

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
PROGRAMA DE MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

Solange Farias Romão

**CONCEPÇÕES DOS GESTORES EM SAÚDE BUCAL SOBRE TERRITÓRIO E
SOBRE TERRITORIALIDADE**

Governador Valadares
2013

SOLANGE FARIAS ROMÃO

**CONCEPÇÕES DOS GESTORES EM SAÚDE BUCAL SOBRE TERRITÓRIO E
SOBRE TERRITORIALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão Integrada do Território.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rita Cristina Souza Santos

Governador Valadares
2013

SOLANGE FARIAS ROMÃO

**CONCEPÇÕES DOS GESTORES EM SAÚDE BUCAL SOBRE TERRITÓRIO E
SOBRE TERRITORIALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão Integrada do Território.

Governador Valadares, 29 de Maio de 2013.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Rita Cristina de Souza – Orientadora
Universidade Vale do Rio Doce-UNIVALE

Prof^ª. Dr^ª. Suely Maria Rodrigues
Universidade Vale do Rio Doce-UNIVALE

Prof. Dr. Jean Luiz Neves Abreu
Universidade Federal de Uberlândia-UFU

A todos os profissionais que contribuíram para a construção desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço Deus, por ter estado junto a mim, dando-me forças e sabedoria para alcançar mais esta vitória.

Minha filha, Aline, por ser o sustentáculo da minha caminhada. Obrigada por compreender minhas muitas horas de ausência.

Meu genro, Hugo, por me socorrer nas dificuldades tecnológicas.

A Superintendência Regional de Saúde, local onde tudo começou, pelo aprendizado e pelas indagações que deram origem a este trabalho.

Sou grata a todos os Gestores em Saúde Bucal, aos Cirurgiões-Dentistas, pela disponibilidade e pelo trabalho que fazem na comunidade.

Por fim, agradeço minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Rita Cristina de Souza, pela paciência, por me conduzir pela mão, por me ensinar os primeiros passos desta jornada e por dividir, tantas vezes, nossas aflições familiares.

“Diante da vida e das circunstâncias (não deixá-las de lado), elaboramos e executamos nossas práticas de saúde. Os profissionais de saúde precisam desenvolver a percepção de como a população compreende suas práticas de saúde. É nesse encontro de sujeitos que se faz a construção conjunta – da qual os conceitos são formas mediadoras. Não devemos nos apressar em construir o objeto de intervenção: é o encontro que diz quais são os objetos.” (AYRES, 2003)

RESUMO

O Programa de Saúde da Família (PSF) se configura como um importante referencial à organização da Atenção Primária no Brasil. A adscrição da clientela, mencionada no Programa, tem suscitado o debate sobre a questão territorial. Nesse sentido, este trabalho analisa o conceito de Território e de Territorialidade, e de suas relações com a Saúde Coletiva, na ótica dos gestores. Trata-se de uma pesquisa qualitativa cujos dados foram coletados através das técnicas de entrevista semiestruturada e de grupo focal, com o objetivo de identificar as concepções dos gestores em Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, nos níveis estadual (MG), municipal e local (Governador Valadares), sobre Território e Territorialidade e sobre suas possíveis interferências no planejamento, na gestão e na execução das práticas em Saúde Bucal. Os sujeitos da pesquisa foram onze : quatro gestores e oito técnicos em Saúde Bucal. As falas dos entrevistados foram analisadas, do ponto de vista operacional, pela Análise de Conteúdo. A identificação dessas concepções pelos gestores foi importante, porque a transformação da realidade local está diretamente ligada ao território. Tais concepções, sendo muito divergentes, provavelmente, provocarão conflitos na execução das práticas em nível local. Em algum ponto essa cadeia de entendimento pode ser quebrada, interferindo na atuação e no resultado das práticas em Saúde Bucal. Descobriu-se, nesse contexto, que o gestor precisa abandonar a percepção superficial dos territórios do SUS e partir para a reflexão da realidade, principalmente de questões sobre: territórios em saúde bucal tratados pelo dentista; relação saúde bucal e SUS; o PSF e profissionais de saúde bucal.

Na concepção dos gestores nos três níveis : estadual, Superintendência Regional de Saúde (estadual), municipal; e dos técnicos locais, o território considerado é meramente geográfico e quantitativo, e o processo de territorialização não apreende as relações de poder e as ligações simbólico-afetivas, que caracterizam a complexidade territorial, deixando de valorizar o aspecto social e relacional para o conhecimento da realidade local.

Palavras-chave: Território. Territorialidade. Gestores. Saúde bucal.

ABSTRACT

The Family Health Program (PSF) is regarded as an important reference to the organization of Primary Care in Brazil. The ascription of customers mentioned in the program, has sparked debate on the territorial issue. In this sense, this paper analyzes the concept of territory and territoriality, and its relations with the Public Health, in the view of managers. This is a qualitative research data were collected through semi-structured interview techniques and focus groups with the aim of identifying the conceptions of managers in Oral Health Program Family Health at the state (MG), municipal and site (Governador Valadares), on Territory and Territoriality and its possible interference in the planning, management and implementation practices in Oral Health. The subjects were eleven, four managers and eight technicians in Oral Health. The interviewees' statements were analyzed, from an operational standpoint, the content analysis. The identification of these concepts by managers was important, because the transformation of the local reality is directly linked to the territory. Such conceptions, being very divergent probably cause conflicts in the implementation of the practices at the local level. Somewhere along this chain of understanding can be broken, interfering in the performance and results of practices in Oral Health. It turned out, in this context, that the manager needs to abandon the superficial perception of territories from the NHS and for the reflection of reality, especially questions on oral health in territories treated by the dentist; regarding oral health and SUS, the PSF and professionals oral health.

In the design of the managers in the three levels: State, Regional Superintendent of Health (State), municipal, and local technicians, the area concerned is merely geographic and quantitative, and the process of territorialization not seize power relations and symbolic-affective connections that characterize the territorial complexity, leaving the value of social and relational aspect to local knowledge.

Keywords: Territory. Territoriality. Managers. Oral health.

LISTA DE SIGLAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
APS – Atenção Primária à Saúde
ASB – Auxiliar em Saúde Bucal
CD – Cirurgião-Dentista
CFO – Conselho Federal de Odontologia
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CPOD – Cariados, Perdidos, Obturados
CNE – Conselho Nacional de Educação Superior
DAB – Departamento de Atenção Básica
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FUNASA- Fundação Nacional de Saúde
GM – Gabinete do Ministro
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro Geografia e Estatística
IES – Instituição de Ensino Superior
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ – Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Primária à Saúde
PRAOD – Plano de Reorientação da Assistência Odontológica
PROESA – Programa Odontológico Escolar de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
SB – Saúde Bucal
SES- Secretaria de Estado da Saúde
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SRS- Superintendência Regional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico em Higiene Dental

TSB – Técnico em Saúde Bucal

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 O MÉTODO	14
1.1.1 Campo de estudo	15
1.1.2 População em estudo-seleção da amostra	16
1.1.3 Procedimentos metodológicos e instrumentos	17
1.1.4 Análise dos resultados.....	18
1.1.5 Aspectos éticos.....	19
1.2 A ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	19
2 MÚLTIPLOS OLHARES SOBRE TERRITÓRIO	21
2.1 GÊNESE DO CONCEITO	21
2.2 AS VERTENTES	24
2.3 O CONCEITO DE TERRITORIALIDADE	30
2.4 PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO: DEFINIÇÕES	34
2.5 OS TERRITÓRIOS NA/DA SAÚDE	37
3 EXPLORANDO O TERRITÓRIO DA SAÚDE BUCAL	45
3.1 EVOLUÇÃO DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	45
3.1.1 Odontologia Sanitária	45
3.1.2 Odontologia Preventiva.....	47
3.1.3 Odontologia Simplificada/Comunitária	48
3.1.4 Odontologia Integral	49
3.1.5 Saúde Bucal Coletiva.....	50
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL	54
3.3 GESTÃO EM SAÚDE BUCAL	62
4 TERRITÓRIO E TERRITORIALIDADE NA CONCEPÇÃO DOS GESTORES EM SAÚDE BUCAL	71
4.1 CONCEPÇÕES SOBRE TERRITÓRIO	71
4.2 CONCEPÇÕES SOBRE TERRITORIALIDADE.....	78
4.3 TERRITORIALIZAÇÃO	80
4.4 AS PRÁTICAS EM SAÚDE BUCAL.....	85
4.4.1 O processo de trabalho.....	93
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105

REFERÊNCIAS109
APÊNDICE 126

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação focaliza a diversidade de abordagens sobre saúde bucal associada à questão territorial. Tem, por objetivo, identificar e analisar as concepções dos gestores em saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF), nos níveis estadual (MG), municipal e local (cidade de Governador Valadares), sobre território e territorialidade e sobre suas possíveis interferências no planejamento, na gestão e na execução das práticas em saúde bucal.

Na atualidade, o atendimento universalizado e integrado de uma população exige dos profissionais da saúde o domínio de conhecimentos interdisciplinares e de processos socioambientais, propondo novos conceitos e novas acepções adicionadas às já existentes. Diante dessa realidade, os conflitos se tornam maiores, especialmente, quando se trata de analisar o “território” a ser trabalhado – um termo polissêmico para a área da saúde.

De certa forma, discutir o território da saúde, mais especificamente o da saúde bucal, mostra-se um assunto atrativo, já que faz parte do meu cotidiano na Atenção Primária à Saúde.

Minha vida profissional foi quase toda voltada para a Saúde Pública. Concluída a especialização em “Odontologia em Saúde Coletiva”, acabei direcionando minhas atividades na Saúde Coletiva, na qual tenho certo vínculo. Trabalhei na Prefeitura de Governador Valadares por alguns anos e, atualmente, na Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, lotada na Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares (SRS/Goval). Enquanto coordenadora em Saúde Bucal na Superintendência Regional de Saúde, essa vivência muito contribui para esta pesquisa. Minha função é de assessorar os 51 municípios pertencentes à jurisdição. Esses municípios são divididos em uma macrorregião (Governador Valadares/Ipatinga) e quatro microrregiões (Resplendor, Mantena, Governador Valadares e Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista).

As visitas técnicas a esses municípios, cada qual com suas peculiaridades, despertam-me um olhar mais crítico. Os muitos entraves, considerados como nós críticos, geram interesse sobre o pensar e o agir dos profissionais na Atenção Primária e sobre a forma como eles têm pensado o cotidiano dos serviços, principalmente as concepções sobre “território”.

Aliás, quando realizei o Trabalho de Conclusão de Curso da especialização em “Saúde Coletiva”, na pesquisa de campo, ouvi muitos comentários dos próprios colegas de profissão, alguns deles do serviço público, referindo-se ao nosso ofício como “sofrimento”. Esse

posicionamento me fez refletir como se mostra a Saúde Bucal Coletiva. Estarão os gestores e os profissionais sensibilizados para a necessidade das mudanças no modelo de prática em Saúde Bucal? Estarão dispostos a enfrentar o complexo processo que envolve uma inércia corporativa, carregada de fisiologismo e de históricos interesses contrários à Odontologia Coletiva?

E assim, para muitos, o trabalho e, conseqüentemente, a formação profissional voltada para o mundo do trabalho no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)¹, é tida como minimização da profissão, ou, conforme aborda Moysés (2004):

Exemplos de pensamento intransitivo na Odontologia podem ser citados pela construção de *personagens* do SUS, segundo esta ótica caricatura. Portanto, quem seriam os trabalhadores ou gestores em serviços de saúde coletiva, senão o *esquerdista*, o profissional *que não deu certo* no mercado, o *sacerdote*, o monge franciscano, o *rebelde* sem causa. E assim, fechando o ciclo dos pré-conceitos, os usuários do SUS nada mais são senão carentes. (MOYSÉS, 2004, p. 35, grifos do autor)

Nos últimos tempos, venho me questionando se não deveria ter escolhido um curso mais próximo de minha formação acadêmica, daquilo de que tenho certo domínio, o mais confortável. Nessas idas e vindas, acabei decidindo me levar pela curiosidade do tema “território”, que, por ser uma área multidisciplinar, tornou-se assunto novo e instigante.

Algo que consegui apreender ao longo dessa caminhada foi o fato de que não se pode pensar o território sem os seguintes fundamentos: intenção, poder, temporalidade, apropriação, delimitação e identidade.

Acredito que o trabalho no serviço público e a experiência de longos anos com realidades distintas constituíram uma escola, que contribuiu para meu aprendizado, lidando diariamente com questões territoriais, muitas vezes, conflitantes em meu Estado. Penso também que a complexidade é uma importante característica da gestão dos serviços de saúde. Inúmeros fatores compõem o sistema, e seus objetivos carregam contradições intrínsecas, fazendo com que seu equilíbrio seja um difícil exercício. Uma multiplicidade de forças e de fatores atuam sobre seus inúmeros elementos em uma rede de múltiplas relações, imprimindo confusão à condução dos territórios no sistema.

¹ Sistema integrado de ações e serviços, tendo por base os princípios doutrinários e organizativos a universalidade, integralidade e a equidade. Já os princípios organizativos são a regionalização, hierarquização, descentralização e participação comunitária. (BRASIL, 2006)

Posso constatar a complexidade e a diversidade de situações sócio-espaciais existentes, as iniquidades e as desigualdades no sistema de saúde, e perceber como os interesses corporativos se sobrepõem à cidadania. Em Minas Gerais, por exemplo, com seus 853 municípios, cada um com suas especificidades, a operacionalização das políticas de saúde é de complicada resolução, principalmente, porque, além dos interesses político-partidários, também se encontram outros conflitos, como a disputa de poder.

Assim, abrindo mão de caminhos mais seguros, optei por explorar territórios desconhecidos, campos minados. Foi gratificante vê-lo crescer, tomando a forma de uma dissertação. Creio que foram caminhos cheios de surpresas.

1.1 O MÉTODO

Nesta dissertação, adotou-se a pesquisa de campo de caráter qualitativo.

Para Minayo (2000), a investigação qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ela requer atitudes como abertura, flexibilidade e capacidade de observação e de interação com os atores envolvidos na pesquisa. Ainda segundo a autora, qualquer investigação social deveria ter aspecto qualitativo, considerando como sujeito de estudo: a) gente, em determinada condição; e b) grupo social, com suas crenças, valores e significados.

Na investigação qualitativa, considera-se que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, e um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, não podendo ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição dos significados são elementos básicos nesse processo. Além do mais, não se requer uso de métodos e de técnicas estatísticas. O ambiente natural se torna fonte direta para a coleta de dados, e o pesquisador, o principal instrumento. Por fim, pode-se considerar que a investigação qualitativa se mostra como algo descritivo, no qual os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente, sendo o processo e seu significado os focos principais de abordagem (MINAYO, 2000).

1.1.1 Campo de estudo

O Estado de Minas Gerais foi escolhido para a pesquisa, em função da minha inserção no Estado, como gestora; um local onde as inquietações se iniciaram, em busca de respostas. Ele possui uma população de 19.728.701 habitantes, em seus 853 municípios. Seu território da saúde é recortado em 76 microrregiões e em 13 macrorregiões, conforme densidade tecnológica.

Já a Gerência Regional de Saúde foi selecionada, porque é ela quem estabelece um elo entre o Estado e os municípios, implementando as políticas estaduais de saúde em âmbito regional. Dentre suas competências, vale aqui citar as funções de: assessorar a organização dos serviços de saúde nas regiões; coordenar, monitorar e avaliar as atividades e as ações de saúde em âmbito regional; promover articulações interinstitucionais; executar outras atividades e ações de competência estadual no âmbito regional; implantar, monitorar e avaliar as ações de mobilização social na região; e exercer atividades correlatas (DECRETO 44155/2005).

Por sua vez, o município de Governador Valadares foi escolhido, também por minha atuação na microrregional de Governador Valadares, jurisdicionada à Superintendência Regional de Saúde. Em sua totalidade, essa cidade possui 264.960 mil habitantes (IBGE, 2012).

No que diz respeito à Saúde Bucal em Governador Valadares, até o ano 2000, a atenção foi voltada quase que exclusivamente aos escolares. Abandonar o espaço da escola e integrar-se ao campo da Saúde Coletiva foi um grande desafio à cidade. Ainda hoje, possui cinco profissionais trabalhando em escolas e três em associações e em parcerias com outras instituições.

As equipes de Saúde Bucal começaram a ser implantadas em 2001, em territórios de maior carência, onde existiam bolsões de pobreza. As três primeiras equipes implantadas foram: Santa Paula, CAIC I e Turmalina I. Foram implantadas 37 equipes de Saúde da Família, com 48,18% da população coberta até julho de 2012, segundo dados do DAB/MS. Além disso, o número de equipes de SB implantadas até julho de 2012 foram 27 na Modalidade I e oito na Modalidade II num total de 35 equipes. A modalidade I se constitui de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e do Cirurgião-Dentista (CD). Já a modalidade II, do Auxiliar em Saúde Bucal, do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e do Cirurgião dentista (CD).

As equipes de modalidade II foram escolhidas pela maior abrangência de suas atividades e por constituírem uma equipe completa, com a presença do TSB.

Quanto à escolha dos oito profissionais locais na Estratégia de Saúde da Família/Saúde Bucal, isso foi importante pelo fato de o município de Governador Valadares ter exatamente oito equipes de Saúde Bucal na modalidade II. O tempo de atuação na gestão não foi um critério utilizado, devido à alta rotatividade dos profissionais no serviço.

1.1.2 População de estudo

Considera-se importante trabalhar com “gestão”, pois os processos de planejamento, de organização, de financiamento estão estruturados nessa realidade territorial local, e as políticas de saúde se voltam para tal realidade. As decisões tomadas por esses gestores em saúde bucal interferem nas práticas locais de saúde. Os resultados podem não ser satisfatórios ou as metas podem não ser atingidas, trazendo insatisfação, desgaste e desperdícios para a gestão.

No caso desta dissertação, os sujeitos da pesquisa foram 11 profissionais: um gestor estadual; um gestor da Superintendência Regional de Saúde (estadual); um gestor municipal; e oito profissionais odontólogos da Equipe de Saúde Bucal na ESF, que indiretamente também são gestores em suas Unidades de Saúde, gerenciando técnicos e auxiliares da equipe, realizando planejamento de suas atividades. A princípio, seriam 12 profissionais, incluindo o gestor nacional, mas, devido a alguns contratempos de agenda, ele não foi incluído.

A escolha dos sujeitos da pesquisa se deu de forma intencional, pelo fato de esses profissionais possuírem poder de decisão no local onde as políticas de saúde são implantadas.

No grupo analisado, descobriu-se que são necessárias outras qualificações para os profissionais envolvidos. Os dentistas têm um perfil voltado para a clínica, aspecto ligado à sua formação acadêmica, mas que também corresponde às expectativas da comunidade, a qual também solicita essa forma de atendimento (CERICATO, 2007).

1.1.3 Procedimentos metodológicos e instrumentos

Segundo Moura e Ferreira (2005), a escolha da técnica em um projeto está relacionada à natureza dos constructos envolvidos. Tal escolha deve obter instrumentos capazes de fornecer informações para atender a seus objetivos, além de levar em conta suas qualidades, como validade e fidedignidade. Nesse contexto, a fim de atingir o objetivo desta pesquisa, optou-se tanto pela técnica da entrevista semiestruturada quanto do grupo focal, com base em roteiros de perguntas, que constam em apêndice (APÊNDICE A e B).

Na entrevista semiestruturada, o investigador tem uma lista de questões ou de tópicos a serem preenchidos ou respondidos. Como se fosse um guia, a entrevista tem relativa flexibilidade. As questões não precisam seguir a ordem prevista, e podem ser reformuladas novas questões no decorrer da entrevista (MATTOS, 2005). Suas vantagens, segundo Tomar (2007), são: possibilidade de acesso a informações além das listadas; esclarecimento dos aspectos da entrevista; surgimento de pontos de vista, de orientações e de hipóteses para o aprofundamento da investigação; e definição de novas estratégias e de outros instrumentos.

Foi necessário apenas um encontro, e a entrevista teve duração média de uma hora. As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho dos gestores, em uma sala reservada. Todas foram gravadas e transcritas.

Na técnica do grupo focal, trabalha-se com coleta dados por meio das interações grupais, ao se discutir um tópico especial sugerido por um pesquisador. Ela ocupa posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade (MORGAN, 1997). Veiga e Gondim (2001) caracterizam essa técnica como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, das atitudes e das representações sociais de grupos humanos.

O moderador de um grupo focal assume a posição de facilitador na discussão, ouvindo a opinião de cada um e comparando respostas, sendo o seu nível de análise, o indivíduo inserido no grupo. Assim, a unidade de análise é o próprio grupo. Quando uma opinião é formulada, mesmo que não compartilhada por todos, para efeito de análise, é considerada do grupo. Essa técnica auxilia a investigação de crenças, de valores, de atitudes, de opiniões, e de processos de influência grupal. Além disso, dá suporte à geração de hipóteses, à construção teórica e à elaboração de instrumentos. Portanto, o grupo focal, associado à entrevista

semiestruturada, permite comparação entre o conteúdo produzido no grupo e o cotidiano dos indivíduos em seu ambiente natural.

O grupo focal foi realizado com oito profissionais nas equipes de saúde bucal, modalidade II, de Governador Valadares, que se delimitam em: ESF CAIC I; CAIC II; Carapina I e II; Fraternidade/Bela Vista; Mãe de Deus II; Santa Paula/Jardim do Trevo; Turmalina III; e Vila Parque Ibituruna. Foi necessário apenas um encontro para a discussão, com duração de duas horas. O grupo focal foi realizado na Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares, em sala reservada. Nesse grupo focal, discutiram-se as concepções de “território” e de “territorialidade” na promoção de saúde e no tratamento curativo/restaurador na clínica local, bem como o processo de territorialização das ações em Saúde Bucal em Governador Valadares, onde existem grandes embates.

