, apartamento 201, centro, Campo Mourão, Paraná, telefone (44) 9978-

3034 e email: taniamaraback@hotmail.com, ou *Pesquisadora orientadora: LÍria Maria Bettiol Lanza*, Rua Benezér Luiz da Costa, 12, Sun Lake Residence, CEP 86058-286, Londrina PR, (43)3375-0772 ou (43)9938-4028, ainda pelos e-mails liriabettiol@uel.br ou liriademaio@hotmail.com ou, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455 ou por e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor(a).

Londrina, 12 de junho de 2014.

Tânia Mara da Silva Backschat

Pesquisador Responsável

RG: 6.832.428-9

_____ (xxxxxxxxxxxxxxxx), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Obs.: Caso o participante da pesquisa seja menor de idade, o texto deve estar voltado para os pais e deve ser incluído ainda, campo para assinatura do menor e do responsável.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Roteiro de Observação do trabalho do assistente social no serviço de saúde

Data da visita: _____ Dia da semana: _____

Horário: _____ às _____

Local de atuação do assistente social: _____

Aspectos a serem identificados na observação:

a) **Horário de atendimento do serviço de saúde:** _____

b) **A estrutura física do serviço de saúde é acessível:** () sim () não

c) **O fluxo de pessoas no serviço de saúde:** () intenso () moderado () tranquilo

d) **Serviços oferecidos no serviço de saúde:** _____

Observações importantes: _____

e) **Como os usuários chegam até a assistente social?**

() orientação da recepção () placas de sinalização do serviço

Trazem encaminhamento da rede de serviços () sim () não

Atendimentos são () espontâneas () agendados

Já foram atendidos outras vezes pelo Serviço Social? () sim () não

Observações importantes: _____

f) **Qual o perfil dos usuários atendidos pela assistente social:**

Renda: _____

Local de moradia () urbano () rural

Idade: _____

Situação ocupacional: _____

Principais requisições apresentadas: _____

Observações importantes: _____

g) **Como é o espaço de trabalho do assistente social?**

Identificação do espaço ocupacional: () placa () cartaz

Condições físicas: () sala de atendimento exclusivo do assistente social

() sala de atendimento compartilhado com outro profissional

Equipamentos: () arquivo () telefone () computador () impressora

() uso exclusivo () uso compartilhado com outro profissional

Recursos: () financeiros () humanos

Divulgação de serviços e ações desenvolvidas: () cartazes () mural () outros

Observações importantes: _____

h) Quais os instrumentos e técnicas de trabalhos utilizados pelo assistente social?

() Visita domiciliar () Entrevistas () Observação () Relatórios () Encaminhamentos:

Observações importantes: _____

j) Como se dá a resolubilidade às requisições dos usuários?

Facilidade de encaminhamentos das requisições dos usuários: () sim () não

Encaminhamentos para a rede de serviços: () sim () não

Observações importantes: _____

f) Como é a relação entre os usuários e profissionais de saúde?

g) Como é a relação entre os profissionais de saúde e a assistente social?

g) Como é a relação entre usuários e assistente social?

Observações importantes:

APÊNDICE II

Roteiro norteados de entrevista

I -Dados de identificação do entrevistado

- 1 - Município: _____ Data: _____
 - 2 - Sexo: () feminino () masculino Idade: _____
 - 3- Ano e local de formação: _____
 - 4- Possui especialização? () Sim () Não Qual? _____
 - 5 - Reside no município? () Sim () Não
 - 6- Quanto tempo? _____ De onde veio? _____
 - 7 - Com quem você mora? _____
 - 8- Trabalhou anteriormente? () Sim () Não Onde? _____
 - 9 - A motivação para a sua vinda para essa cidade foi em razão do trabalho?
() Sim () Não
 - 10 - Participa de algum grupo ou ação coletiva? (sindicatos, igrejas, movimentos sociais)
-

II. Dados sobre o trabalho em saúde

- 1- Quanto tempo você atua na área da saúde?
- 2- Em qual o serviço de saúde que você atua?
- 3- Qual a natureza do estabelecimento de saúde no qual você trabalha?
- 4- Qual a sua jornada de trabalho? Qual sua carga horária?
- 5- Qual o vínculo trabalhista? Se existe contrato de trabalho, qual o período de contrato?
- 6 - Qual a sua faixa salarial?
- 7- Quais os objetivos do seu trabalho em saúde?
- 8- Você trabalha em equipe? Quais outros profissionais trabalham com você? O que você pensa sobre esse trabalho?
- 9- Quais são as demandas atendidas pelo Serviço Social nessa instituição?
- 10- Como é o seu cotidiano profissional?
- 11- Quais as atividades desenvolvidas e como e o que você faz e usa para desenvolvê-las.
- 12- O que você acredita ser essencial para realizar o trabalho em saúde?
- 13- Quais são as suas condições de trabalho na saúde?

14- Quais e que tipo de informações você usa para orientar sua atuação na saúde? Em sua opinião a partir de sua experiência de trabalho, eles expressam a realidade local em relação as demandas da saúde?

III. Dados sobre o uso do território pela saúde

- 1- Há alguma relação do serviço em saúde com a cidade? Como se dá?
- 2- Como é realizado/organizado o processo de distribuição dos serviços de saúde e atendimentos às necessidades em saúde nesse município?
- 3- Quais os programas ou projetos que são ofertados nesse serviço? Qual suas origens?

IV– O território vivido

- 1- Faça uma avaliação global sobre a cidade?
- 2- Como é viver em pequenas cidades?
- 3- Para você como é o trabalho em pequenas cidades?

V- Política de Saúde e a perspectiva territorial

- 1- Qual a compreensão de território é utilizada para desenvolver o trabalho em saúde?
- 2 – Como é feito o processo de territorialização dentro dos serviços de saúde?
Como envolve os usuários, como vcs participam deste processo, como o gestor participa desse processo.
- 3- A partir da sua fala, o que vc acha que poderia ser potencializado na territorialização em saúde?