A discussão seguiu um roteiro flexível que, inicialmente, constava de quatro perguntas. Ela transcorreu de forma tranquila. O grupo se sentiu completamente à vontade para expor suas opiniões. Pelo fato de a conversa ter se estendido por duas horas, percebeu-se que, ao final, os participantes já se sentiam cansados. Os dados coletados foram registrados no Diário de Campo. Nesse diário, também foram registradas as reflexões do observador durante o processo.

1.1.4 Análise dos resultados

As falas dos entrevistados foram analisadas do ponto de vista operacional, pela Análise de Conteúdo. Segundo Moura e Ferreira (2005), a Análise de Conteúdo é uma técnica onde se procura encontrar padrões ou regularidades nos dados encontrados e posteriormente, alocá-los nesses padrões após análise dos textos. São criadas categorias que, em sequência, são aplicadas às partes do texto que a ele se associem.

Para atingir os significados manifestos no material, utilizou-se a preparação e descrição do material bruto, a redução dos dados e sua interpretação.

A preparação dos dados brutos foi para a organização do grande volume de dados do material coletado nas entrevistas e discussão no grupo focal. A redução teve por meta

organizar o material coletado em categorias ou temas (território, territorialidade, práticas e processo de trabalho), onde foi encontrado padrões ou regularidades nos dados e confrontos no discurso.

A proposta foi conseguir a compreensão do significado. A comparação entre os temas abordados e seu processo de produção evidenciaram os conflitos ou semelhanças que permeiam o discurso (MOURA e FERREIRA, 2005).

1.1.5 Aspectos éticos

Todos os sujeitos de pesquisa foram convidados a participar do procedimento de coleta de dados. Após o consentimento de cada um deles, marcou-se o horário para as entrevistas e para o grupo focal – ambos realizados em sala reservada e gravados mediante autorização dos sujeitos de pesquisa.

Os participantes do grupo focal foram esclarecidos anteriormente quanto ao sigilo de suas informações e da identificação dos mesmos conforme contrato ético firmado pela Resolução 196/96 e pelo Parecer 224/07 de abril de 2008, ou chamado Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE C).

1.2 A ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Este trabalho se estrutura em cinco capítulos. O primeiro destina-se a introduzir o leitor na discussão sobre a relevância do tema com um breve percurso da minha vida profissional e sobre os procedimentos metodológicos adotados ao longo de todo o processo de construção da pesquisa. O capítulo intitulado “Múltiplos olhares sobre o território” procura abordar a evolução conceitual e as variadas concepções de “território”, de “territorialidade” e de “territorialização”. Ou seja, explora vários autores no que se refere aos territórios na/da saúde e propõe uma discussão teórica da categoria “território” enquanto análise referencial na saúde.

Já no capítulo “Explorando os territórios da saúde bucal”, promove-se uma retrospectiva histórica da Odontologia, apresentando, cronologicamente, a evolução da saúde bucal coletiva e seus modelos de atenção que, posteriormente, culminaram na implantação da

Política Nacional de Saúde Bucal. O tema sobre “gestão” será focado para o entendimento das suas funções e para desnudar qual o seu propósito.

Na sequência, no capítulo “Discussão das concepções dos gestores em saúde bucal”, realiza-se um confronto de análise das concepções dos gestores sobre “território” e “territorialidades”, na tentativa de compreender o significado do discurso desses profissionais, e de como se dão o planejamento, a gestão e as práticas nos territórios da ESF/SB, nos níveis estadual, municipal e local. Amplia-se a discussão, incluindo as relações de poder, marcantes na discussão territorial. Analisa-se ainda como ocorre a comunicação dos gestores nos três níveis de gestão e os entraves políticos que dificultam as práticas em saúde bucal.

Por fim, na seção “Considerações finais”, são abordados os impactos que as concepções podem causar no planejamento, na gestão e nas práticas dos serviços em saúde. Além disso, apresentam-se algumas propostas de intervenção para que sejam oferecidos subsídios com vistas à melhoria da qualidade dos serviços e à transformação da realidade local no que tange a saúde bucal.

Hoje, o território ainda é visto como uma trilha, que precisa ser descoberta e desbravada. Ele é um local de muitas riquezas e de potencialidades a serem exploradas. Pode produzir o lugar dos ricos e dos pobres, e também resultar em riscos sociais a uma população. O conhecimento das forças que atuam nesse território, dessa forma, é um passo importante para a gestão dos serviços. Segue-se, portanto, gerenciando, ensinando/aprendendo, caminhando/tropeçando, pisando/explorando esses territórios e dialogando com pessoas sobre quais caminhos percorrer...

2 MÚLTIPLOS OLHARES SOBRE TERRITÓRIO

2.1 GÊNESE DO CONCEITO

A abordagem territorial não é exclusiva da Geografia e tem sido utilizada nas diversas áreas do conhecimento. O termo “território” pode ser associado a, pelo menos, duas origens: a primeira significa terra pertencente a, ou seja, *terri-* (terra) e *-torium* (pertence a), de origem latina; a segunda, associada à primeira, *terreo-territor* (aterrorizar, aquele que aterroriza), que designou a concepção política de quem aterroriza para dominar e de quem é aterrorizado pelo domínio de uma determinada porção do espaço (HAESBAERT, 2004).

É interessante observar que essa noção de território se propagou e ainda hoje a analogia aos dois sentidos é muito forte: uma, que diz respeito à terra; e outra, o território, que inspira medo e satisfação, sendo algo de domínio ou algo dominado.

No século XVIII, baseado em estudos naturalistas, o território estava ligado às funções vitais das espécies. Tendo como dimensão a vida, a flora e fauna, ele se relacionava à continuidade da vida (MONKEN et al., 2008). Nesse aspecto, também Haesbaert (2006), comenta que o conceito de “território” foi formulado pela primeira vez por Howard, ao estudar os pássaros.

Howard, já em 1948, discutia a amplitude da concepção de “território” e as complicações em entendê-la no mundo animal. A dificuldade era tanta que, até mesmo Howard, aceitava que inexistiam territórios sem fronteiras, o que propõe alguma forma de disputa, como ocorre com os homens (HAESBAERT, 2006).

Mesquita (1995) também tece alguns comentários sobre as primeiras concepções de “território”. Segundo o autor, elas foram utilizadas na Grécia, inicialmente, para denominar as cidades-estados e, na Itália, para descrever as jurisdições das cidades medievais. A partir daí, essa discussão vem sendo ampliada para outras disciplinas. Trata-se de um termo interdisciplinar e polissêmico, por vezes, relacionado à Biologia (Etologia), à Ciência Política (Estado), à Antropologia (Territorialidade) e à Geografia; e, que, desde sua origem etimológica até a prática de seu uso, está diretamente imbricado nas relações de poder.

Na Geografia, é possível identificar duas vertentes do território: a jurídico/política, oriunda da Geografia Clássica, da relação entre o solo e o Estado; e a etológica, ligada ao comportamento animal (MONKEN et al., 2008). Na Geografia jurídico/política, Raffestin

(2003) utiliza vários comentários sobre essa concepção, idealizada por Ratzel², o qual partiu da ideia de que existe uma forte ligação entre solo e Estado. Para Ratzel, o elemento formador do Estado é o enraizamento no solo de populações que exploram territórios, o que forma vínculos do homem com a terra. Ainda segundo esse autor, mesmo que a ciência política ignore as relações de espaço e a posição geográfica, se o Estado fizer qualquer abstração do território, não se pode ter um fundamento seguro.

Ratzel concentra seus esforços em conceitos espaciais e na posição, essenciais à Geografia Política, como as fronteiras, por exemplo. O território, nessa concepção, é uma área delimitada por fronteiras nacionais. Na visão ratzeliana, tudo se desenvolve como se o Estado fosse o centro e o único com poder. Sem o território, não se pode compreender a solidez do Estado (RAFFESTIN, 2003).

Discordando de Ratzel, Raffestin (2003) diz que o Estado não é a única fonte de poder, pois seria um discurso metonímico. Com essa concepção totalitária, unidimensional de Ratzel, o Estado pode ser lido geograficamente: centro *versus* periferia, superior *versus* inferior. Essa geografia política concebida, baseada em divisões fronteiriças e geométricas, não considera a dinâmica das relações, na qual o fato político penetra na sociedade, e os conflitos persistem em todos os níveis, apesar de dissimétricas (RAFFESTIN, 2003).

A visão unidimensional, do Estado como centro do poder, não é aceitável para Raffestin (2003), visto que há inúmeros outros poderes que se manifestam nas relações cotidianas. Por exemplo, na Geografia de Estado, a população é concebida e não vivenciada, perdendo seu significado próprio. Assim, o poder que Ratzel concebe é tratado de uma forma que não necessita de explicação; é algo já cristalizado. Há uma ruptura na dinâmica, que pode ocorrer entre o poder Estatal e as outras formas de poder, as quais, por sua vez, podem se evidenciar nas relações em um território.

Inúmeros autores concordam com Raffestin (1993) quando se trata de relações de poder. Todavia, é necessário observar que nem toda relação de poder é territorial ou inclui territorialidade. Por exemplo, Claval (1979) apresenta dois tipos de relações de poder: do homem sobre a natureza e dos homens sobre os homens. Na primeira perspectiva, o autor afirma que a partir do uso da técnica, o homem teve condições de modificar progressivamente o meio até os dias atuais, o que, nas palavras de Santos (1997), seriam os meios técnicos, científicos e informacionais. Na segunda perspectiva, Claval (1979) apresenta diferentes relações de poder: poder puro ou absoluto (um manda e o outro obedece); poder de submissão

² Geógrafo alemão que, por volta de 1897, vivenciou o processo de constituição do Império Alemão. (RAFFESTIN, 2003)

(relação tradicional entre chefe e empregado); poder desigual (acordos entre patrão e empregado como o dissídio coletivo); e dominação inconsciente (ocorre num grupo hierarquicamente homogêneo, mas que dele emerge um líder).

Souza (1995, p. 86) comunga da mesma ideia e define o território como: “[...] um campo de forças, uma teia ou rede de relações sociais, que, a par de sua complexidade interna, define, ao mesmo tempo, um limite, uma alteridade: a diferença entre nós (grupo, *insiders*) e os outros (os de fora, *outsiders*)”. Nesse caso, torna-se necessário conceber o poder como sendo multidimensional; derivado de múltiplas fontes (naturalista, econômica, social, política, cultural, integradora); inerente a todos os atores; e presente em todos os níveis espaciais.

Na vertente geográfica baseada na Etologia, Ardrey (1969) define o território como sendo uma área do espaço, seja de água, terra ou ar, que um grupo de animais defende como uma reserva exclusiva. Desse ramo do comportamento animal é que surgiram alguns escritores biólogos e críticos sociais, afirmando que a territorialidade humana seria parte de um instinto agressivo, dividido com outros animais. Ardrey promove a argumentação de que os homens, como os animais, têm uma compulsão para a posse ou defesa de um território.

Adepto a essa tese, Malmberg (1980, p. 10) define a territorialidade como:

[...] um fenômeno de ecologia etológica com um núcleo instintivo, manifestada enquanto espaços mais ou menos exclusivos, aos quais seres humanos estão ligados emocionalmente e que, pela possível evitação de outros, são distinguidos por meio de limites, marcas ou outro tipo de estruturação com manifestação de adesão, movimentos ou agressividade.

Mas o autor ressalva, ao contrário das leituras etológicas, que o uso do território é mais de recursos do que de defesa e agressão (MALMBERG, 1980).

Reforçando essa linha de pensamento e afirmando a importância das atividades que consistem em formar territórios em animais, e também em refazer o território, estão Deleuze e Guattari (1991). O etológico diz que o parceiro de um animal se compara a um lar, ou que a família é um território móvel.

Outra concepção com base etológica é de que o território é um espaço defendido por todo animal, confrontado com a necessidade de se proteger. A interpretação natural utiliza uma noção de “território” com base nas relações entre sociedade e natureza, especialmente no que se refere ao comportamento natural dos homens em relação ao seu ambiente físico (DI MEO, 1998). Haesbaert (2004) contesta essa vertente, dizendo que o território é fruto do

comportamento humano, e não da territorialidade animal. O grande perigo dessa analogia animal é de citar a origem dos homens entre os predadores para justificar um instinto agressivo e de domínio biológico de um pedaço de terra.

Mas essa discussão está longe de acabar, quando Waal (2001, p. 4) comenta sobre o risco de abordar a relação entre os homens e os animais em função dos avanços da teoria sobre o comportamento animal:

[...] Compreensivelmente, acadêmicos que têm empenhado sua vida condenando a ideia de que a biologia influencia o comportamento humano são relutantes em mudar de rumo, mas eles estão sendo ultrapassados pelo público em geral, que parece ter aceitado que os genes estão envolvidos em quase tudo que somos e fazemos [...] até mesmo as origens da política humana, do bem estar e da moralidade estão sendo agora discutidas à luz da observação dos primatas.

A partir das duas vertentes, jurídico-política e etológica, sem a pretensão de esgotar a discussão, busca-se aqui sistematizar a concepção de alguns autores sobre a temática territorial, no sentido de ampliar o debate. Surgem, assim, novas concepções mais flexíveis e críticas, voltadas às complexidades territoriais, no sentido de incorporar novos atores, além do Estado e dos animais, como produtores do território. Sintetizando, pode-se distribuí-las nas seguintes vertentes: etológica, geográfica, política, simbólica ou cultural, econômica, integradora ou híbrida e relacional (HAESBAERT, 2004), todas caracterizadas a seguir.

2.2 AS VERTENTES

O território, que surge a partir da Etologia, está na base da constituição dos territórios, considerando que a territorialidade humana seja análoga a animal. Trata-se de discutir a sua vinculação com o comportamento dos animais (o território restringido ao mundo animal ou entendido dentro de um comportamento natural dos homens), no relacionamento da sociedade com a natureza (o território humano definido a partir da relação com a dinâmica ou o poder natural do mundo). (HAESBAERT, 2006)

Sob o aspecto geográfico, concepção mais difundida no senso comum, o território se relaciona aos limites e às fronteiras, ou às divisões político-administrativas (HAESBAERT, 2006).

No aspecto político, o território é delimitado e controlado por relações de poder, geralmente o do Estado, buscando reorganizar o território com alguma finalidade (HAESBAERT, 2006).

O olhar cultural ou simbólico toma o território como produto da valorização e da apropriação de um grupo em relação ao espaço vivido. Tem como característica a subjetividade, a identidade dos grupos. Valoriza o território a partir de um determinado significado individual e social, remetendo a uma dimensão afetiva, mais abstrata e, talvez, mais significativa. Enquanto lugar, o território é um ponto de referência, espaço de reconhecimento e de pertencimento, uma manifestação, uma âncora para um grupo. Nele, os indivíduos se identificam, encontram-se, sentem-se protegidos. (BARCELLOS, 1995)

Já na vertente econômica, o território é concebido enquanto dimensão espacial nas relações econômicas e de capital/trabalho, fonte de recursos. Também incorpora um embate nas relações capital/trabalho entre classes sociais, visando, como produto, a divisão territorial do trabalho (HAESBAERT, 2006).

Na perspectiva integradora, tem-se parte ou todas as dimensões apresentadas anteriormente (política, cultural, econômica e naturalista). O território é reconhecido de forma articulada e integrada no espaço-tempo (HAESBAERT, 2006).

Por último, na perspectiva relacional, a ênfase está nas relações sociais e temporais complexas. Entende-se o território como interconexão e fluidez, podendo originar a territorialização-desterritorialização-reterritorialização. A territorialização seria uma estratégia para dominar um espaço geográfico; a desterritorialização, o abandono espontâneo ou forçado da territorialização; e a reterritorialização, a construção de uma nova territorialização (HAESBAERT, 2004).

Em cada uma dessas vertentes, no mundo compartimentado da Geografia, já se dizia que a unidade política era o território. Tratava-se de uma entidade jurídica, administrativa e política. Embora mantendo o caráter político/administrativo, Gottman (1952) consegue ir um pouco mais além do Estado-Nação, defendido por Ratzel, apesar da idéia de território como compartimento.

O dicionário "*Les mots de La Geographie*" reúne algumas definições para território: malha de gestão do espaço, de apropriação ainda não totalmente realizada; espaço apropriado, com sentimento ou consciência de sua apropriação; noção jurídica, social e cultural e afetiva

(BRUNET et al., 1993). Outro conceito do dicionário evoca a distinção entre rede, linear; e território areal (de área). Na verdade, duas faces de um mesmo todo, pois o espaço geográfico é sempre areal ou zonal, linear ou reticular. Os territórios são lugares, conectados, interligados (HAESBAERT, 2006).

Entre os autores que primeiro apontou para a rigidez da compreensão da categoria “território” e que colocou em relevo a perspectiva do território Estado-nação está Souza (1995). Em sua abordagem territorial, o autor observa os aspectos políticos e culturais, já que, nas grandes cidades, grupos sociais mantêm relações de poder, formando territórios no conflito, gerado pelas diferenças culturais. O autor salienta que o território é um espaço definido e delimitado a partir de relações de poder, e que o poder não se restringe apenas à figura do Estado e não se confunde com violência e dominação. Trabalha ainda a ideia de poder como categoria central, conceituando território como um espaço, delimitado a partir de relações de poder. Por fim, o autor se manifesta expressamente contra camuflar conflitos e contradições sociais: para compreender um território, é preciso compreender quem o domina ou influencia-o.

Uma concepção econômica, diferente das relações de capital e trabalho, é a de Godelier (1984), que tem, por território, uma porção da natureza e, portanto, do espaço sobre o qual uma determinada sociedade reivindica e garante a todos, ou a parte de seus membros, direitos estáveis de acesso, de controle e de uso, com respeito à totalidade ou à parte dos recursos, que ela deseja e é capaz de explorar. O autor mantém, nesse sentido, forte referência à natureza, dando ao território a importante função de recurso, de controle e de uso. O território seria uma área defendida em função da disponibilidade e da garantia de recursos necessários à reprodução material de um grupo.

Em uma distinção muito interessante, Santos (2000), argumenta que, para atores hegemônicos, o território usado é um recurso, garantia de interesses particulares; já aos atores hegemonzados, trata-se de um abrigo, na busca de se adaptarem no local ou ainda criando estratégias de sobrevivência. Mas, para Haesbaert (2006), hoje, essa concepção está bem distante de território como fonte de recursos, não significando, contudo, que essas características estejam superadas.

Utilizando-se ainda a vertente econômica para explicar as transformações ocorridas no espaço, Prado Júnior (1987) tem como território uma porção territorial, palco dos acontecimentos econômicos e das transformações vivenciadas pela sociedade. Para o autor, as transformações do território em razão da economia são suas vertentes predominantes.

O caráter político do território, para Raffestin (1993, p. 143), bem como a sua compreensão sobre o espaço geográfico, é preexistente ao território. O autor assim destaca:

[...] É essencial compreender bem que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, é o resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente [...] o ator “territorializa” o espaço.

Já Santos (1993), afirma o contrário: o território antecede o espaço e se forma a partir do espaço. Em 2002, o autor trouxe importantes contribuições para a construção do conceito de “território”, uma vez que, segundo ele, é na base territorial que tudo acontece, mesmo as configurações e as reconfigurações mundiais, que influenciam o espaço territorial. Santos (2002) acredita que a formação do território perpassa o espaço, e a forma do espaço é encaminhada de acordo com as técnicas vigentes e utilizadas. O território pode ser distinguido pela intensidade das técnicas trabalhadas, bem como pela diferenciação tecnológica das técnicas, uma vez que os espaços são heterogêneos.

Na perspectiva simbólica ou cultural, o antropólogo Garcia (1976, p. 21) defende o território assim: “[...] Se o território é suscetível de um estudo antropológico, é porque existem indícios para crer no seu caráter subjetivo, ou, dito de outra forma [...] entre o meio físico e o homem se interpõe sempre uma ideia, uma concepção determinada”. Dessa forma, tudo o que se encontra no entorno do homem é dotado de algum significado, o qual se interpõe entre o meio natural e o homem. Um território socializado e culturalizado.

Falando sobre uma perspectiva simbólica ou cultural, Hall (1986) considera o território como um signo, cujo significado somente é compreensível a partir dos códigos culturais ao qual se inscreve. Outra abordagem de território é a de Mesquita (1995, p. 83), que faz sua reflexão de território assim:

[...] tem a ver com a proximidade, tal como existe no espaço concreto, mas não se liga a ordens de grandeza para estabelecer a sua dimensão ou o seu perímetro. É o espaço que tem significação individual e social. Por isso, ele se estende até onde vai a territorialidade.

Na visão de Mesquita (1995), o território é a projeção da identidade humana. Falar de território é falar de sujeitos, de sentimentos, da vida cotidiana.

Cara (1995), aproximando-se do pensamento antropológico, define o território como uma objetivação multidimensional da apropriação social do espaço, de imagens, de ações e de projetos; de tomada de consciência de seu espaço de vida.

Em uma perspectiva mais simbólica, Holzer (1997) define o território enquanto um conjunto de lugares onde se desenvolvem laços afetivos e de identidade cultural de um grupo, independentemente de ser um espaço delimitado ou não.

Segundo Guattari e Rolnik (2005, p. 82), o conceito de “território” no campo da subjetividade é definido, antes de tudo, com referência às relações sociais ou culturais ao contexto em que está inserido:

[...] Podemos afirmar que o território é relacional não apenas no sentido de ser definido sempre dentro de um conjunto de relações histórico-sociais, mas também no sentido, destacado por Godelier, de incluir uma relação complexa entre processos sociais e espaço material, seja ele visto como a primeira ou segunda natureza, para utilizar os termos de Marx. Além disso, ao enfatizarmos o sentido relacional do território é a percepção de que ele não implica uma leitura simplista de espaço como enraizamento, estabilidade, delimitação e/ou “fronteira”. Justamente por ser relacional, o território é também movimento, fluidez, interconexão – em síntese e num sentido mais amplo.

Dessa maneira, Guattari e Rolnik (2005) consideram o conceito de “território” no campo da subjetividade, definido por um conjunto de ideias que incluem a desterritorialização e a reterritorialização.

A noção de “território” passa, portanto, a ter um sentido muito mais amplo. A delimitação de territórios organizados pelos seres, articulados a outros seres, parte da percepção do território como um espaço que sofre uma apropriação e é fechado em si mesmo. O fechamento se dá em múltiplos aspectos, tanto espaciais, físicos, quanto psíquicos, como a subjetividade, as representações, os comportamentos e os investimentos nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos e cognitivos (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 388).

Sob uma perspectiva integradora, Chivallon (1999) defende o uso da noção de espacialidade para substituir território. Para o autor, é uma espécie de experiência total do espaço que conjuga num mesmo lugar os diversos componentes da vida social: espaço bem circunscrito pelo limite entre exterior e interior, entre o outro e o semelhante, onde se pode

ler, na relação funcional e simbólica com o extenso material, um conjunto de idealidades partilhadas.

Zambrano (2001, p. 18), apoiando Chivallon (1999), expõe sua concepção sobre território: “[...] os territórios plurais são uma multiplicidade de espaços diversos, culturais, sociais e políticos, com conteúdos jurisdicionais em tensão, que produzem formas particulares de identidade territorial”. De acordo com o autor, os territórios plurais, além de conceberem a multiplicidade, concebem todo o espaço por distintas representações sobre ele, que tendem a legitimar a jurisdição sobre os habitantes que nele residem, configurando a série de relações sociais entre as diferentes percepções de domínio.

Haesbaert (2004), afirmando também sua posição integradora, vai mais além, abrindo três opções: a) uma mais tradicional, que reivindica o território como sendo uma área de feições, de relações de poder relativamente homogêneas; b) os territórios-rede, que são centrados no movimento e na conexão; e c) do território multiescalar ou híbrido. O território, imerso em relações de dominação entre sociedade e espaço, desdobra-se ao longo de um *continuum*, que vai da dominação político/econômica mais concreta e funcional à apropriação mais subjetiva e/ou cultural/simbólica. O território pode ser concebido a partir da engrenagem de múltiplas relações de poder, do poder mais material das relações político-econômicas ao poder mais simbólico das relações culturais.

Entretanto, na visão de Haesbaert (2004), dificilmente se encontra hoje um espaço capaz de integrar, de forma coesa, as múltiplas dimensões ou lógicas econômica, política, cultural e natural. Essa visão integrada só será possível se estiver articulada em rede, através de múltiplas escalas (HAESBAERT, 2006). Daí o fato de alguns defensores de uma perspectiva totalizante ou integradora de território advogarem sua superação.

A perspectiva relacional possibilita entender o território com sua dinâmica, fluidez e interconexão. Ele é perscrutado a partir da vivência dos indivíduos e ao contexto histórico ao qual está inserido. O que funda o território é a interação diária entre as pessoas e de suas relações com o espaço. Tal processo, por sua vez, sempre se modifica em seus arranjos, normalmente influenciados por diversos fatores (políticos, culturais, econômicos, sociais), sobrepostos e dependentes do contexto histórico, o que caracteriza sua complexidade.

Falar em território é falar da soma das relações mantidas pelas pessoas com o meio, dessa trama de relações sociais, existenciais e produtivas, de combinações estratégicas. É falar também das relações de poder, visto que há interação entre os atores, que procuram modificar tanto a relação com a natureza e com as relações sociais quanto com si mesmos. Daí a importância de se ressaltar a territorialidade.

2.3 O CONCEITO DE TERRITORIALIDADE

A noção de “territorialidade” surgiu da Etologia, dos naturalistas, que se preocuparam com a territorialidade animal e não com a territorialidade humana. Embora pressentida há mais de três séculos, essa noção só foi desenvolvida por Howard, em 1920, que a definiu como uma conduta adotada por um organismo para tomar posse ou para defender um território contra outras espécies (RAFFESTIN, 2003). Na verdade, nos séculos XIX e XX, as discussões sobre territorialidade na Biologia e nas Ciências Sociais correram paralelamente.

Em alguns momentos, essas propostas se cruzaram, ora sobressaindo o paradigma da territorialidade animal sobre a humana, ora prevalecendo o sentido social, humano da territorialidade, como na maioria dos estudos das Ciências Sociais (HAESBAERT, 2006). Os primitivos usavam a territorialidade para defender e delimitar a terra como fonte de recursos e de abrigo. Tal posição naturalista reduziu a territorialidade ao seu caráter biológico, a ponto de a própria territorialidade humana ser moldada por esse comportamento geneticamente determinado ou instintivo.

Ardrey (1969, p. 132) promovia a argumentação de que os homens, como os animais, têm seu comportamento moldado de forma idêntica:

Agimos da forma que agimos por razões do nosso passado evolutivo, não por nosso presente cultural [...] se defendermos o título de nossa terra ou a soberania de nosso país, fazemo-lo por razões não menos inatas, não menos inextirpáveis que as que fazem com que a cerca do proprietário aja por um motivo indistinguível daquele do seu dono quando a cerca foi construída. A natureza territorial do homem é genética e inextirpável.

Malmberg (1980) busca subsídio em Ardrey (1969) no seu trabalho sobre territorialidade humana, propondo como territorialidade um fenômeno de natureza etológica, que tem como núcleo a natureza instintiva, manifestada enquanto espaços exclusivos aos quais indivíduos ou grupos humanos estão ligados emocionalmente, e que, pela possível evitação de outros, são distinguidos por meio de limites, marcas, com manifestação de adesão, de movimentos ou de agressividade.

Em conformidade com Taylor (1988), a territorialidade pode ser aplicada em diversas escalas de comportamentos, desde interação entre os povos, até choque entre nações. Além disso, pode ser considerada instinto básico. A esse respeito, Soja (1999) complementa que a

territorialidade seria composta de três elementos: senso de identidade espacial, senso de exclusividade e compartimentação da interação humana no espaço.

A territorialidade adquire uma peculiaridade, na visão de Raffestin (2003), pois reflete a multidimensionalidade do vivido pelos membros de uma coletividade e que precede uma problemática relacional. Na definição do autor, a territorialidade seria: “[...] um conjunto de relações que se originam num sistema tridimensional (sociedade-espaço-tempo) em vias de atingir a maior autonomia possível, compatível com os recursos do sistema” (RAFFESTIN, 2003, p. 160).

A territorialidade também é dinâmica, susceptível de variação no tempo. Inscreve-se em um quadro de produção, de troca e de consumo das coisas. É a face vivida ou agida do poder. Sua análise só é possível pela apreensão das relações reais, recolocadas no seu contexto sócio-histórico e espaço-temporal, em um conjunto daquilo vivido cotidianamente: relações com trabalho, não-trabalho, família.

Para Raffestin (2003), a territorialidade está em crise, pois há uma crise profunda nas relações (mimetismo). Ainda de acordo com a perspectiva raffestiniana, já que o território é um produto consumido, a territorialidade reflete o poder que se dá ao consumo por intermédio de seus produtos.

O antropólogo Sack (1986) definiu territorialidade como uma estratégia espacial para afetar, influenciar ou controlar recursos e pessoas, pelo controle de uma área. Para o teórico, ela está intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como dão significado ao lugar. Portanto, está vinculada às relações de poder.

Em alguns momentos, Sack (1986) se aproxima das ideias propostas por Raffestin (1993). Tanto um quanto outro propõem uma visão de territorialidade essencialmente humana, social, diferente daquela difundida pelos naturalistas e pelos biólogos, relacionada a um instinto animal. Os dois autores também se aproximam da afirmação de que, na territorialidade, encontra-se a expressão geográfica básica do poder social. É o meio pelo qual espaço e sociedade estão relacionados.

Sack (1986) toma a territorialidade não como algo biologicamente motivado, mas enraizado geográfica e socialmente. Sobre uma grande área de atividades, e três relações interdependentes fazem parte de sua definição: a) a primeira envolve uma forma de classificação por área, ajudando as relações a se tornarem impessoais e as atividades a serem moldadas dentro de uma hierarquia; b) a segunda contém uma forma de comunicação através

de marca, sinal, gesto e símbolos; e, c) a terceira engloba uma tentativa e esforço de controlar o acesso ou restringi-la.

Nota-se, com isso, que os estudos territoriais sofrem alguns problemas por não se distinguirem bem alguns termos, ou mesmo, porque são utilizados em questões banais. As pesquisas, infelizmente, não distinguem claramente o termo “territorialidade” do termo “território”. Outras vezes, encontram-se estudos que focalizam exemplos de territorialidade, sem chamá-los como tal, ou ainda existem estudos que têm consciência em isolar o comportamento territorial nos humanos, mas que são simplórios em seu significado. (SACK, 1986)

Entretanto, para Sack (1986), a territorialidade está incorporada às relações sociais. Ela é sempre socialmente construída. Precisa de um ato de desejo e envolve inúmeros níveis de razão e significados. Ela só existe se houver uma tentativa de indivíduos ou de grupos em afetar as interações de outros. A territorialidade, ainda em conformidade com o autor, pode ser normativa, referindo-se ao julgamento que as pessoas fazem sobre seu uso. O efeito da territorialidade, assim, pode ser considerado bom, neutro ou mal.

Um efeito benigno pode significar para alguém que a relação não é exploratória. Em nível grupal, por exemplo, quando uma equipe de saúde, organizada e controlada, democraticamente, elege alguém dos seus componentes para ser gerente. Uma relação territorial malévola pode ocorrer quando diferentes acessos, através da territorialidade, beneficiam os que exercem a territorialidade em detrimento daqueles que estão sendo controlados. A territorialidade é um ato consciente, como afirmação, de controle. A pessoa, que exerce a territorialidade, não precisa ser consciente das tendências a fim de que esses efeitos existam. As tendências vêm à tona sobre certas condições e não são interdependentes (SACK, 1986).

As tendências são descrições breves de consequências, que podem vir a acontecer a partir do uso da organização territorial. Suas importâncias dependerão das condições históricas específicas de quem está controlando o quê, como e para que objetivo. As principais são: a) a territorialidade propicia meios de reavivar o poder. Torna os potenciais explícitos, reais e visíveis; b) a territorialidade pode ser usada para desviar a atenção da relação entre controlador e controlado no território; c) classificando por área, ao invés de tipo, a territorialidade ajuda a constituir relações impessoais (o local de trabalho tem essa impessoalidade no contexto de uma hierarquia); d) as inter-relações de territórios e suas atividades podem ser tão complexas que é virtualmente impossível saber todas as razões para o controle das atividades; e) a territorialidade age como *container* ou molde para as

propriedades espaciais dos eventos; f) o território está conceitualmente vazio quando as coisas a serem contidas não estão presentes. Ele é esvaziável quando não existem artefatos de valor social ou econômico de coisas que tendem a ser controladas; g) a territorialidade pode ajudar a criar mais territorialidade e mais relações para moldar. Quando há mais eventos que territórios, ou quando os eventos se estendem em áreas maiores que o território, novos territórios são formados por esses eventos. Esse ponto Haesbaert (2006) denomina de multiterritorialidades. Significa que indivíduos ou grupos têm removido algumas atividades e pessoas de locais e, incluindo outras, têm estabelecido diferentes graus de acesso às coisas (SACK,1986).

A territorialidade, complementa Sack (1986), forma um cenário de diferentes para as relações espaciais humanas e para as concepções de espaço. Indica que as relações espaciais humanas não são neutras. As pessoas não interagem no território como bolhas de sabão. Ao contrário, a interação humana, o movimento e o contato são também questões de energia e de informação, para afetar, influenciar e controlar ideias e ações de outros. Dessa maneira, as relações espaciais humanas resultam da influência e do poder, e a territorialidade é a forma espacial primária do poder.

A lógica da territorialidade mostra como uma estratégia espacial oferece vantagens para afetar, influenciar e controlar. Essas constituem o domínio da razão ou consequência de se usar a territorialidade. Explicam como e por que a territorialidade está sendo usada; quais são as bases de sua importância; se vantagens particulares estão sendo usadas; quem está controlando o quê; e para quê fins.

O fato de não definir o que está sob controle do outro é praticamente uma vantagem universal. A territorialidade no mundo moderno, para Sack (1986), é geralmente um meio importante de definir relações sociais.

Mais recentemente, Haesbaert (2006) lembra que territorialidade é o conceito utilizado para enfatizar questões de origem simbólico-cultural. Territorialidade, além do seu sentido lato, genérico, vista como qualidade de ser território, é, muitas vezes, concebida em seu sentido estrito, como dimensão simbólica do território. Portanto, exerce-se domínio sobre o território para realizar funções e para produzir significados.

2.4 PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO: DEFINIÇÕES

O território, nas sociedades tradicionais, é tomado como abrigo, base de recursos. Tem uma profunda identificação com referentes simbólicos fundamentais à manutenção de sua cultura. Já na sociedade pós-moderna, vigora o controle da fluidez, dos fluxos (redes) e das conexões. Daí, o território passa, gradativamente, de um território mais zonal (controle de áreas) para um território rede (controle de redes). Esse movimento é um elemento indispensável à formação do território (HAESBAERT, 2006).

Portanto, pode-se falar em quatro grandes objetivos da territorialização, acumulados e valorizados ao longo do tempo: 1) abrigo físico, fonte de recursos ou meio de produção; 2) identificação ou simbolização de grupos através de referentes espaciais; 3) disciplinarização ou controle através do espaço; e 4) construção e controle de conexões e redes – aqui entendidas como fluxos de pessoas, de mercadorias e de informações. (HAESBAERT, 2006)

No setor saúde, os territórios se estruturam através da horizontalidade, que se constitui em uma rede de serviços ofertados à população. Sua organização e operacionalização são pautadas em instrumentos normativos, assegurados pelo SUS, demandando uma nova reorganização do processo de trabalho e gerenciais, nas três esferas de governo. Essa reorganização é necessária para o enfrentamento das desigualdades e das iniquidades sociais em saúde, delineadas pela globalização. O ponto de partida é redesenhar suas bases territoriais, capazes de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas vigentes (GONDIM; MONKEN, 2009).

Uma das ferramentas para o reconhecimento da situação de saúde da população, das condições de vida e dos aspectos sócio-político-culturais de um local é o processo de territorialização. A territorialização é o reconhecimento e o esquadramento do território do município conforme a lógica de relações entre condições de vida, a saúde e o acesso às ações e aos serviços de saúde, implicando num processo de coleta e de sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Essa tarefa adquire três sentidos: de demarcação de limites das áreas de atuação; de reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente na área; e de estabelecimento de relações horizontais e verticais com outros serviços (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). No entanto, o momento inicial do trabalho da equipe de saúde deve ser o planejamento, iniciado pelo diagnóstico situacional da realidade, a fim de reproduzir, com

maior fidelidade, as condições socioeconômicas, culturais e epidemiológicas da população da área de abrangência (PORTILLO; FREITAS, 2002).

Para se fazer um bom diagnóstico e, conseqüentemente, um bom planejamento, o processo de territorialização é o fator principal, pois, daí, obtêm-se dados fidedignos e mais próximos da realidade local. Portanto, o território deve ser o foco central das abordagens conceituais.

Segundo alguns autores, a territorialização nada mais é que um processo de “habitar um território” (KASTRUP, 2001). No entanto, esse território perde sua complexidade e riqueza por não se explorá-lo suficientemente. No processo de territorialização, deve-se primeiro realizar o mapeamento social para depois realizar o mapeamento geográfico. (MAFRA; CHAVES, 2004)

O Programa Saúde da Família (PSF), por exemplo, desarticula sua potência transformadora, aprisionando o trabalho vivo em normas e mudando suas práticas para trabalho morto (MERHY, 2006). Da mesma maneira, a equipe não reconhece a população como um potencial transformador. São contadas e divididas em áreas e em micro áreas, considerando apenas o número de famílias, de ruas e de casas, devendo dar conta dessa divisão numérica.

O ato de habitar traz consigo a conjunção de saberes e de práticas. Para habitar um território, é importante explorá-lo; senti-lo; ser sensível às suas questões e capaz de transitar por ele com alegria e descoberta, colocando, em relação, fluxos diversos. Isso remete, fundamentalmente, à importância da territorialização para os processos formativos em saúde com foco na aprendizagem significativa e nos contextos de vida do cotidiano. (CECCIM, 2005)

Entende-se, portanto, que o território da saúde não é só físico ou geográfico; é também trabalho ou localidade. O território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho e para o trabalho (CECCIM, 2005). Os territórios estruturam *habitus*, e não é simples e nem depende de um ato de vontade. A transformação inclui a luta pelo amplo direito à saúde. A tarefa de confrontar a força de captura das racionalidades médicas e gerenciais hegemônica requer impor a necessidade de singularização da atenção e do cuidado e a convocação permanente dos limites dos territórios (ROVERE, 2005).

Encontra-se, em jogo, num processo de territorialização: a humanização, em um sistema e em serviços capazes de acolher o outro; a construção da integralidade; a qualidade na atenção e na gestão em saúde; a responsabilidade para com os impactos das práticas adotadas; a efetividade dos projetos terapêuticos; e a afirmação da vida pelo desenvolvimento

da autodeterminação dos sujeitos (usuários, população e profissionais de saúde) – para levar a vida com qualidade. Essa territorialização não se limita à dimensão técnico-científica do diagnóstico e da terapêutica ou do trabalho em saúde, mas se amplia à reorientação de saberes e de práticas no campo da saúde, que envolve desterritorializar os atuais saberes hegemônicos e as práticas vigentes (CECCIM, 2005).

Territorializar-se, então, é criar mediações espaciais que proporcionem efetivo poder sobre a reprodução humana enquanto grupos sociais. Poder esse material e imaterial, multiescalar e multidimensional, de dominação e de apropriação simultaneamente. Além de sua enorme variação histórica, é necessário considerar também sua variação geográfica (HAESBAERT, 2004).

Obviamente, territorializar, para um grupo indígena da Amazônia, não é o mesmo que para os gestores em saúde. Cada um desdobra relações por meio do espaço, de formas mais diversas. Na visão dos indígenas, por exemplo, o território é construído muito mais no sentido de área-abrigo e de fonte de recursos, no nível local; para os gestores em saúde, ao contrário, o território interessa na condição de articulador de conexões ou redes de caráter global.

A territorialização pode expressar também um pacto no que tange à delimitação de unidades de referência, onde devem se estruturar as funções relacionadas ao conjunto da atenção à saúde. Envolve a organização e a gestão do sistema, a alocação de recursos financeiros e a articulação das bases de oferta de serviços por meio da rede de fluxos de referência/contra referência intermunicipais. (CECCIM, 2005)

O processo de delineamento de arranjos espaciais, da interação de atores, de organizações e de recursos, a territorialização resulta de um movimento que estabelece as linhas e os vínculos de estruturação do campo relacional subjacente à dinâmica da realidade sanitária do SUS no nível local. Essas diferentes configurações espaciais podem dar origem a diferentes padrões de interdependência entre lugares, atores, Unidades de saúde, Centros de Referência em seus processos e fluxos (FLEURY; OUVÉRY, 2007).

No entanto, a proposta é conceber uma territorialização ampla em que o processo seja o método de obtenção e de análise de informações sobre as condições de vida e de saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.), viabilizando o território como uma categoria de análise social (SOUZA, 2004, p. 70), um caminho metodológico de aproximação e de análise da realidade e de produção social da saúde.

2.5 OS TERRITÓRIOS NA/DA SAÚDE

As relações do território na Geografia com o território na saúde são reconhecidas já na Antiguidade, e os modelos explicativos de saúde sugerem forte vinculação com o território geográfico (SILVA, 1985; ROJAS, 1998).

Nesta dissertação, aborda-se como se apresentam as dimensões territoriais e suas complexidades na área da saúde. Porém, é necessário ultrapassar a simples definição para os vários significados, no sentido de se entender o debate a respeito da categoria territorial.

Vaitsman (2006, p. 33) tem uma importante consideração a respeito da saúde. Segundo o autor, ela:

[...] é resultante também da organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o território. Dessa forma, a saúde resulta do conjunto da experiência social, individualizado em cada sentir e vivenciado num corpo, que é também biológico.

Partindo dessa premissa, considera-se que a saúde também expressa cultura, valores, sentimentos e projetos de vida a partir da realidade territorial. Quando se adota o território e o uso que as pessoas fazem dele, visualiza-se, com maior clareza, a sua complexidade, a relação existente entre todas as coisas para se viver.

O território da saúde é constituído de instituições, pessoas e redes que dele participam (BRASIL, 2005). Vai além do espaço físico da comunidade, das unidades de saúde, pois trabalha os componentes, os saberes e as forças. Nele, também ocorrem trocas entre as pessoas, encontros e desencontros, o estabelecimento de relações e de pertencimento (território funcional e simbólico); onde é ressaltado o papel do território. É, portanto, o local das territorialidades, das diferenças entre profissionais e comunidade, por estabelecer diferentes graus de acesso às coisas.

Da mesma maneira que inúmeras estratégias de atenção à saúde são vinculadas a questões territoriais, a vinculação dos homens com o território está presente nos processos da saúde e da doença e de suas relações com as mesmas. Rojas (1998) afirma que a situação de saúde de um espaço populacional é influenciada pelos aspectos econômicos e ambientais (clima, solo, relevo), bem como pela experiência biológica da população em contato com

agentes patogênicos. Verifica-se, desse modo, que a adoção do território na saúde coletiva vai de encontro a uma necessidade de transformação social.

Nessa linha de pensamento, Czeresnia e Ribeiro (2000) afirmam que o território na saúde é lugar geográfico que predispõe a ocorrência de doenças. A história da saúde coletiva foi marcada pela relação saúde e ambiente e esse laço se contrapõe à visão somente biológica do processo saúde-doença; e, paralelamente, choca-se com o modelo econômico-industrial, de globalização, onde o homem tende a se afastar da natureza.

Nos estudos sobre a saúde coletiva, diante de tantas mudanças na época de modernização – em que as relações e as condições de trabalho, a relação entre os Estados, a vida cotidiana e a relação com o outro estão afetadas –, a incorporação de novos conceitos geográficos, como o território, está em evidência. Nesse sentido, é pertinente apresentar algumas abordagens e seus significados no campo da saúde.

Parafraseando Monken e Barcellos (2007), as mudanças na modernização podem beneficiar uns e prejudicar outros. Basta ver os problemas gerados pela construção de uma usina, por exemplo. A decisão de construí-la surge da necessidade de uma demanda, pela geração de empregos e pelo crescimento econômico. Ou seja, a sociedade precisa disso. Mas quem mora perto do local talvez sofra pelo tipo de construção: barulho, poluição, destruição do meio ambiente. Durante a construção, existem pessoas vindas de todos os lugares, que modificam a vida naquele território. Quem tomou a decisão? Como foi decidida a realização da obra? Isso depende das pressões políticas e das alianças feitas. A mesma coisa acontece em uma unidade de saúde. Normalmente, a localização dos serviços voltados para a saúde e para o social não se vale dessa análise do território. Ao contrário, é conduzida, muitas vezes, por interesses políticos eleitoreiros. As ações de saúde deveriam ser guiadas pelas especificidades dos contextos no território, que definem práticas adequadas a essas singularidades.

As diretrizes estratégicas do SUS têm uma forte relação com a definição de território e são uns dos conceitos mais utilizados no processo de reorientação do atual modelo assistencial. O município representa o nível inferior, onde é exercido o poder de decisão sobre a política de saúde no processo de descentralização.

O conceito de território é estruturante no PSF. Nesse território, as práticas de saúde avançam para a integração das ações de atenção, de promoção e de prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações (MENDES, 1993). A organização desses serviços segue os princípios da regionalização e da hierarquização, delimitando uma base territorial formada por agregações sucessivas, como a área de atuação dos técnicos de saúde.

No caso do SUS, o território é formado por redes de assistência e de comunicação nos níveis federal, estadual, municipal e local, através das quais se estabelecem a produção territorial. A rede é também uma combinação de projetos, de ligações, de obstrução e de acessibilidade, de aproximação e de distanciamento, pois o território não é homogêneo. Se assim o fosse, não haveria rede (MONKEN et al., 2008). As redes, no campo da saúde, têm algumas conotações como articulação sistêmica, integração e conexão.

O que permeia o entendimento é a ideia de enraizamento, de penetração dos territórios, de capilaridade. Com isso, os territórios estão sempre se transformando, e essas transformações podem ser harmoniosas ou conflituosas. Cada um vive de um modo, com um tipo de trabalho, com uma relação com o ambiente. Nesse mesmo território, existem diferentes atores sociais, com diferentes interesses e forças políticas distintas (relações de poder).

A construção do território revela relações marcadas pelo poder. Assim, faz-se necessário enfatizar uma categoria essencial para a compreensão do território, que é o poder exercido por pessoas ou grupos sem o qual ele não se define. Poder e território, apesar da autonomia de cada um, vão ser enfocados conjuntamente para a consolidação do conceito de território. Assim, o poder é relacional, pois está intrínseco em todas as relações sociais (RAFESTIN, 1993).

Existem conflitos entre grupos, e o território é sempre o resultado desses conflitos. Mesmo que não estejam escritos, existem regras e limites nesses territórios, regulando a vida local. Desse modo, seria extremamente importante reconhecer os grupos, as formas de resistência e de dominação desse território, de maneira a mobilizá-los, garantindo melhores condições de vida à população.

Bonnenaison e Cambrezy (1996) justificam essa idéia, afirmando que o pertencimento ao território implica a representação da identidade cultural. Ela supõe redes múltiplas. Refere-se à geossímbolos mais que à fronteiras, e inscreve-se nos lugares e em caminhos que ultrapassam os blocos de espaço homogêneo e contínuo da ideologia geográfica. Os dois autores afirmam: “[...] o poder do laço territorial revela que o espaço está investido de valores não apenas materiais, mas também éticos, espirituais, simbólicos e afetivos. É assim que o território cultural precede o território político e com ainda mais razão precede o espaço econômico” (BONNENAISON; CAMBREZY, 1996, p. 10).

Para compreender a vida cotidiana das pessoas e suas práticas de saúde e territorialidades, deve-se identificar o que acontece em nível local. O cotidiano é formado por

identidades, regras e recursos, integrados socialmente a outros territórios, como unidades de saúde, empresas e governo federal, estadual e municipal.

No cotidiano, as pessoas estabelecem relações com outros locais. Por exemplo, uma unidade de saúde é um lugar que produz algo: a saúde. Para tanto, precisa de trabalhadores, de materiais, de equipamentos. Não existe uma unidade de saúde com o prédio vazio. Diariamente, chegam e saem serviços e pessoas. Quando se identifica a unidade no território, na verdade, aponta-se para um local que tem forma e função. Nesse ponto, Santos (1999) afirma que qualquer objeto geográfico é formado por fixos e por fluxos. Os fixos seriam representados pelas ruas, casas e fábricas. Mas é necessário observar que, neles, existem também os fluxos. Quando se fala de fluxos, aborda-se a função dos objetos geográficos, os quais só têm função se inseridos no território.

O território não é um depósito de objetos (locais de saúde, profissionais, população), mas formado por redes de troca e de informação, que constituem e legitimam novos territórios. Vale lembrar que o território não é estático, e que as transformações que nele ocorrem podem desencadear, também, mudanças nas condições de vida e no ambiente e nos limites originalmente traçados (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Em um mesmo espaço, podem existir diversas territorialidades, resultando em territórios com configurações, temporalidades e objetivos distintos. A compreensão dessa dinâmica territorial deve levar em conta a multiplicidade de atores envolvidos, no campo da Saúde. Esses atores – gestores, trabalhadores da saúde, comunidade, instituições – atuam, efetuando novos arranjos políticos e econômicos, reestruturando-os e modificando-os em uma dinâmica territorial complexa.

É preciso entender que a partir dos novos usos políticos e econômicos do território se estabelece um espaço de ação, de poder e de gestão. Os atores, a fim de colocarem em prática suas idéias, planejam suas ações e tomam decisões. Eles interagem com outras escalas, formando redes na atenção primária, secundária e terciária nos níveis federal, estadual e municipal, tudo para atender às suas necessidades a partir das especificidades sociais, ambientais e culturais.

As redes podem ser técnicas, mas também são sociais, viventes (PARROCHIA, 1993). Elas formam territórios solidários, tornando-se um importante instrumento para a população e suprimindo carências estruturais, que o sistema não supre.

Segundo Mendes (1993), há, pelo menos, duas concepções de território aplicadas ao sistema de saúde: 1) o território-solo: definido por critérios geográficos, com visão estática, que não acompanha as mudanças contínuas do território; 2) o território-processo: definido por

critérios geográficos, políticos, econômicos, sociais, culturais e com visão dinâmica, que acompanha as mudanças permanentes territoriais.

O sistema de saúde utiliza uma variedade de nomenclaturas e de divisões territoriais para operacionalizar suas ações: o município, o distrito sanitário, a micro área, a área de abrangência de uma unidade de saúde. De acordo com Mendes (1993), no processo de municipalização, podem ser identificados os seguintes territórios: território-distrito, como delimitação político-administrativa; território-área, como delimitação da área de abrangência de uma unidade de saúde; território-micro área, delimitado com a lógica da homogeneidade socioeconômica sanitária; e território-moradia, como lugar de residência da família.

Cada território tem uma determinada área, uma população e uma instância de poder. Essas divisões e subdivisões territoriais são espaços de poder, dentre os quais se destacam o domínio público e privado, seja ele de caráter administrativo, gerencial, econômico, político, cultural ou religioso. Faz-se necessário, portanto, que a observação do território seja permanente a fim de detectar suas transformações (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Em geral, essas transformações passam despercebidas e são desconsideradas pelos gestores e pelos técnicos em saúde. Além do mais, os profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) veem a comunidade como um aglomerado amorfo, indistinguível, desorganizado (PEDROSA; TELES, 2001). Para muitos profissionais, a comunidade se traduz em números, em quantidade de famílias, em pessoas, em quadras e em ruas.

O território deveria ir além de uma simples divisão político operacional. Ele é o *locus*, da interação entre população e serviços no nível local. Tem por característica uma população específica, vivendo em tempo e em espaço singulares, com necessidades de saúde determinados (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Bitoun (2000) complementa essa análise, dizendo que, através do PSF, podem-se perceber três tipos de relação de poder, como efetivadores de três territórios: 1) um território de escuta (na fase de coleta de informações para atingir equidade); 2) um território administrativo (quando são definidas articulações com outros territórios para garantir acesso a equipamentos e a instituições que permitem disponibilidade de recursos mais complexos ou complementares); e 3) um território de realizações (quando é materializada a prestação de serviços no espaço vivido).

Ao se utilizar o conceito de território na saúde, deve-se atentar para o que afirmam Santos e Silveira (2001, p. 12): “[...] o território, em si mesmo, não constitui uma categoria de análise, ao considerarmos o espaço geográfico como tema das ciências sociais, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o território utilizado”.

Monken e Barcellos (2005) também afirmam que o espaço-território vai muito além de simples divisão político operacional. Ele é o *locus* onde se dá a interação da população e serviços no nível local. Possui como característica uma população específica, vivendo em tempo e em espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados. Dessa forma, os territórios são espaços e lugares, construídos socialmente. São extremamente variáveis e dinâmicos, e sua maior característica é ser uma área de atuação e de responsabilidade (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Cada território tem uma população, que normalmente não escolhe a sua localização em um território. Neste processo participam a história da ocupação, as desigualdades sociais, que tem a característica de juntar os semelhantes (MONKEN; BARCELLOS, 2007). Portanto, possibilita dizer que o território refletiria as posições ocupadas pelas pessoas e é produto de uma construção histórica e social, capaz de refletir as desigualdades existentes (ALBUQUERQUE, 2001).

Normalmente, as comunidades de baixa renda tendem a morar no entorno de áreas degradadas e poluídas. Elas constroem moradias precárias e em locais de risco. Observando o PSF, as equipes tendem a ser implantadas justamente nesses territórios de maior carência ou de bolsões de pobreza. As pessoas não são portadoras do risco em si, mas de inúmeros fatores a que estão expostas. Para Marques e Torres (2005), indivíduos e famílias igualmente pobres e escolarizados têm condições e características diferentes, dependendo de onde moram. Ou seja, o território representa um conjunto de possibilidades e de constrangimentos, variando as oportunidades que moradores de lugares mais ou menos segregados experimentam. (MARQUES; TORRES, 2005)

Nesse sentido, as pessoas, ao se movimentarem em territórios, interagem com suas potencialidades e fragilidades, tendo em vista as barreiras apontadas pelas fronteiras físicas, sociais, econômicas e simbólicas do território.

Quanto aos gestores e aos profissionais, seu papel deve ser redimensionado em suas relações com a comunidade, permitindo uma mudança que desloque a relação de autoritarismo para uma relação de diálogo, na qual se desenvolva uma atenção adequada à cultura popular e às especificidades dela (MAFRA; CHAVES, 2004). Conseqüentemente, o trabalho da equipe de saúde deve começar pelo diagnóstico. Mas, é preciso lembrar que a abordagem da comunidade deve se dar gradualmente em todo o processo das práticas de saúde, por aproximações sucessivas, e não no primeiro contato (FREITAS, PORTILLO, 2002).

Mafra e Chaves (2004) observaram, em falas de profissionais, que o território é considerado como área geográfica, onde se contam pessoas que nele vivem e onde se dividem áreas, sem considerar a dinâmica da realidade como essencial para se realizar uma proposta de intervenção. Dessa forma, uma das ações de saúde é a identificação dos territórios e dos poderes instituídos dentro dele. Pensar que esses territórios são fechados e independentes é artificial. Nem o ambiente pode ser constricto dentro dos limites de um território, nem os processos sociais se restringem a esses limites. Mas, essa territorialização é útil para a organização dos trabalhos em saúde.

É necessário atuar nesse território e, ao mesmo tempo, reconhecer o seu conteúdo político, social e ambiental e que sua população pode sofrer consequências dos processos de produção e de consumo. Além disso, é preciso pensar que o território se liga a outros em redes, onde circulam informação, materiais e energia com grande rapidez e intensidade.

Admite-se que o território representa um limite de poder e de responsabilidade. Os setores dos governos municipais, estaduais e federal podem criar territórios para fins administrativos. Trata-se de divisões político/administrativas ou somente administrativas. Dessa forma, um território pode conter vários territórios, territorialidades ou multiterritorialidades, conceito defendido por Haesbaert (2004) que, em linhas gerais, pode ser concebido como um processo de reterritorialização constante, seja de uma área (território-zona) seja de uma série de áreas (território-rede), que as sociedades vivenciam, contínua e simultaneamente. De acordo com o autor, a perspectiva da multiterritorialidade está mais próxima dos processos sócio-espaciais atuais.

As questões ligadas a ordenamento, controle e gestão ajudam a repensar o conceito de território (HAESBAERT, 2004). A implementação das políticas de ordenamento territorial deixa clara a necessidade de se considerar duas características básicas do território. Uma seria seu caráter político, no jogo entre “macropoderes” políticos institucionalizados e “micropoderes”, mais simbólicos, produzidos no cotidiano da população. Outra, seu caráter integrador. Ou seja, o Estado, em seu papel de gestor; e os indivíduos, em sua vivência concreta nos seus territórios, capazes de reconhecer e de tratar esse espaço em todas as suas múltiplas dimensões. De acordo com Haesbaert (2004), as duas origens, ainda que consideradas por alguns estudiosos como duvidosas, perpassam os conceitos de território, utilizados tanto pelo senso comum quanto pela ciência.

Os poderes institucionalizados nas ações de saúde deveriam ser orientados pelas especificidades locais, dos contextos da vida cotidiana, captando estas particularidades. Tal cotidiano é formado pelas identidades locais, também integradas às unidades de saúde.

A implantação do SUS reflete sobre os critérios de delimitação dos territórios na saúde, de sua base territorial e do funcionamento dos serviços. É nessa ótica gerencial que se invoca o conceito de território, concebido como área político-administrativa, na divisão de espaços, nos processos que aí se desenvolvem.

O reconhecimento do território no cotidiano não exclui a relação com outros níveis de decisão. A prática intersetorial exige uma gestão informada, baseada no conhecimento territorial e na integração com a comunidade local, buscando recursos, parcerias e soluções para seus problemas. Uma equipe que troca saberes e experiências e que conhece as potencialidades locais tem grandes chances de disseminar a promoção da saúde na atenção coletiva. Acreditar que ações somente no campo da saúde serão capazes de resolver os problemas da população é um discurso análogo àquele que afirma ser a Odontologia apenas o de cuidar dos dentes (MOREIRA et al., 2007). Desse modo, o objeto das práticas de saúde se expande para além da doença, dos doentes, dos modos de transmissão e dos fatores de risco, passando a englobar as necessidades e os determinantes (condições de vida e de trabalho). (MONKEN; BARCELLOS, 2007)

No próximo capítulo, essa discussão é ampliada pela maneira como se organizam as práticas no território da saúde bucal.

3 EXPLORANDO O TERRITÓRIO DA SAÚDE BUCAL

A segunda metade do século XX viu o surgimento de várias odontologias no Brasil, iniciando suas primeiras atividades odontológicas desenvolvidas pelo setor público. No meio acadêmico, consagrou-se a expressão “odontologia social e preventiva” como *locus* dessa profusão de proposições.

Narvai (1994), em seu livro publicado, “Odontologia e saúde bucal coletiva”, cita as seguintes odontologias: sanitária, preventiva, social, simplificada, integral, comunitária e a saúde bucal coletiva. O autor as analisa inseridas nos contextos em que emergiram, explorando suas relações com a saúde e com os diferentes modelos de atenção para a população.

3.1 EVOLUÇÃO DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

3.1.1 Odontologia Sanitária

Na visão de Chaves (1962), a Odontologia Sanitária é a disciplina da saúde pública responsável pelo diagnóstico e pelo tratamento dos problemas de saúde bucal da população, podendo ser uma cidade ou parte dela, um Estado, região, país ou grupo de países. O autor relata que a Odontologia Sanitária é trabalho organizado da/na/para a comunidade, visando obter melhores condições de saúde bucal.

Foi em 1952 que o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)³ implementou, em vários municípios do Brasil, inclusive em Aimorés (Minas Gerais), os primeiros programas de Odontologia Sanitária no Brasil. Tinha, como público alvo, os escolares, por entenderem que se tratava de uma população epidemiologicamente mais vulnerável e mais sensível às intervenções em saúde, passando, assim, a fazer parte da saúde bucal, o planejamento e a

³ O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado em 17 de julho de 1942, em decorrência de um acordo firmado entre os Estados Unidos e o Brasil, estabelecendo as seguintes atribuições: o saneamento do Vale do Amazonas, o preparo de profissionais para o trabalho de saúde pública e a colaboração com o então Serviço Nacional de Leprosia. O SESP foi uma agência especializada, assumindo uma moderna administração sanitária aos estados brasileiros, incorporando dispositivos eficazes desse modelo de regulação, como a estatística vital, a higiene infantil, a prevenção de acidentes, o controle de tuberculose e a educação sanitária. (BAGNATO, 2008)

programação. Esse modelo de atenção foi um importante marco na história da saúde pública, pois foi a primeira vez que se interveio, de maneira efetiva, para proteger a saúde bucal da população, desenvolvendo ações de prevenção e de reabilitação. (NARVAI, 2006)

A principal ferramenta teórica utilizada pela Odontologia Sanitária para diagnosticar e para tratar os problemas de saúde bucal da comunidade foi o chamado Sistema Incremental, um método de trabalho que visava um atendimento dental completo de uma população dada, no intuito de eliminar suas necessidades acumuladas e, posteriormente, mantendo-a sob controle, conforme critérios de prioridade (idade e problemas). Nesse método, assinalava-se a previsão de uma ação horizontal por meio de um programa preventivo, objetivando controle e incidência desses problemas. Outra ação, vertical, também era realizada, em um programa curativo, buscando solucionar os problemas prevalentes. Paralelamente, um programa educativo dava apoio a essas ações (PINTO, 1989).

Pinto (1993) ressalta que, mesmo sendo empregada em escolares, por razões operacionais, tal metodologia pode ser aplicada a outros grupos. O sistema incremental teve como lógica prever uma cobertura ascendente a partir de menores idades, de acordo com o quadro epidemiológico que se apresentava, onde a prevalência de cárie em dentes permanentes é menor nas idades mais jovens, sendo, portanto, o momento perfeito para intervir com ações educativas, preventivas, curativas. Como consequência, o atendimento odontológico direcionou-se predominantemente para os escolares, no intuito de paralisar a cadeia epidemiológica, utilizando a prevenção ou proporcionando tratamento restaurador nas fases iniciais da doença, no sentido de impedir seu agravamento e evitar gastos bem maiores que seriam necessários para conter lesões mais complexas (PINTO, 1993). A justificativa para a aplicação desse modelo em escolares partiu da seguinte ideia: prevenindo a cárie na infância, na vida adulta, as pessoas estarão mais protegidas (SHEIHAM, 1992).

Diniz (1987), ao analisar o emprego dessa metodologia, comenta que foi quase uma panaceia para os sanitaristas e para os gerentes de serviços odontológicos. As instituições de saúde enfatizaram a formação de recursos humanos, por ser uma norma técnica do SESP, e deram maior atenção aos escolares, por permitir um trabalho sistemático e uma ação dinâmica, oferecendo tratamento no próprio local de ensino, em virtude da facilidade e de sua concentração nas escolas.

A técnica, com tais características e recomendações, confundiu-se com a própria Odontologia Sanitária, perdendo-se os preceitos, tão importantes para Chaves (1962), de trabalho organizado na/da/para a comunidade (NARVAI, 2006). A Odontologia Sanitária se viu, assim, reduzida aos programas odontológicos escolares. De acordo com Narvai (1994), o

Sistema Incremental se tornou ineficiente à medida que foi transformado em padrão a ser reproduzido sem critérios e, em ocasiões e em contextos de precariedade gerencial, de falta de recursos e de ausência de enfoque epidemiológico dos programas.

No entanto, o Sistema Incremental influenciou o país (RONCALLI, 2000). Para Narvai (1994), foi a partir dos anos 1960 e após fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) – originária do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967 –, que a assistência odontológica cresceu, culminando na aprovação do Plano de Reorientação da Assistência Odontológica (PRAOD) pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (NARVAI, 1994). Ao mesmo tempo, a Odontologia Sanitária formulou propostas de iniciativas inter-setoriais, envolvendo o uso do flúor em sistemas públicos de abastecimento de água. Em escolas, muitas técnicas de uso tópico do flúor foram desenvolvidas com variadas concentrações da substância (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Embora a fluoretação das águas tenha sido extremamente importante para a redução da cárie dentária, sendo também uma medida cuja defesa é contínua por todos que compreendem a saúde como direito universal (NARVAI; FRAZÃO, 2008), a Odontologia Sanitária fracassou na tarefa histórica de produzir uma prática odontológica que rompesse com a odontologia de mercado (NARVAI, 2006). Além do mais, tendo seu ápice na época da ditadura militar brasileira (1968-1978), suas formulações teóricas foram associadas a esse contexto autoritário, o que contribuiu ao seu declínio nos anos 1980.

Em oposição ao autoritarismo da ditadura, o movimento da Reforma Sanitária buscou a instauração de um sistema unificado de saúde, com acesso universal, e articulou proposições como descentralização das ações de saúde e universalização do acesso, sob controle da população, propostas levadas à VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.

3.1.2 Odontologia Preventiva

Paralelamente à proposta da Odontologia Sanitária, nos anos 1960, chegou ao Brasil a proposta da Odontologia Preventiva, que teve mais aceitação nas universidades do que nos setores públicos – fato somente superado a partir dos anos 1980, com o desenvolvimento dos estudos do processo da cárie.

A Odontologia Preventiva foi implantada nas faculdades de Odontologia, propiciando a criação de disciplinas específicas no currículo. Cercada de abordagens equivocadas,

[...] a abordagem da prevenção em uma disciplina isolada é discrepante, porque a prevenção em saúde deve constituir sinônimo de integração; integração de ações, de recursos, de esforços. A prevenção, ao invés de constituir simples objeto dentro do conteúdo de disciplinas estáticas e isoladas, deve prevalecer como o sujeito de todo um processo de ensino-aprendizagem dinâmico, integrado e com fundamentação social. (GARRAFA, 1983, p. 35)

Uma proposta da Odontologia Preventiva, de muita repercussão na época, foi o Programa Odontológico Escolar de Saúde (PROESA), desenvolvido no município de Porto Alegre pela Prefeitura. O PROESA teve como meta a redução de manchas brancas ativas, primeiro sinal visível clínico do processo de desmineralização, com uma redução da atividade de cárie. A metodologia proposta preconizou a desorganização do biofilme (película de depósitos bacterianos e constituintes salivares, causa principal da cárie e da doença periodontal) em crianças, além da aplicação de flúor gel com a escova. Paralelamente a isso, foram realizadas capacitações com as crianças sobre saúde bucal no intuito de socializar a atividade. (VIEIRA, 2010)

3.1.3 Odontologia Simplificada/Comunitária

As propostas da Odontologia Simplificada/Comunitária surgiram nos anos 1970 sob a influência das doutrinas da atenção primária, sendo definida como uma prática profissional que permitia, através da padronização, a diminuição dos passos e da eliminação do supérfluo, tornando-se mais simples, barata e produtiva, e viabilizando os programas de extensão de cobertura (MENDES, 1986).

No entanto, na prática, foi uma odontologia realizada como na prática liberal – embora destinada às classes sociais menos favorecidas –, de alta produtividade e curativa em detrimento da prevenção, com conseqüente queda da qualidade de suas ações. Com isso, estabeleceu-se uma política social discriminatória, alimentando as desigualdades entre as classes sociais (MENDES, 1986).

Segundo Narvai (1994), a expressão “Odontologia Comunitária” não tem sentido, uma vez que a odontologia é sempre comunitária, sempre social, direcionada a toda a população.

3.1.4 Odontologia Integral

A Odontologia Integral surge tendo como ideologia o coletivismo, a integração de atividades de promoção, prevenção e reabilitação ou curativas; o trabalho em equipe; a descentralização da atenção odontológica; a inclusão de práticas odontológicas alternativas e a tecnologia apropriada e a participação comunitária. Essa nova prática foi definida como:

[...] ecologicamente orientada, alternativa à odontologia flexneriana, que tem como objetivo último, a manutenção da saúde, e que é caracterizada pela natureza coletiva do seu objeto, pela ênfase na prevenção no seu significado mais amplo, pela simplificação dos elementos da prática profissional, com utilização intensiva de tecnologia apropriada e pela desmonopolização do saber odontológico. (MENDES, 1986, p. 545)

Na perspectiva de Narvai (1984), a ausência de explicitação do significado do adjetivo “integral”, incorporado ao nome odontologia, por alguns autores, que a entenderam como tendo coerência com a doutrina e com os princípios da Reforma Sanitária, levou a considerá-la como “uma absoluta inutilidade” (NARVAI, 1984, p. 63).

Apesar dos avanços alcançados na Odontologia Simplificada e na Odontologia Integral como o redimensionamento do espaço físico, a implementação de procedimentos profiláticos, a introdução do conceito de risco e a afirmação da necessidade da participação popular não conseguiram romper com o modelo sepiano, demonstrando pouco alcance coletivo, como relatado anteriormente (SOARES, 2007).

É interessante, aqui, abrir um parêntese e citar um programa desenvolvido em Minas Gerais, entre os anos 1980 e 1990, chamado Programa de Inversão da Atenção. Ele surgiu a partir de elaborações teóricas de Loureiro e de Oliveira (1995), professores da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), incorporando os avanços da Odontologia Integral e embasando-se na estrutura organizativa do SUS. Teve, como principal característica, o controle epidemiológico da cárie dental, obtido com tecnologias preventivas, originadas dos países escandinavos. O objetivo era o controle e não a cura da cárie dental, trabalhando, inicialmente, com a estabilização da doença, passando para a reabilitação e finalizando com o declínio (entendido como o controle da doença), o que focava nos fatores condicionantes da doença com a introdução do autocuidado (OLIVEIRA et al., 1999).

Desse modo, foram definidas três fases dentro do programa, alimentadas por um sistema de informação: a estabilização, a reabilitação e o declínio. A primeira fase tinha por objetivo reduzir a incidência e a velocidade de progressão da cárie, utilizando ações preventivas coletivas e individuais não-invasivas ao controle da doença, e ações individuais de tecnologia invasiva ao controle da lesão. Na segunda fase, dava-se o restabelecimento da estética e da função perdida pelas sequelas da doença. Por fim, a terceira fase englobava o declínio da doença e os fatores condicionantes, introduzindo a noção e os métodos de autocuidado (LOUREIRO; OLIVEIRA, 1995).

As críticas surgiram pela sua exclusividade de atendimento em escolas e em creches, sem considerar os princípios doutrinários do SUS, como o da universalização, e também por não terem sido levadas em conta as reais necessidades epidemiológicas da população (NICKEL et al., 2008).

Ainda nos anos 1980, foi observado um expressivo aumento da frequência do termo “Saúde Bucal Coletiva” em publicações científicas e técnicas (NARVAI, 2001). Passou-se a falar, principalmente no Estado de São Paulo, sob evidente influência do movimento da saúde coletiva, em Saúde Bucal Coletiva, ponderando que, além de já aparecer em vários livros e em artigos, o termo já havia sido adotado, inclusive, em uma instituição nacional, a Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva (Abrasbuco), criada em 1998.

3.1.5 Saúde Bucal Coletiva

Saúde Bucal Coletiva é um campo de conhecimentos e de práticas, que integra um conjunto mais amplo identificado como ‘Saúde Coletiva’ e que, ao mesmo tempo, também compreende o campo da Odontologia, incorporando-o e redefinindo-o e, por essa razão, necessariamente, transcendendo-o (NARVAI; FRAZÃO, 2006).

Para Narvai e Frazão (2006), a Saúde Bucal Coletiva defende que a saúde bucal das populações não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais conduzidas de maneira consciente pelas pessoas, incluindo todos os profissionais de saúde. Sendo processo social, cada situação é única, singular, histórica, não cabendo, portanto, uma reprodução mecânica em qualquer outra situação concreta, uma vez que os elementos e as dimensões de cada um desses processos apresentam contradições e são marcados por negociações e pactos que lhes são próprios, específicos, gerando conflitos (NARVAI, 2006).

Percebe-se, aqui, que a Saúde Coletiva tem uma estreita relação com o território em suas múltiplas vertentes: social, político, cultural e histórico. Os territórios da Saúde Bucal Coletiva são produções coletivas, com materialidade histórica e social, não cabendo configurações singulares (MONKEN et al., 2008). Ou seja, eles caminhariam das fronteiras entre os povos aos limites do corpo e do afeto entre as pessoas. Essa análise, com forte apelo antropológico, abre possibilidades para a saúde coletiva no que diz respeito aos territórios do cotidiano, que têm como parâmetros a intimidade, a cooperação e a socialização (BARCELLOS, 1995).

Essa concepção com apelo social e histórico implica à Saúde Bucal Coletiva uma ruptura epistemológica com a Odontologia de Mercado, cujo marco teórico se assenta nos aspectos biológicos e individuais, que fundamentam sua prática, desconsiderando a determinação de processos sociais complexos (NARVAI, 2006).

Nesse contexto, Narvai (2006, p. 106) justifica:

[...] pretendendo romper com todas as odontologias adjetivadas, a saúde bucal coletiva tem procurado constituir-se em referência de uma práxis capaz de recuperar para o trabalho em odontologia suas dimensões política, social, comunitária, preventiva e integral, indispensáveis às práticas no campo da saúde que tenham como horizonte sociedades democráticas e solidárias, nas quais as questões de saúde/doença tenham, efetivamente, relevância pública e assim sejam consideradas pelo Estado e pelo conjunto da sociedade.

Portanto, a Saúde Bucal Coletiva tem, como proposta, substituir toda forma de tecnicismo e de biologismo que permeia as formulações específicas no campo da odontologia social e preventiva, reconstruindo assim, de modo articulado e orgânico ao pensamento e a ação da *Saúde Coletiva*, e reforçando o compromisso histórico desta com a melhoria da qualidade de vida das pessoas e com a defesa da cidadania, tanto da ação predatória do capital quanto da ação autoritária do Estado (NARVAI, 2006).

Essa substituição de toda forma de tecnicismo e de biologismo ganhou relevância com a proposta formulada por Botazzo (2000), de bucalidade, em seu trabalho “Da arte dentária”. Para esse autor, a bucalidade corresponde a um arranjo teórico-metodológico no qual são imprescindíveis os trabalhos bucais, identificados como sendo manducação, linguagem e erotismo. O ato de manducar é definido como consumo do mundo para sobreviver no plano natural; a linguagem, como produção e consumo de palavras; e o erotismo, como relação amorosa e produção de atos bucais sexuais. Botazzo (2008) enfatiza que a saúde não se detém

ou se esgota na forma clínica, e que a teoria odontológica não dá conta de recuperar o homem como um todo, abrindo-se, em decorrência, infinitas possibilidades de produzir conhecimentos e práticas a partir do referencial da bucalidade. (NARVAI, 2006)

As três funções – manducação, linguagem e erotismo – estão ligadas à cultura. São produtos sociais dotados de historicidade. De acordo com Botazzo (2008), a boca é um território, lugar de normalidades, de tempos e de significados. As três funções não são estáticas e envolvem o indivíduo numa permanente elaboração da fronteira entre a razão e o desejo. Também aqui, pode-se introduzir o conceito de “territorialidade”, onde há embates entre razão e desejo. Se não houvesse dispositivos reguladores, a manducação poderia ser nociva ao homem: iria se comer o que não se deve; iria se produzir palavras e consumi-las; iria se pensar naquilo que se fala (pois, às vezes, fala-se o que não se deve); e iria se produzir atos sexuais de um modo não recomendado (BOTAZZO, 2008).

Na saúde coletiva, a bucalidade nem sempre assume a forma de doença cárie. Para o odontólogo, quase tudo é cárie ou sua consequência. É preciso, no entanto, ver além.

Narvai (1999) faz várias críticas à saúde bucal, chamando-a de mercantilista, de alto custo, alta complexidade; ineficaz e ineficiente; com baixa cobertura populacional; com má distribuição geográfica; e focada em pessoas individualmente com ações curativas. O autor considera importante a capacitação dos profissionais do SUS e chama a atenção para a falta de interesse de alunos da graduação pela saúde coletiva, o que reflete a construção da imagem social, que reforça o dentista voltado à prática individualista e tecnicista.

Para o grande número de CD clínicos, lançados num mercado em crise, tudo é muito confuso, já que, por (de) formação acadêmica, os mesmos nunca foram estimulados a refletir criticamente sobre a sucessão de fatos, com alguma consequência e propriedade sociológica, antropológica, histórica, política e econômica (ZANETTI, 2000). Esse interesse ressurgiu após a graduação, no momento em que os profissionais se preparam para os concursos. É nesse momento que o profissional se depara com a incompatibilidade da imagem recebida no curso e a realidade do mercado. Garrafa, já em 1993, por exemplo, afirmava que as universidades lançam no mercado uma enormidade de dentistas, que em sua maioria não se interessam pelo SUS (ZILBOVICIUS, 2005).

Historicamente, a Saúde Bucal não foi considerada prioritária nas políticas públicas de saúde, com sua atenção voltada somente para escolares ou a pequenos grupos, excluindo o restante da população e reproduzindo, nos serviços públicos, o modelo predominante da prática liberal da profissão. Esse fato resultou em uma grande demanda de pessoas com necessidade de assistência (ELY, 2002). E o reconhecimento dessa crise fez com que novas

propostas de modelos de saúde propusessem uma transformação, na qual o PSF fosse apontado como um modelo mais importante na consolidação do SUS.

O PSF envolve a presença de profissionais, que devem ter a visão ampliada sobre o processo saúde-doença, capazes de entender as pessoas, levando em consideração os vários aspectos de sua vida, e não apenas um conjunto de sinais e de sintomas restritos à cavidade bucal.

É necessário que o CD realize seu trabalho, equilibrando prevenção e cura, adotando procedimentos eficazes que aliviem a dor e o sofrimento das pessoas. Além disso, deve participar do processo de identificação dos problemas dos diferentes grupos populacionais do território sob responsabilidade de seu serviço de saúde, atuando em equipes multidisciplinares e inter-setoriais, com a participação de lideranças locais na vigilância da saúde bucal.

Resumidamente, têm-se as propostas do modelo de atenção em saúde bucal conforme quadro abaixo:

QUADRO 1 – Adjetivos da Odontologia e suas propostas de práticas

Adjetivos	Propostas
Sanitária	Diagnóstico e tratamento de saúde oral da comunidade
Social	Compreensão das causas que impedem os bons níveis de saúde da população e busca de sua superação
Preventiva	Prevenção das enfermidades orais
Simplificada/Comunitária	Simplificação das ações sem alterar sua qualidade
Integral	Unificação das práticas anteriores
Saúde Bucal Coletiva	Práticas de saúde que extrapolam os limites assistenciais da Odontologia

Fonte: Vieira (2010)

3.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

A história da Política de Saúde Bucal começou em 2003, após concluído o levantamento epidemiológico de saúde bucal e divulgado o Relatório Descritivo do Projeto

SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira (BRASIL, 2003). Os resultados foram tão importantes que daí foram traçadas finalmente sua política.

A Política Nacional de Saúde Bucal foi adotada somente em 2004, após Relatório Descritivo do Projeto SB Brasil 2003 e também após um processo de discussões com os gestores estaduais de saúde bucal e em proposições que, nas últimas décadas, foram geradas em congressos e encontros de odontologia e de saúde coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde. Essas diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e das práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta a produção do cuidado. Dessa forma, deve ser compreendido como referência conceitual para o processo de se fazer o modelo de atenção no espaço da micropolítica, no qual ocorre, diante de diversos problemas e demandas, o encontro dos saberes e dos fazeres entre usuários e profissionais, bem como os gestores. Nesse território da micropolítica, é que ocorrem expressivas territorialidades marcadas por contradições, nos diferentes modos de fazer.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal receberam o nome de “Brasil Sorridente” na busca de melhor assistência à população. O programa foi apresentado em 2004, como reorientação do modelo, visando garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços. Na integralidade das ações, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação à saúde nas urgências e emergências e na definição da política de educação permanente para os profissionais em Saúde Bucal.

Essa proposta surgiu, então, a partir de outras territorialidades já existentes e citadas anteriormente, fruto da exclusão dos usuários, da falta de humanização, da centralização no indivíduo, entre outros.

A inserção da Saúde Bucal no PSF representou a possibilidade de se criar um espaço de práticas e de relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da Saúde Bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em Saúde Bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e para ampliar o acesso às ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 2006). Por ter como característica uma enorme capilaridade, o PSF é um programa socialmente sensível às ações, que colocam, frente a frente, profissionais e realidade (BRASIL, 2004). Uma realidade, muitas vezes, dura, em que se agrupam vários descompassos e interesses no território atuante.

Nesta pesquisa, fala-se de incentivos financeiros, pois, sem esses recursos, a gestão dos serviços em saúde não se faz. Os recursos financeiros são tão importantes, que muitos gestores alegam ter dificuldade em gerenciar os serviços odontológicos, que são rotulados caros na sua operacionalização.

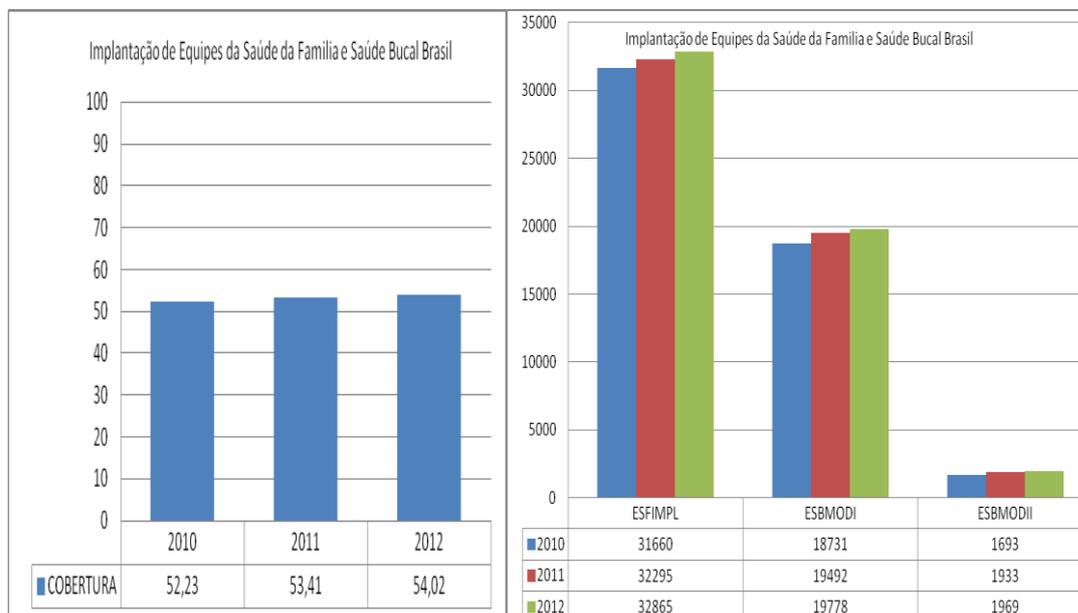
Os incentivos financeiros foram iniciados pela portaria 1444/2000 onde estabeleceu R\$ 13.000,00 (treze mil reais) para modalidade I e R\$ 16.000,00 (dezesesseis mil reais) para a modalidade II. Desde então, outros reajustes se fizeram. Com a Portaria nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, foram efetuados reajustes dos incentivos, passando cada ESB Modalidade I a receber R\$ 20.400,00 (vinte mil e quatrocentos reais) e as ESB Modalidade II a receber R\$ 26.400,00 (vinte e seis mil e quatrocentos reais) por ano para custeio. Ambas as modalidades passaram a receber R\$ 6.000,00 (seis mil reais) como incentivo adicional para a aquisição de equipamentos e instrumentais. A partir dessa portaria, as ESB Modalidade II passaram a receber um equipo odontológico completo (cadeira odontológica, mocho, refletor, unidade auxiliar e peças de mão) para a atuação do TSB. (BRASIL, 2006)

Também em 2004, a partir das Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal, reforçando a inclusão da ESB no PSF, criaram-se os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e organizou-se um sistema nacional de vigilância sanitária dos teores de flúor. Houve a realização da III Conferência Nacional de Saúde Bucal com foco no acesso e na qualidade em saúde bucal a fim de superar a exclusão social.

Em 2006, a portaria MS/GM nº 648 regulamentou a Atenção Básica e definiu as ações de Saúde Bucal nesse nível de atenção. Foi lançado o Pacto pela Saúde, que adotou dois indicadores para a Saúde Bucal (Primeira Consulta Programática e Procedimentos Coletivos) com o objetivo de organizar o acesso aos serviços e de subsidiar o planejamento das ações (BRASIL, 2010). Sintetizando, no período de 2003 a 2011, o Ministério da Saúde promoveu cinco reajustes nos valores dos incentivos financeiros repassados às ESB.

Conforme os dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB), até julho de 2012, foram implantadas 32.865 equipes de Saúde da Família, com uma cobertura estimada de 54,02% da população. Dessas, 19.778 equipes de Saúde Bucal na modalidade I e 1.969 equipes na modalidade II, em 4.903 municípios brasileiros.

Gráfico 1 – Implantação das equipes de Saúde Bucal no Brasil



Fonte: MS/SAS/DAB/IBGE (2012)

Apesar da elevação dos dados, nota-se ainda uma enorme discrepância entre os números de equipes de Saúde da Família e da Saúde Bucal, devido a Saúde Bucal ter sido incluída no projeto quase seis anos depois. Também há uma variação entre as Modalidades I e II, fato que se deve à dificuldade ainda em se contratar TBS, pela pouca disponibilidade no mercado e ainda por ser uma profissão relativamente nova.

Atualmente, o custeio das equipes é feito pelo município e pelo Ministério da Saúde, que financia a implantação com um incentivo de R\$ 7.000,00 (sete mil reais) por equipe, além do incentivo mensal de R\$ 2.230,00 (dois mil, duzentos e trinta reais) para a Modalidade I e R\$ 2.980,00 (dois mil, novecentos e oitenta reais) para a Modalidade II, conforme portaria GM nº 978 de 16/05/2012.

Além dos incentivos financeiros de implantação e de custeio, o Ministério da Saúde fornece um equipamento odontológico para cada nova ESB implantada através de doação direta ou do repasse de recursos necessários para adquiri-los.

Porém, sabe-se que muitos municípios do país, especialmente os localizados nas regiões sul e sudeste, possuem outras formas de organização da atenção básica, que diferem da ESF. Pensando nisso, o Ministério da Saúde publicou a Portaria SAS nº576/2011, que cria

novos tipos de Equipes de Atenção Básica para aderirem ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

O PMAQ destina recursos de acordo com o cumprimento de metas de satisfação dos usuários e atendimento. Todos os modelos de Atenção Básica podem criar equipes, que fazem equivalência às equipes da Estratégia Saúde da Família. Porém, alguns princípios básicos da Atenção Básica devem ser seguidos, como possuir área de adscrição (território) e garantir acesso e continuidade do cuidado. Os dentistas, que podem compor as equipes, devem realizar clínica geral, já que atenderão em equivalência com a atenção básica. Só receberão recursos as equipes de atenção básica participantes do PMAQ, ou seja, aquelas que assinarem um contrato com metas de atendimento com o Ministério da Saúde. Assim, o Ministério estimula financeiramente as equipes na melhoria e qualidade do atendimento (Portal DAB/MS, 2012).

Outra ação de grande impacto do Governo é a ampliação da fluoretação da água de abastecimento público, uma das principais ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Sendo assim, estão sendo implementadas ações que visam assegurar água tratada (clorada e fluoretada) como direito de cidadania. Cabe ressaltar que, até o início de 2003, pouco mais de 70 milhões de brasileiros eram abastecidos com flúor na água. Com o “Brasil Sorridente”, dados de dezembro de 2005 mostram que foram implantados 205 novos sistemas de fluoretação da água de abastecimento público, abrangendo 106 municípios em seis estados. Esse processo está sendo viabilizado em parceria com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e mediante convênios com as Secretarias Estaduais de Saúde.

O Programa também financiou a implantação de 600 sistemas de fluoretação de águas de abastecimento público, beneficiando mais de cinco milhões de pessoas. De acordo com Melo et al. (2006), entre as medidas que mais contribuiram para o declínio da cárie dental, encontra-se a adição do flúor nas águas de abastecimento público e nos cremes dentais. Segundo o autor, a fluoretação das águas foi considerada, nos Estados Unidos, uma das dez maiores conquistas do século XX.

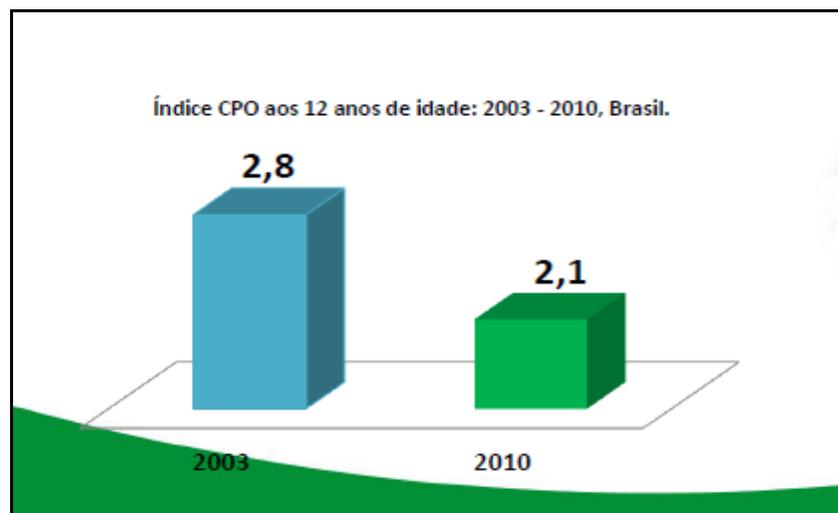
Uma das últimas e importantes realizações do Governo foi o “SB Brasil”, em 2010, que teve por objetivo fazer o diagnóstico das condições de saúde bucal da população brasileira em 2010; traçar comparativo com a pesquisa “SB Brasil 2003”; avaliar o impacto do “Programa Brasil Sorridente”; e planejar ações de saúde bucal para os próximos anos. A metodologia foi semelhante ao “SB Brasil 2003”, possibilitando o início da série histórica de indicadores da saúde bucal do brasileiro.

O CPO é o principal indicador, composto pela soma dos dentes: Cariados – acometido pela cárie e ainda não-tratados; Perdidos – extraídos em decorrência da cárie; Obturados –

acometidos pela cárie, porém, tratados. O CPO, aos 12 anos de idade, é o padrão para comparação internacional, pois reflete o ataque de cárie logo no começo da dentição permanente. (BRASIL, 2010)

Uma boa notícia é que ele caiu 26% nos últimos sete anos no Brasil, como mostra o gráfico abaixo

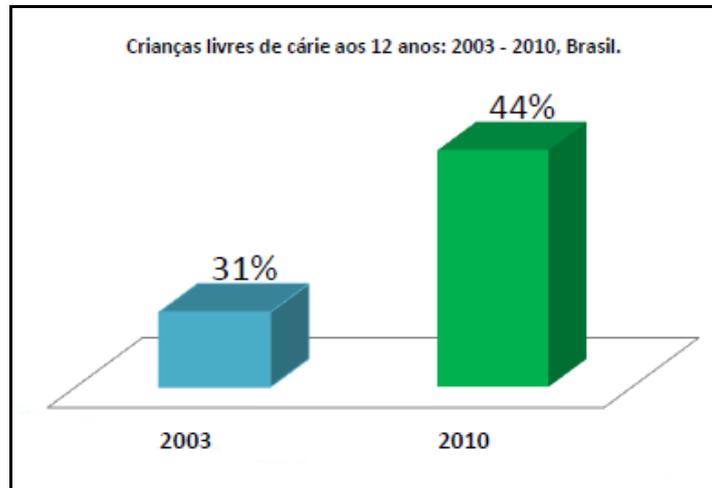
Gráfico 2 – Índice de CPO aos 12 anos de idade



Fonte: Brasil (2010)

A proporção de crianças livres de cárie aos 12 anos cresce de 31% para 44%. Isso significa que cerca de 1,6 milhão de dentes deixaram de ser afetados pela cárie em crianças dessa faixa etária, entre 2003 e 2010.

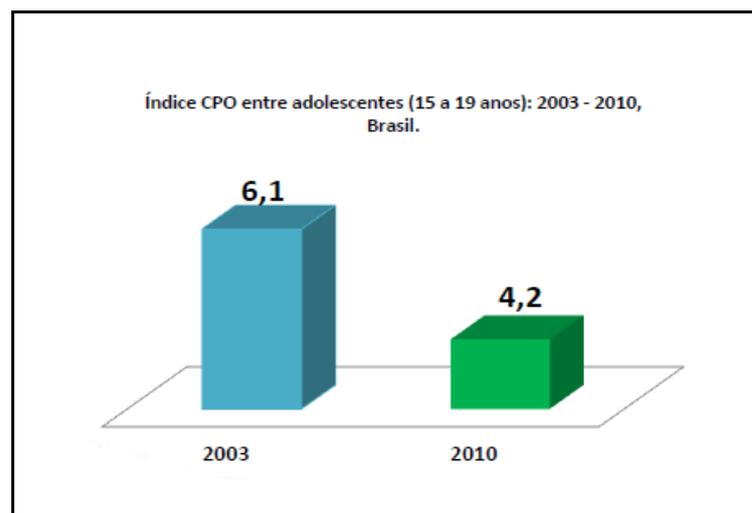
Gráfico 3 – Crianças livres de cárie aos 12 anos de idade



Fonte: Brasil (2010)

Nos adolescentes, na faixa etária de 15 a 19 anos, houve redução de 30% do CPO entre 2003 e 2010. Isso significa que 18 milhões de dentes deixaram de ser atacados pela cárie conforme indica o gráfico abaixo.

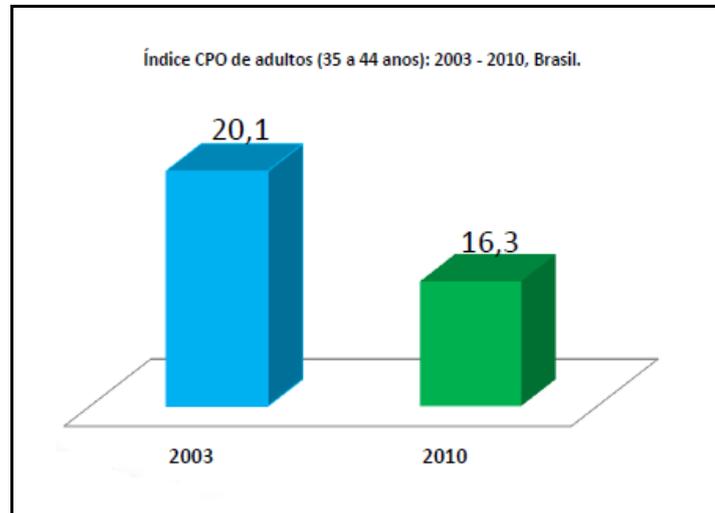
Gráfico 4 – Índice de CPO entre adolescentes (15 a 19 anos)



Fonte: Brasil (2010)

Nos adultos de 35 a 44 anos, o CPO caiu 19% em sete anos, passando de 20,1 para 16,3. O gráfico 5 mostra essa ocorrência.

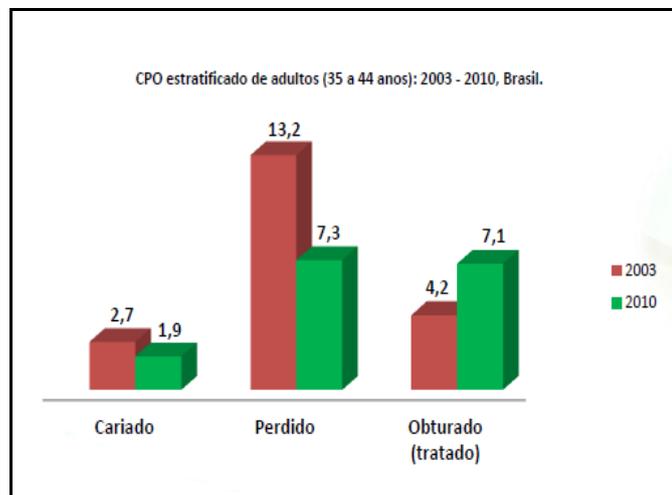
Gráfico 5 – Índice de CPO adultos (35 a 44 anos)



Fonte: Brasil (2010)

O gráfico 6, a seguir, nos mostra que houve uma melhoria significativa do acesso da população adulta ao tratamento da cárie. Portanto, menos dentes estão sendo extraídos devido à doença.

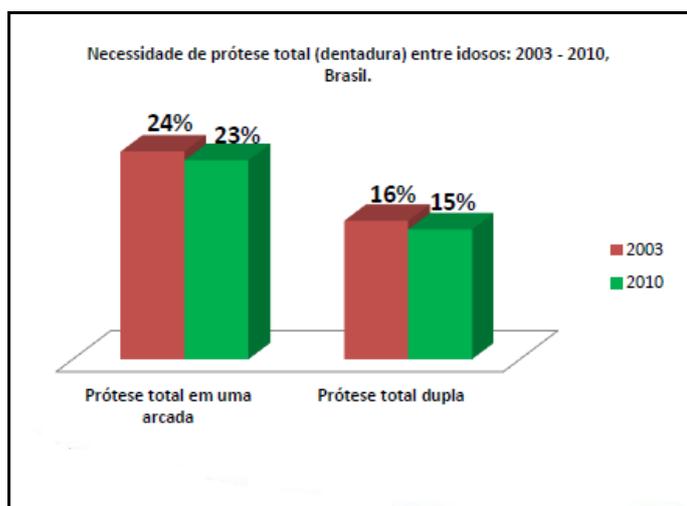
Gráfico 6 – CPO estratificado de adultos (35 a 44 anos)



Fonte: Brasil (2010)

E, por último, os idosos entre 65 e 74 anos. No gráfico 7, fica clara a falta de assistência a essa população, o que também significa o resultado do modelo de assistência, que só realizava exodontias em adultos. Com isso, mais de três milhões de idosos necessitam de prótese total (nas duas arcadas dentárias) e outros quatro milhões precisam usar prótese parcial (em uma das arcadas).

Gráfico 7 – Necessidade de prótese total (dentadura) entre idosos



Fonte: Brasil (2010)

3.3 GESTÃO EM SAÚDE BUCAL

Para um entendimento das funções no SUS, conceitua-se “gestão” como a atividade e a responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), exercendo as funções de: coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Com o processo de descentralização em saúde, multiplicaram-se também os centros de decisão nas três esferas de governo, tornando-se importante uma discussão de como anda o gerenciamento em Saúde Bucal, especificamente, suas estratégias, habilidades e concepções.

O tema “gestão” busca superar antigos processos administrativos, nos quais, para saber administrar, era necessário apenas ser eficiente em questões relativas a recursos materiais, humanos e infraestrutura de um território. Não significa que deixaram de ser

importantes todos esses aspectos, porém, somente o pensamento racional e mecanicista não consegue dar conta de situações complexas, como aceitar novos desafios, exigências da população, incertezas, processos de mudança e adequação a novas situações (RAMIRES et al., 2004).

O principal propósito da gestão em saúde é a tomada de decisões, que desencadeiam o processo de intermediação e de implementação, pois envolve muita subjetividade no processo de gerenciamento (BRASIL, 2006). Os sistemas de direção e de condução, bem como o processo de tomada de decisões, envolvem interesses, racionalidades e conhecimentos. Enfim, características e qualidades de pessoas (sujeitos, atores institucionais) e não somente de serviços.

De acordo com Mintberg (1973), uma característica importante na gestão é a comunicação. O gestor deve responder a um conjunto de comportamentos adequados à/ao: representação (cerimoniais, atender solicitações, estar presente em eventos); liderança (motivar, dirigir); relacionamento (manter relações internas e externas à instituição); informações (se manter bem informado e atualizado); porta-voz (transmitir ao meio externo informações, políticas). É importante salientar que todas essas características são exercidas de forma integrada. Os gestores precisam ter em mente que a comunicação estabelece processos de interação e de relacionamentos na esfera pública (FERREIRA, 2007).

Outra característica da gestão é o poder. Por quê? Por consistir em atos e em decisões, já que o poder está enraizado no trabalho (RAFFESTIN, 1993). Todavia, é necessário observar que nem toda relação de poder é territorial ou inclui territorialidade. Por exemplo, Claval (1979) apresenta dois tipos de relações de poder: do homem sobre a natureza e dos homens sobre os homens.

No primeiro exemplo, o autor afirma que a partir do uso da técnica o homem teve condições de modificar progressivamente o meio até os dias atuais, o que, nas palavras de Santos (1997), seriam os meios técnicos-científicos-informacionais. No segundo exemplo, Claval (1979) apresenta diferentes relações de poder: poder puro ou absoluto (um manda e o outro obedece); poder de submissão (relação tradicional entre chefe e empregado); poder de desigual (acordos entre patrão e empregado como o dissídio coletivo); e dominação inconsciente (ocorre num grupo hierarquicamente homogêneo, mas que dele emerge um líder). Aqui também se apresenta outra territorialidade, segundo a qual os gestores ainda utilizam poder, mando, e onde há a fragilidade do sistema de recompensas, reconhecimento e punições, voltado à melhoria do desempenho funcional e dos resultados organizacionais (FERREIRA, 2007).

Na gestão, ocorre tanto o poder unidimensional, do Estado-nação, visível, identificável, que se manifesta através de aparelhos complexos que controlam e dominam a população e os recursos; quanto o poder multidimensional, invisível, que está em todo lugar e em toda relação, seja ela qual for (RAFFESTIN, 1993). O poder se manifesta por ocasião da relação, num processo de troca ou de comunicação, quando na relação se confrontam. Aqui, a população tem um significado; ela é vivenciada (RAFFESTIN, 1993).

A frase de Raffestin (2003), “O Estado existe quando uma população instalada num território exerce a própria soberania”, evidencia muito bem esse pensamento. Raffestin (2003), ao caracterizar o poder, sintetiza as proposições de Foucault (1985). Primeiramente, o poder não se adquire, ele é exercido a partir de vários pontos. Segundo, as relações de poder não são externas, mas, imanentes a elas; e, por último, o poder também vem de baixo, não há uma oposição entre dominador e dominados. Ou seja, o poder é uma relação. Ainda que desigual, não tem um centro de onde emana.

Testa (1987) realizou um diagnóstico estratégico, que busca a quantificação do poder e o tipifica em: técnico, administrativo e político. O poder técnico liga poder e saber, pois engloba conhecimentos sobre a realidade com enfoque em vanguarda, consciência e verdade. Tem um potencial para as transformações sociais. É mensurado pela avaliação de como os grupos sociais detêm e manejam as informações em qualquer local e momento. Já o poder administrativo parte do pressuposto do poder econômico. É medido em como os grupos sociais lidam com os recursos financeiros em um planejamento. O poder político, por sua vez, diz respeito à ideologia, mas não é apenas uma capacidade, mas algo que acontece sempre em exercício e relação. Nesse caso, tornou-se necessário conceber o poder como sendo multidimensional; derivado de múltiplas fontes (naturalista, econômica, social, política, cultural, integradora); inerente a todos os atores; e presente em todos os territórios.

Assim, faz-se necessário enfatizar uma categoria essencial para a compreensão do território, que é o poder exercido por pessoas, sem o qual ele não se define. Poder e território, apesar da autonomia de cada um, vão ser enfocados conjuntamente para a consolidação do conceito de “território”. O poder é relacional, pois está intrínseco em todas as relações sociais.

Na saúde, a construção e a desconstrução dos territórios com seus modelos de atenção e produção vivenciam essas múltiplas modalidades e marcam tensões entre si. A autonomia ou o controle de usuários, de funcionários e de gestores geram suas tensões, assim como as opções entre um governo normatizado ou autogoverno, de jogos políticos e econômicos entre outros jogos de saber.

Com relação à gestão da saúde, nas esferas federal, estadual e municipal, é uma tarefa que envolve milhares de profissionais, com diversas formações e experiências. Para esses profissionais, o desenvolvimento do SUS é um desafio cotidiano, no qual estão compreendidas desde tarefas urgentes e imediatas, até outras, com a elaboração de planos e de estratégias de longo prazo. Esses papéis envolvem dimensões específicas, internas à gestão em cada território, e outras de natureza estadual ou nacional, cujo equacionamento demanda atuação solidária entre os entes federados (BRASIL, 2006).

Para que se possa discutir o papel de cada esfera de governo no SUS, é importante definir quem são seus gestores em cada nível e o que são as funções gestoras. Nos municípios, os gestores são as Secretarias Municipais de Saúde e as Prefeituras; nos Estados, as Secretarias Estaduais; e, no nível federal, o Ministério da Saúde.

O município é o principal responsável pelo atendimento ao usuário e pela saúde da população de sua área de abrangência, sendo esse capaz de resolver seus problemas e, quando extrapolar sua capacidade de resolução, encaminhá-lo ao serviço de melhor porte. Ao gestor municipal compete: exercer a gestão do SUS no âmbito municipal; organizar e executar as ações de saúde em seu município; planejar, organizar, controlar e avaliar os serviços de saúde públicos e privados; executar os serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e saúde do trabalhador; e gerenciar a política de Recursos Humanos e de financiamento em âmbito local (BRASIL, 2001).

Ao gestor estadual compete: exercer a gestão do SUS no âmbito estadual; incentivar os municípios para que assumam a gestão de saúde, promovendo condições para que essa atenção seja integral; assumir em função provisória a gestão de saúde em populações de municípios que não se responsabilizaram por essa questão; harmonizar, integrar e modernizar os sistemas municipais, coordenando o SUS estadual; e, junto com os governos federal e municipal, participar do financiamento do SUS (BRASIL, 2001).

O gestor federal, por fim, é responsável por: exercer a gestão do SUS no âmbito nacional; incentivar gestores estaduais e municipais, ampliando o desenvolvimento dos sistemas municipais, criando condições para que isso ocorra; compor o SUS nacional por meio da harmonização, modernização e integração de seus sistemas em nível estadual; normalizar e coordenar as funções ligadas à gestão nacional do SUS; e, ao lado de estados e municípios, participar do financiamento do SUS (BRASIL, 2001).

Em relação à Saúde Bucal, conforme portaria 2488/2011, aos cirurgiões–dentista, em nível local, compete: realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar a atenção à saúde em saúde

bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade; realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; realizar supervisão técnica do TSB e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS. Recomenda-se que os profissionais de Saúde Bucal estejam vinculados a uma ESF e compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que o PSF à qual integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes (BRASIL, 2011).

Ao se analisar a gestão em saúde bucal, depara-se com inúmeros problemas: a rotatividade dos profissionais, não permitindo a continuidade das propostas –, pois, o novo gestor que entra, elabora uma proposta nova sem produzir uma avaliação consistente do que deve ser mantido (SES/MG, 2012). São cargos de confiança e, portanto, políticos, aos quais, muitas vezes, os gestores não estão aptos e capacitados para o exercício. No que tange à capacitação, não é por falta de oferta, já que, atualmente, o SUS e, conseqüentemente, o Estado, ofertam cursos periodicamente a quem se interessar. Além disso, muitos gestores não possuem uma qualificação sobre gerenciamento. A maioria é especialista em outra área odontológica que não seja gestão.

O problema é que os gestores estão tão preocupados e voltados em gerir demandas mais urgentes, que atribuem à falta de tempo a não realização de cursos. Outra questão é a ausência de planejamento, ou de um planejamento que conheça a realidade territorial, em um cenário em que os recursos técnicos são insuficientes para diagnósticos e para planos de ação. O fato de a gestão se fazer, em alguns momentos, por improviso, acaba não contando com a participação de todos os atores sociais. Essas situações geram um cenário de falta de balizamento, onde imperam as situações tão comuns como o “apagar incêndio, o atender a demanda mais urgente entre outros improvisos” (MOYSES; GOES, 2012).

A elaboração de um plano estratégico é cada vez mais requisitada para imprimir maior eficácia e qualidade às gestões. Entretanto, diversos gestores comentam que o planejamento culmina em otimismo em sua fase inicial, e, logo depois, as pressões do dia-a-dia pulverizam as atenções e os esforços, deparando, muitas vezes, com inércia burocrática. Em pouco tempo, o entusiasmo se dissipa. Na verdade, a experiência concreta evidencia que é essencial cuidar da sua implementação, monitorando e avaliando todo o processo.

Um aspecto importante no trabalho em saúde é que o resultado final depende de muitos trabalhos parciais. Por exemplo, uma pessoa chega à unidade com diabetes, necessitando de um tratamento odontológico. Ela deve passar pelo acolhimento, que definirá a continuidade do cuidado que ela receberá da equipe. Poderá ir para uma consulta médica, em que poderão ser solicitados exames, que deverão ser agendados e cuja realização poderá ocorrer em outra unidade de saúde, por outra equipe. Também poderão ser prescritos medicamentos que deverão ser aviados, e sua utilização orientada, podendo também ser solicitado um retorno que deverá ser agendado e só depois iniciará o tratamento odontológico. Eventualmente, poderá ser realizada visita domiciliar para acompanhamento do problema. Dessa forma, o cuidado em saúde é “fragmentado”, e várias ações são executadas por diferentes profissionais, às vezes, de diferentes equipes e em diferentes locais. Da articulação adequada dessas ações dependem a qualidade do cuidado prestado e a eficácia do mesmo.

Essas e outras situações dificultam o alcance dos objetivos e das metas e suscitam a insatisfação da população e da própria equipe. A busca por resultados diferentes no trabalho leva, necessariamente, à necessidade de mudança na forma de trabalhar. Essa mudança acarreta a valorização da comunicação e dos espaços de participação/negociação e a construção de parcerias. Implica, ainda, o uso adequado de protocolos, uma boa gestão das informações, planejamento, monitoramento e avaliação das intervenções, a organização da agenda, ou seja, a equipe tem de aprender a trabalhar com as tecnologias de que ela dispõe, para usá-las da maneira mais eficiente e eficaz. Isso requer o esforço da capacitação permanente e da busca ativa do conhecimento.

No desenvolvimento do seu trabalho e na busca do cumprimento de objetivos e metas, a equipe de saúde deve ter consciência da existência de conflitos, sejam eles internos ou externos à equipe. Essa constatação impõe a necessidade de uma visão estratégica. Sem essa visão, todo esforço pode ser em vão, mesmo com as melhores intenções.

A busca por resultados diferentes no trabalho do gestor deve ser um esforço de todos os membros da equipe e pelo qual todos devem se responsabilizar solidariamente.

Se a concepção do gestor for de um território estático, provavelmente, o monitoramento e as adequações necessárias ao longo do processo não se realizarão. O gestor deve adequar suas estratégias com vistas aos múltiplos aspectos territoriais ao qual se depara no cotidiano (econômicos, políticos, culturais). Portanto, têm papel fundamental nesse planejamento: as macropolíticas (institucionais) e as micropolíticas, produzidas no cotidiano das pessoas, conforme apresentado no capítulo I.

Outro ponto a ser discutido é a questão da formação em Odontologia. A necessidade de se formar um profissional que cuide da Saúde Bucal, de acordo com os princípios do SUS, mostra-se premente, em particular, à gestão. Essa necessidade se faz à medida que vão surgindo novos papéis na gestão e na organização dos serviços.

Uma legislação importante nesse processo são as Diretrizes Curriculares Nacionais, que visam orientar a elaboração dos currículos e devem ser respeitadas por todas as Instituições de Ensino Superior (IES) no intuito de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes (BRASIL, 2001).

As Diretrizes Curriculares do curso de graduação em Odontologia, publicado em 2001, trazem como objetivo:

[...] levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a *aprender a aprender* que engloba *aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades. (BRASIL, 2001, grifos do autor)

O aprender não se esgota no campo da introdução à ciência (ARAÚJO; ZILBOVICIUS, 2008). Então, porque não aprender a ser gestor, aprender a fazer planejamento, aprender a trabalhar em equipe e aprender a conhecer o território, onde se reproduzem e materializam as condições favoráveis e desfavoráveis à reprodução da vida e sociedade? Afinal, a política educacional está condicionada à maneira como a sociedade compreende o mundo, em seus aspectos sociais, políticos, culturais e ambientais (DEUCKER, 2002). A política educacional deve formar competências a esse novo contexto.

A discussão continua. Através de uma breve leitura das grades curriculares dos cursos de Odontologia, percebe-se que os estágios ou as disciplinas relacionadas à gestão têm carga horária mínima. Então, se o tema se torna desconhecido, a atividade posterior será banal.

Abaixo, apresentam-se as diferenças das grades curriculares em algumas instituições de ensino:

- Instituições de ensino público: Saúde Coletiva (60h); Gestão Pública e Privada em Odontologia, Administração de Clínicas e Serviços Odontológicos (165h).
- Instituições privadas: Estágio Supervisionado em Sistema Público de Saúde (15h); Estratégia de Saúde da Família (30h)

Será que as disciplinas abordam as questões territoriais?

Para complementar, a resolução do Conselho Nacional de Educação Superior CNE/CES, de 2002, o qual institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, propõe o seguinte no art. 4º, parágrafos IV e V:

§ IV - deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

§ V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.

Entretanto, essas características inerentes aos profissionais do futuro não são possíveis num modelo de formação tradicional, baseado na pedagogia da transmissão, e que ainda ocorre na maioria das universidades (DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE, 2000).

Morita e Kriger (2004) defendem a ideia de que a Odontologia apresenta um atraso histórico, em relação à ocorrência de movimentos de mudança e de reflexão crítica dos modelos tradicionais de formação. Isso faz com que o esforço para a integração da saúde bucal com outras áreas da saúde, a partir de um contexto interdisciplinar e multiprofissional, tenha de ser redobrado.

Nesse sentido, o processo de formação dos profissionais não pode se dar de forma descontextualizada (ALBUQUERQUE, 2004). A aprendizagem nos serviços potencializa o desenvolvimento curricular, favorece a aproximação com a comunidade, buscando solução

para os reais problemas da comunidade (MORITA; HADDAD, 2008). E as transformações se constroem no cotidiano, enfrentando os problemas reais (ARAÚJO; ZILBOVICIUS, 2008).

As Diretrizes Curriculares também estão em consonância com o SUS, visando à integralidade da atenção e preocupando-se com o cuidado das famílias e da comunidade. Estabelecem o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico, que compete à gestão do Sistema Único de Saúde.

Vale ressaltar que a Política Nacional de Saúde Bucal, implantada em 2004, possibilita a criação de cenários pedagógicos importantes, permitindo a realização de atividades, podendo assim, conhecer a realidade como ela é, e não como deveria ser. Mas de que maneira? Estabelecendo parceria entre ensino e serviço (SUS); deslocando no ensino a concepção biologicista de doença; incorporando a noção do processo saúde/doença, da promoção da saúde com foco na atenção básica; ampliando cenários de ensino/aprendizagem e da duração da prática educacional na rede básica de saúde; adotando metodologias pedagógicas problematizadoras; e preparando os estudantes para a autoeducação permanente num mundo de constante renovação da ciência (MORITA; HADDAD, 2008).

Essa busca de intervenções se faz, portanto, urgente. Para Moysés,

[...] o SUS tem pressa para mudar o modelo de atenção dominante, ou seja, um projeto que seja distinto do modelo biomédico hegemônico e não pode continuar consumindo recursos no esforço de “(des)construção” de perfis profissionais inadequados, por meio de cursos de capacitação que visam fornecer o que as graduações não ofereceram. Infelizmente, a universidade não faz “recall” dos “produtos” que lança no mercado de trabalho. (MOYSÉS, 2004, p. 35)

Somados a esse cenário, há o despreparo do gestor para lidar com os movimentos populares e o empoderamento da população na busca de seus direitos, tornando mais grave a situação sobre a organização das ações, na qual o poder da classe dominante se mantém (WERNECK, 2012).

Nesse caso, as concepções sobre território e o conceito de realidade sobre o processo saúde/doença emerge dos interesses das classes dominantes, os quais ocupam o poder e dão direcionalidade às práticas de saúde. Trata-se, desse modo, de um poder de classe que se mantém por meio da aceitação dessa concepção por parte das classes dominadas. Aqui, a

visão de território da classe dominante se transforma em senso comum, na moral que desenha os costumes e comportamentos das pessoas (WERNECK, 2012).

Noro (2008) coloca uma questão: quando o planejamento é realizado pelos gestores, nem sempre estão em harmonia com os interesses da população. Mas se há o desconhecimento da população das questões técnicas, então, pergunta-se: como a população poderia contribuir no planejamento da Saúde Bucal direcionada à qualidade de vida? Perpetua-se o conceito hegemônico de realidade, impedindo o desenvolvimento da consciência crítica, bem como o afloramento de disputas e conflitos (WERNECK, 2012). Impedindo essas disputas e acesso às essas questões, como se dão as territorialidades?

Nesse contexto, é preciso, como diz Santos (1997), “fazer falar o território”. E para que o território fale, torna-se imprescindível que os gestores e os profissionais, responsáveis por ele, tenham a noção do que seja um território, como ele se organiza e quais as territorialidades nele presentes. Questiona-se, portanto, neste estudo, quais as concepções sobre território e sobre territorialidade de cada um, envolvido no processo saúde bucal, e se essas concepções interferem as práticas bucais.

4 TERRITÓRIO E TERRITORIALIDADE NA CONCEPÇÃO DOS GESTORES EM SAÚDE BUCAL

O território é produto de uma relação, que varia muito. Ora é requisitado a se posicionar perante uma territorialidade, ora perante outra, como se a referência e o controle territorial fossem perpassados por múltiplas escalas de poder e de identidade, em uma realidade multiterritorial de tradução de novas concepções, como a dos gestores.

Foi diante dessa trama de relações e de informações que surgiu a inquietude em se construir este trabalho dissertativo. O problema de pesquisa foi detectar como os gestores percebem e traduzem a noção de território, e qual o impacto que podem trazer para o planejamento e para as práticas em Saúde Bucal. Além disso, foi objetivo construir um caminho entre a situação atual, muito criticada pelos profissionais, e a situação desejável, coerente com o SUS e o PSF/SB.

A resposta a essas indagações exigiu uma discussão aprofundada, mas certamente, o ponto de partida esteve no reconhecimento da complexidade territorial e de suas relações com o processo saúde/doença. Descobriu-se, nesse contexto, que o gestor precisa abandonar a percepção superficial dos territórios do SUS e partir para a reflexão da realidade, principalmente de questões sobre: territórios em saúde bucal tratados pelo dentista; relação saúde bucal e SUS; o PSF e profissionais de saúde bucal.

Nesta seção, apresentam-se os dados obtidos através de entrevistas e do grupo focal. Os profissionais em estudo nas entrevistas serão identificados pelas letras X, Y e Z, o que corresponde aos três entrevistados: gestor estadual, gestor municipal e gestor local. Já os profissionais do grupo focal não terão suas falas expostas diretamente, pois, nessa estratégia, o que se evidencia é uma ideia tomada como senso comum.

4.1 CONCEPÇÕES SOBRE TERRITÓRIO

Concepções são conceitos naturais ao pensamento humano. São formadas na fase da vida em que se está aprendendo a lidar com o meio externo. Para Piaget (1986), as concepções são conceitos formados de dentro para fora, ou seja, a partir de experiências relacionadas a contatos com objetos ou a situações do cotidiano. No caso dos odontólogos, as

situações da vida e do cotidiano são experiências que podem estar relacionadas com sua formação em estágios e em atividades de pesquisa, desde sua formação básica até a graduação.

Na visão dos entrevistados, as experiências diárias relacionam o território ao seu aspecto geográfico, um ambiente físico.

[Gestor X]: [...] Área física, abrangência definida, quilômetros quadrados, lote demarcado.

[Gestor Y]: Bom, é complicado, o território é a área de atuação dos profissionais da saúde, área adscrita, área demarcada até mesmo por padrões físicos, quarteirões, nº casa, nº famílias, nº cadastros, e tem aquela questão do território como estrutura física, espaço físico, e isto, na saúde, tem que ter para se ter uma certa organização. Então, o território, hoje, ele delimita; ele te dá dentro daquele espaço liberdade de trabalho. O território de Saúde da Família é o espaço em que os profissionais têm que atuar e dar conta de atuar. E eu falo que aquele usuário dentro daquele território, ele é um filho do profissional, ele tem que dar conta dele, em todos os sentidos de saúde.

As concepções apresentadas lembram as posições ratzelianas, que consideram o aspecto geográfico, de escalas geométricas e limitação por fronteiras. Contraditório não, já que ao Estado interessa cada vez mais o caráter globalizante, de conexão e de redes.

O que se torna evidente na fala dos gestores é a necessidade de se realizar uma divisão quantitativa para a estruturação e a organização dos serviços. Isso reflete a dificuldade em aceitar divisões territoriais não coincidentes com os administrativos. Não faz sentido pensar em território como mera delimitação de áreas, pois é preciso que se reconheçam os processos desenvolvidos, os quais, muitas vezes, transgridem limites. A falta de compreensão acontece por não se trabalhar e vislumbrar o território como fundamental nos processos de planejamento e nas práticas em saúde bucal.

O desdobramento dessa concepção leva à discussão sobre espaço. Quando o Gestor Y se refere ao território como “espaço em que os profissionais têm que atuar”, pode-se indagar: é território ou é espaço? O espaço, para Raffestin (1993), é algo dado, preexistente, que antecede a intervenção humana. Portanto, ele também antecede o território, pois o território é usado (SANTOS, 2001), através da produção humana; logo, é historicamente determinado. Esse movimento constante cria uma dinâmica própria a cada lugar, a cada Unidade de Saúde, contribuindo ou não para os problemas de saúde. Será que Santos e Raffestin são discutidos nos processos de gestão em saúde bucal?

Em outra entrevista, houve tentativa de se aproximar de um território mais abrangente:

[Gestor Z]: Tem várias concepções de território. Podemos falar geograficamente, social e econômico. Território é a área geográfica, com algumas particularidades distintas.

As particularidades distintas aqui apontadas são de difícil operacionalização. O território de que se fala é o suporte da vida da população, da organização das práticas de saúde bucal, da conformação de contextos que vão explicar a produção dos problemas de saúde e a qualidade de vida, e ainda, da responsabilidade, da atuação e da gestão. Falar em particularidades distintas e não respeitá-las significa dizer que a concepção é a mesma de Ratzel (1987), de um território solo, estático.

No grupo focal, entre os técnicos, essa concepção não é consenso:

[...] Não só área geográfica. Leva as outras questões, como culturais, proximidade. As pessoas mudam, voltam, está sempre em movimento.

[...] onde as pessoas são cadastradas, capacitadas; onde ocorrem muitas coisas. Ambiente vivo, as pessoas mudam, voltam, adoecem, depois saem.

A ideia se aproxima da concepção de Mendes (1993) quando diz que uma das concepções aplicadas em saúde é a de território-processo, no qual os critérios geográficos, políticos, econômicos, sociais e culturais são levados em conta, acompanhando as mudanças permanentes no território. O território é o lugar da relação entre as pessoas; espaço vivo e dinâmico da vida e da cidadania, resultado das articulações entre as pessoas. Assim, o território pode adotar espacialidades particulares, conforme o movimento da sociedade, em seus múltiplos aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos (SANTOS, 1996).

As concepções também levam à visão de um território mais globalizado, onde o ir e o vir das pessoas proporcionam o processo de territorialização, desterritorialização, reterritorialização – como passagem de um território a outro, de um fenômeno contínuo (HAESBAERT, 2004). Doel (1999) vê o território como um permanente tornar-se. Se algo existe, é apenas enquanto confluência, interrupção e coagulação de fluxos. Seguindo a lógica de Haesbaert (2004), o território seria de movimento e de encontro, de redes.

Outra colocação sobre território, exposta no grupo focal, merece destaque:

[...] área adscrita que nós estamos inseridos. É uma coisa bem injusta.

Um dos termos bastante empregados para descrever a relação serviço-território-população é a adscrição (BRASIL, 1997). Essa relação é explicitada quando se trata da organização do programa, segundo a qual cada equipe teria a responsabilidade pela cobertura de uma área geográfica (BRASIL, 1994). Implantado o PSF, devem-se considerar as características locais para o aprimoramento do primeiro diagnóstico realizado no momento da implantação do programa no município. Dessa forma, novamente, são relevadas as características e as territorialidades locais, impulsionadoras ou não do PSF.

Também surgiu a seguinte opinião:

[...] área não escolhida aleatoriamente. O município faz uma pesquisa antes para saber quais são os bairros que precisam de um PSF, olhando como deveria se considerar, em princípio da equidade, dando tratamento desigual para os desiguais. Talvez uma área mais carente, uma área que precisa mais, uma área escolhida.

O PSF procura adotar, como critério de implantação, a priorização de áreas com risco epidemiológico e ambiental, a exemplo de áreas periféricas de difícil acesso aos serviços de saúde. Essa concepção de território lembra a posição de Haesbaert (2006) sobre territórios de exclusão, fruto da modernidade; local onde impera a desigualdade e a exclusão social. Aliás, a maioria dos problemas territoriais emergentes oriunda da própria adversidade. (HAESBAERT; LIMONAD, 2007)

Mas algumas dimensões relativas ao território são também importantes marcadores da desigualdade, como, por exemplo, o número de habitantes de um município e a distinção entre as áreas urbanas e rurais nas Unidades de Saúde. A diminuição dessa desigualdade pode estar na implementação da promoção à saúde, com foco nos determinantes sociais, econômicos e ambientais das doenças da boca.

Um dado significativo, que incomodou as entidades representativas da Odontologia, foi o resultado epidemiológico do SB Brasil, em 2003. Os dados mostraram que cerca de 30 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista, o que correspondia a 18% da população

na época. Essa falta de acesso aos serviços odontológicos é um importante traço de desigualdade.

A desigualdade é um desafio cotidiano, e os profissionais em saúde bucal devem cumprir o seu papel, como, por exemplo, no âmbito da micropolítica, o compromisso diário de compensar as iniquidades em seu território, de buscar soluções; no campo da macropolítica, de exercer seu papel de ator social, em todas as suas formas de expressão (RONCALLI, 2008). Os dentistas se consideram atores sociais? Será que as desigualdades em saúde possuem apenas uma dimensão econômica?

O território em que se vive exerce influencia na constituição da identidade cultural. Assim, o reconhecimento da pluralidade cultural propicia ampliar o sentimento de pertença e ressignificar a atuação da pessoa em seu meio social, que passa de consumidor dos processos culturais a produtor de cultura, adotando uma postura crítica em relação à cultura consumida e produzida (VAZ; ANDRADE, 2010).

Segundo Albagli (2004), é possível se estabelecer formas de fortalecer as relações,

[...] estimulando laços de identidade e cooperação baseados no interesse comum de proteger, valorizar e capitalizar aquilo que um dado território tem de seu – suas especificidades culturais, tipicidades, natureza enquanto recurso e enquanto patrimônio ambiental, práticas produtivas e potencialidades econômicas. (ALBAGLI, 2004, p. 63)

Além da perspectiva material e do poder da categoria território, a identidade, o simbolismo e a cultura são dimensões essenciais para sua compreensão. A relação entre identidade e território é tão marcante que “toda identidade implica numa territorialização, assim como a territorialização permite a permanência identitária” (COSTA; COSTA, 2008). As falas abaixo revelam isso:

[...] na unidade fazem uma comemoração no dia das crianças. Eu fiquei admirada com a organização da festa. Os dois postos se reúnem. A enfermeira é muito ativa e a comunidade participa muito. É promovido pelos postos de saúde.

[...] no meu bairro tem um violeiro. É uma festa do bairro, tocador de violão...

A identidade, para o pensamento subjetivista (CUCHE, 2001), antecede a construção da diferenciação, a partir de fronteiras que os grupos se determinam, chamadas fronteiras sociais simbólicas. Já na construção territorial, essa fronteira simbólica ganha limites territoriais, cujas identidades estão formadas com base em relações histórico-culturais (HAESBAERT, 1997). Essa abordagem está muito próxima de perspectivas econômicas baseadas na diferenciação identitária. A cultura local se refere às relações sociais existentes em espaços delimitados e pequenos, onde se estabelecem formas específicas de representação, com códigos comuns (FEATHERSTONE, 1993).

Sobre as questões econômicas do território, as pontuações do grupo focal foram:

[...] lá no meu é bem diversificado, existe pobreza extrema, mas não é tanto assim também não.

[...] no bairro existe muita pobreza.

As questões econômicas em um território são um aspecto importante a ser analisado, pois tem uma íntima relação com a saúde, garantindo a dimensão de pessoas expostas a riscos, que contribuirão, ou não, para o adoecimento e morte.

Historicamente, a atenção odontológica é medida pelas condições socioeconômicas, de modo que o acesso aos serviços é mais um traço de desigualdade, e as ações de saúde mantidas pelo poder público se mostram com uma distribuição desigual (RONCALLI, 2008). Isso fica comprovado nos dados do SB Brasil, em 2003, no qual milhões de pessoas não tiveram acesso aos serviços odontológicos.

A aparente tendência da concentração de várias doenças em áreas pobres também tem sido muito divulgada na literatura. Porém, torna-se imprescindível destacar a relação temporal da experiência do ator no território. A simples descrição das condições de saúde bucal de uma pessoa e sua relação com a posição geográfica não é, por si só, determinante ao processo saúde-doença.

Outro olhar sobre a vertente econômica vem de Saquet (2007), que propõe um território a partir das relações de produção e de forças produtivas, com potencialidades e fragilidades. Isso reforça o pensamento de Albagli (2004), em aspectos culturais do território, quando convoca a valorizar as potencialidades no território. Os profissionais exploram as potencialidades territoriais e tentam minimizar as fragilidades existentes?

No relato do profissional, nota-se que a escolha dos locais tem implicação política na organização das áreas de abrangência. A interferência política, logo, é outro fator levado às discussões:

[...] o vereador da região tem influência, num instante ele consegue. Vai um posto, vai um PSF, vai creche.

Nesse contexto, lembram-se as considerações de Raffestin (1993), quando se relaciona influência e autoridade. Para o autor, influência e autoridade são formas de poder, pois combinam energia e informação, sempre presentes em toda relação. A troca verbal ou a relação oral não é somente informacional, já que é necessária uma quantidade de energia para se comunicar. É preciso também energia para influenciar pessoas.

Zambrano (2001), em uma posição antropológica, afirma que, no âmbito político, o pertencimento gera o sentido de domínio sobre um território, estimulando o aparecimento de formas de autoridade e de tributação sobre o local. Configura-se, assim, a real perspectiva territorial: percepções de atores diversos, geralmente alheios aos contornos territoriais locais (Estado, ONGs), que inserem suas visões, confrontando-se com as dos residentes (organização social, formas de parentesco, uso do espaço), e lutando pela hegemonia de um modo particular de exercer legitimamente o domínio ou de estabelecê-lo com as pautas de dominação intervenientes e alheias.

Outro técnico fez a seguinte consideração:

[...] Tem que existir o território, mas tem a escolha política, como nós temos bairros que até hoje não tem um PSF, um posto.

A fala anterior é contraditória à percepção de outros dentistas, quando diz que o critério, levado em conta para a implantação do PSF/SB, é a desigualdade social. Nota-se que a territorialidade ora beneficia uns, ora outros. Ela é necessária para mudar, transformar. Mas deveria ser mais utilizada para a melhoria da qualidade de vida da população, e não somente como interesses políticos.

O que se pode visualizar é que os dentistas conseguem observar os aspectos culturais, econômicos e políticos do território, mas não conseguem dar importância e significado a tais características, visto que a concepção de território é apenas geográfica. Não conseguem também transformar os dados e operacionalizá-los.

Trazendo essa discussão para a questão da formação profissional, as diretrizes curriculares da Odontologia (Resolução CNE/CES/ 2002), em seu art. 3º, ratificam:

O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, [...]capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e *na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.*(grifos meus)

Portanto, compreender a realidade social, política, cultural e econômica do território, e não transformá-la, pouco significa.

4.2 CONCEPÇÕES SOBRE TERRITORIALIDADE

Ao mencionar o tema territorialidade, gerou-se certa inquietude nos gestores:

[Gestor X]: Territorialidade, eu não sei falar...

[Gestor Z]: Não sei. Acho que é a mesma coisa de territorialização. É você tá colocando a territorialização em prática. É ação. Não sei. Eu sei, mas não sei falar.

[Gestor Y]: A territorialidade, eu acho um conceito muito novo dentro da saúde pública. Eu até tenho a liberdade de falar. Eu não saberia usar isso agora. Não saberia falar o que seria. Pra mim, se confunde muito com território.

A territorialidade, importante componente à construção do território, é incorporada ao território quando ele media uma relação de poder, utilizando-a como forma de influenciar ou de controlar coisas ou relações sociais (SACK, 1996). Um consultório odontológico, por

exemplo, pode usar territorialidade quando influencia os usuários em seu comportamento e no acesso aos serviços.

A territorialidade é a expressão da comunicação com outros atores (diálogo e confronto) no dia-a-dia. Além disso, é um conjunto daquilo que se vive pelo conjunto no cotidiano, as relações de trabalho, familiares, comunitárias, de consumo, de modo a não homogeneizar a sociedade (SOUZA; PEDON, 2007).

Não homogeneizar a sociedade quer dizer, considerar as suas particularidades. Raffestin (2003) nos fala que a territorialidade está em crise, exatamente pela não diferenciação, pelo mimetismo. Sem dúvida, podemos dizer que o Estado criou uma hierarquia de níveis (federal, estadual e municipal) para controlar e gerenciar seu território e população (RAFFESTIN, 2003). A normatização das políticas de saúde contribui para que isto ocorra. Ou seja, o Estado como a única fonte de poder, não considerando os múltiplos poderes existentes nas estratégias regionais e locais. Esta visão de poder estatal não considera a população, não considera as relações, imprescindíveis na territorialidade.

A incompreensão e o desconhecimento sobre a territorialidade levam à questão principal em gestão: o planejamento. Não captando as peculiaridades e a contingência histórica do processo social, obviamente, as práticas e a comunicação terão múltiplas implicações negativas, como, por exemplo, o relacionamento entre a comunidade e os profissionais. Se a comunidade for cerceada, impedida de ser atendida em certas Unidades de Saúde, por não pertencer à sua área de abrangência, pode gerar muitos conflitos.

O PSF pressupõe a inclusão de parcelas da população e a exclusão de outras. Por um lado, surge uma tensão entre os princípios de adscrição e de universalidade, e os gestores têm um papel central na administração desses conflitos. Por outro, os conflitos internos dentro do território são uma das características essenciais da multiterritorialidade (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

A territorialidade é assim: temporalidades distintas e coexistentes, expressando diferenças, desigualdades e relações de poder. Contemporaneamente, têm-se os mais e os menos desenvolvidos, os avançados ou dinâmicos e os atrasados ou tardios. Em síntese, o rápido tendendo a subordinar o lento. Nessa ótica, a territorialidade pode ser definida “como um conjunto de relações que se originam num sistema tridimensional sociedade-espaco-tempo” (RAFFESTIN, 1993, p. 160).

No grupo focal, as reações e os sentimentos foram parecidos. A confusão de percepções sobre o tema territorialidade foi unânime:

[...] chutando, seria divisão do território em micro-áreas...

[...] Não tenho a mínima ideia...

Essas opiniões vão de encontro à dos gestores que participaram das entrevistas citados anteriormente. O fato de não compreenderem o que seja territorialidade é perfeitamente compreensível, visto que territorialidade requer dinamicidade, controle. O território requer esforço constante para se estabelecer e mantê-lo (SACK, 1986).

Ao defender a ideia de que a territorialidade pode ser ativada e desativada, Sack (1986) revela a mobilidade inerente ao território. Ou seja, desfaz a concepção tradicionalmente difundida de um território estático (HAESBAERT, 2008). Portanto, a territorialidade produz movimento, energia.

Normalmente, o macro controla o micro, como, por exemplo, as hierarquias entre os entes federados (federal, estadual, municipal, local). Uma observação importante quanto à territorialidade, é que, em nível global ou regional, as diferenças, as singularidades se diluem. Em nível local, essas diferenças se apresentam de forma mais nítida, em busca de soluções.

As territorialidades na gestão local são uma estratégia muito marcante, visto que se chocam vários atores e intenções normativas da gestão federal, estadual, municipal; população; e conflitos internos na própria Unidade de Saúde entre os profissionais (médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde, auxiliar e técnico em saúde bucal) na divisão e no compartilhamento de tarefas e de troca de saberes.

4.3 TERRITORIALIZAÇÃO

Os gestores entendem territorialização por visões muito diferenciadas:

[Gestor Y]: [...] que eu conheço, é feita através do nº de pessoas e ou de famílias. Eu nunca fiz isso não. Me deparei com isso pronto. Mas, dentro do conceito, uma quantidade “x”, quando extrapola aquela quantidade, tem que abrir uma nova.

Ainda prevalece a ideia de quantitativo nesse processo, de divisão em áreas e em micro áreas. Para o gestor, a simplificação da noção de território se aproxima da noção de espaço.

Uma questão importante, relatada pelo profissional, refere-se à implantação da equipe de saúde bucal. Em geral, a equipe de PSF é implantada primeiro e, por isso, a equipe de saúde bucal não tem autonomia ou visão para trabalhar de forma diferente, buscando mudança do processo. O território é tratado, simplesmente, como um território-solo, ou geográfico, que se faz de divisões em áreas e em micro áreas. Portanto, os entrevistados não compreendem a dinamicidade e a complexidade territorial.

Além disso, pode-se considerar que não ocorre o processo de territorialização para a equipe de saúde bucal, uma vez que sua implantação segue algo posto e dado pelo PSF. Em outros casos, é o enfermeiro ou o agente comunitário de saúde quem direciona o processo, deixando os odontólogos à margem.

Segundo o Gestor X, a territorialização seria:

[Gestor X]: [...] a facilidade de acesso ao serviço. Os córregos que tem o mesmo acesso eram divididos. A territorialização foi feita por critério populacional e acesso por ruas e quadras.

Além do aspecto quantitativo já mencionado acima, para esse gestor, a territorialização facilita o acesso das pessoas aos serviços.

Donabedian (1973) confirma esse mesmo pensamento quando afirma que o acesso pode ser classificado em sócio-organizacional e geográfico. O primeiro diz respeito aos recursos que facilitam ou atrapalham (barreiras) os esforços dos cidadãos de chegarem ao atendimento. O segundo envolve as características relacionadas à distância e ao tempo, necessários para alcançar e obter os serviços.

O entrevistado comentou somente o aspecto geográfico, no qual o serviço deve estar o mais próximo possível do usuário. O aspecto sócio-organizacional não foi levado em consideração. Que acesso é esse através do qual a população precisa agendar sua consulta para ser atendida daí a um mês? Que acesso é esse em que as pessoas ficam horas na sala de espera aguardando por um atendimento? Que acesso é esse por meio do qual, muitas vezes, o dentista precisa referenciar o usuário para um atendimento de maior complexidade e não existe esse atendimento na rede de assistência? E se o usuário sentir dor, às vezes, à noite, e a

Unidade de Saúde está fechada? Essas são questões que merecem reflexão por parte da gestão.

O entrevistado Z pontou:

[Gestor Z]: Territorialização em saúde, para mim, é definido como o conjunto de ações que desenvolvemos junto à nossa população cadastrada; é o trabalho de cada disciplina. Cada setor de saúde dentro do território abrangido.

Quanto a essa visão, para Ceccim (2005), a territorialização não se limita à dimensão técnico-científica do diagnóstico ou do trabalho em saúde, mas se amplia à reorientação de saberes e de práticas no campo da saúde, que envolve desterritorializar os atuais saberes hegemônicos e as práticas vigentes, ou seja, abandonar as práticas enraizadas no cotidiano da saúde bucal. Encontra-se, em jogo, um processo de territorialização: construção da integralidade; da humanização e da qualidade na atenção e na gestão em saúde; um sistema e serviços capazes de acolher o outro; a responsabilidade para com os impactos das práticas adotadas; a efetividade dos projetos terapêuticos; e a afirmação da vida pelo desenvolvimento da autodeterminação dos sujeitos (usuários, população e profissionais de saúde).

A saúde pública recorre a territorialização de informações há alguns anos, como ferramenta para localização de eventos de saúde-doença, de unidades de saúde e de demarcação de áreas de atuação. Essa forma de territorialização é vista com algumas restrições, principalmente entre os geógrafos, que alegam ser um equívoco falar em territorialização da saúde, pois seria redundância, já que o território usado é algo que se impõe a tudo e a todos, e todas as coisas estão necessariamente territorializadas.

A crítica é bem vinda, enriquece o debate teórico e revela os usos limitados da metodologia, constituindo-se apenas como análise de informações geradas pelo setor saúde e pela simples espacialização e distribuição de doenças, doentes e serviços circunscritos à atuação do Estado (SOUZA, 2004).

No que tange o processo de territorialização e seus elementos, as respostas obtidas foram:

[Gestor X]: [...] número de casas, número de pessoas, situação geográfica, nem sabe se tem saída em uma rua...

[Gestor Y]: [...] Seria de acordo com o número de pessoas.

[Gestor Z]: [...] tinha que contar primeiro as pessoas.

Cabe destacar que o processo de territorialização deve ser contínuo, em sincronia com os dados coletados do território. Nas falas dos profissionais, o processo de territorialização é considerado apenas como quantitativo de pessoas, sem considerar a dinâmica territorial tão necessária aos processos de intervenção. Dessa forma, atua-se nas consequências, e não sobre as causas. E o território é tratado com ênfase político-administrativa, isto é, espaço onde se delimita uma ordem jurídico-política, medida e marcada pela projeção do trabalho humano, com limites e fronteiras (RAFFESTIN,1993).

Raffestin (1993) fala das organizações do Estado, investidas de grande poder. As organizações canalizam, bloqueiam, controlam. Essa observação é muito significativa, pois exprime um jogo. O controle significa ter tudo sob seu olhar e domínio. Ou seja, ver o melhor possível.

No grupo focal, o entendimento de territorialização foi:

[...] divisão de áreas e micro áreas.

[...] é minha área de atuação, área adscrita.

A divisão administrativa para a gestão física dos serviços de saúde, muitas vezes, reduz o conceito de território, negligenciando seu potencial para a identificação dos problemas e das propostas de intervenção. Deveria tratar de uma prática transformadora por reconhecer diversas percepções existentes do território, em que o entendimento da vida social deve ser compreendido em sua essência, com novos significados para os profissionais. Deveria também contribuir para a identificação de informações que facilitam e orientam a tomada de decisão dos gestores. Tradicionalmente, algumas análises de situação são realizadas listando, os aspectos sócio-políticos-culturais-ambientais do território, tratados como mero receptáculo de dados informacionais (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Outra leitura dessa divisão administrativa está na territorialidade. O território se torna um instrumento que visa algum tipo de padronização (internamente ao território) e de classificação (na relação com outros territórios). Todos os que vivem dentro desse limite de

divisão de áreas tendem a ser vistos como iguais, pelo fato de estarem submetidos ao mesmo tipo de controle (interno) e pela relação de diferença com os que se encontram fora desses limites (HAESBAERT, 2008). Desse modo, igualar todos os que estão dentro e diferenciar todos que estão fora dessa área de abrangência pode ser um grande equívoco.

Os critérios considerados para promover o processo de territorialização foram explicados como:

[...] situação geográfica, nº de famílias.

[...] a minha unidade, tem uma rua que é muito grande, muitas casa, ela e dividida pelos ACS. Uma fica com a metade e o outro ficaria com o restante. Seria de acordo com o nº de pessoas.

Santos e Barcellos (2008) não concordam com a colocação anterior. Para eles, as áreas têm características muito maiores do que a soma ou divisão das pessoas que nela vivem.

Esse debate vem ao encontro da fala de Haesbaert (2008), sobre a diferenciação dos que estão dentro e fora da área. Não é somente um amontoado de pessoas que estão presentes. São intenções, sentimentos, recursos financeiros, epidemiológicos, ambientais e outros que se conflitam. Sack (1986) revela também que, quando as coisas não estão presentes, o território poderia ser conceituadamente vazio. A territorialidade ajuda a criar a ideia de um lugar socialmente esvaziável. Se o território é considerado apenas em seu aspecto quantitativo, ele é esvaziável, porque é desprovido de valor social, econômico ou de coisas que tendem a ser controladas (SACK, 1986). Mas, será possível gerenciar um território vazio?

As falas se repetem quanto à territorialização, denotando uma fixação nos termos utilizados no PSF. Cabe aqui outro questionamento: as micro áreas têm as mesmas características, o mesmo perfil? E se se realizasse o processo de territorialização em um local que não fosse o PSF, como seria?

O relato a seguir é interessante:

[...] coitado do homem, ele não sabe onde vai ficar. Ele era cadastrado no meu PSF, nessa redivisão. Ele ficou perdido, ele ficou no meio... por causa de um portão, ele não é mais do nosso posto, e o Primavera não o aceita também, porque diz que é nosso. Uma guerrinha entre os dois PSF. E o morador tá no meio, perdido.

Essas divisões em áreas e micro-áreas são como as divisões políticas do Estado, onde ninguém cede, em disputas por uma porção de terra.

Os territórios não são apenas áreas estáveis e contíguas, divididas por limites e fronteiras. Há também superposições e instabilidades dentro de seus próprios limites, a partir de territorialidades distintas e variadas (SOUZA, 1995). Percebe-se que as territorialidades estão presentes cotidianamente e os profissionais não conseguem identificá-las.

4.4 AS PRÁTICAS EM SAÚDE BUCAL

É importante observar que há uma particularidade quando se fala em gestores locais municipais, pois, demandam por competência gerencial, o fazer e o saber fazer, que se dá pela habilidade pessoal em utilizar situações, como diagnosticar problemas, definir e implementar estratégias, organizar o trabalho, gerir o pessoal para evitar desperdícios e produzir respostas às necessidades apresentadas pela sua população (RAMIRES et al., 2004). Além disso, há os aspectos gerados pela prática de saúde, decorrentes do ato clínico e do atendimento prestado à comunidade, no caso, do gestor local (SOBOLL et al., 2001).

Sobre as atribuições da equipe de saúde bucal, o grupo focal disse o seguinte:

[...] atendimento curativo, prevenção, visita domiciliar, interagir com a comunidade, própria equipe e outros profissionais, escolas, associações.

Interessante notar que em nenhum momento se falou em realizar diagnóstico situacional para o planejamento e a programação em saúde bucal, conforme preconiza a portaria 2488/2011.

O momento inicial do trabalho da equipe de saúde deve ser o planejamento, começando pelo diagnóstico situacional da realidade, a fim de reproduzir, com maior fidelidade, as condições socioeconômicas, culturais e epidemiológicas da população da área de abrangência (CARVALHO et al., 2004).

A análise territorial implica numa coleta de dados, que vão informar sobre os problemas naquele território, indicando suas inter-relações espaciais. Possibilita, ainda, identificar vulnerabilidades, e a seleção de problemas prioritários para as intervenções,

permitindo a escolha de ações adequadas e apontando estratégias e atores que melhor as operacionalizem.

Segundo Mendes (1993), o reconhecimento territorial pelos profissionais de saúde, de maneira a intervir na vida cotidiana de comunidades, é essencial para a caracterização da população e de seus problemas e para as necessidades de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.

Os processos de planejamento, de organização, de gestão e de financiamento se embasam nessa realidade local. Outro fator importante é que todas as políticas de saúde do Estado se orientam e se fundamentam nessa realidade, nos dados coletados e observados nesse território. As políticas e os projetos de intervenção só serão eficazes mediante um diagnóstico preciso da realidade, acompanhando sua dinamicidade como produto de uma dinâmica social, no qual se tencionam atores sociais postos na arena política. (MENDES, 1993)

A precarização das relações de trabalho também foi uma tônica nas discussões. Segundo o Ministério da Saúde (2001), a seleção dos profissionais do PSF deveria ser por processo seletivo, por concurso público ou por contratação em regime de CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas). No entanto, as contratações também se dão de outras formas, como indicação política, licitação, terceirização, contrato temporário, contrato de prestação de serviços. Tais vínculos, além de não resguardarem os direitos trabalhistas, fragilizam os profissionais, deixando-os inseguros e à mercê de mudanças políticas, como relata uma dentista:

Olha, eu sou contratada, escuta só. Quanto teve o concurso, foi lançado só para as UBS e não PSF, então foi uma coisa terrível. Então eu me preparei, eu fiz o curso de saúde da família, eu quis entrar no PSF e a minha intenção era fazer o concurso. Como o concurso foi só para UBS, a maioria não fez, porque queria trabalhar na ESF. Aí, que aconteceu depois? Eu trabalhava as 40 horas bonitinho. Depois que fui demitida, que a gente perdeu o emprego da noite pro dia... e, eu abri mão do consultório. Fui readmitida. Então eu trabalho até às 15 horas no PSF. 15:30h estou no consultório.

O quadro de recursos humanos ainda reflete a figura do dentista contratado por vinte horas semanais, o que contraria a carga horária prevista pelo Ministério da Saúde de quarenta horas semanais. Essa também é outra territorialidade que se apresenta. Nesse embate, muitos

gostariam que a lei vigorasse para todos, sem exceção. No entanto, muitos dentistas ainda acabam não cumprindo as horas estipuladas.

Observa-se, atualmente, uma expansão das ESB no PSF. No entanto, a inclusão do dentista em alguns municípios está se dando de maneira desorganizada, sem planejamento por parte da gestão, o que acarreta apenas um acréscimo de horas de atendimento e aumento do número de pacientes e de procedimentos, centrados na resolução imediata dos problemas de saúde bucal, atendendo apenas à demanda espontânea, sem a preocupação de realizar o tratamento do usuário por completo. Dessa forma, não há uma real melhoria das condições de saúde bucal da população.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011), a carga horária de 40 horas também favorece o vínculo entre os membros da equipe e a população, favorecendo, de igual maneira, o desenvolvimento do processo de trabalho, tanto do ponto de vista gerencial quanto assistencial.

Um fator também relevante é que a longitudinalidade do cuidado pressupõe a existência de uma equipe de Saúde Bucal estável ao longo do tempo. E a rotatividade de profissionais nas Equipes PSF/SB dificulta o cumprimento dessa característica. A descontinuidade está relacionada com a fragilidade dos contratos de trabalho (SOUZA, 2008).

[...] Ah, a gente fica desanimado, falta muito material. A gente vê a coordenação empenhada de verdade, mas parece que algumas coisas fogem da alçada deles.

No relato anterior, a coordenação de saúde bucal municipal, muitas vezes, não tem autonomia financeira. Ocorre uma hierarquia. O gestor municipal em saúde bucal está vinculado ao Departamento de Atenção Primária à Saúde, e esse, ao secretário municipal de saúde. O gerir se torna, então, exacerbado.

A visão clássica dos gestores (prefeitos e secretários municipais de saúde) é de que a saúde bucal não é prioritária, pois não é “tão ameaçadora para os usuários, não mata”. E, portanto, é tida como secundária, com ações preventivas, sem se ater às reais necessidades da população, por ser muito “cara”, ficando restrita ao atendimento de caráter mutilador (ZILBOVICIUS, 2005).

[...] na coordenação, quando eu estava lá, eles ficam no pé da gente, querendo consultório. Quando o conselho é forte, eles conseguem.

No dizer anterior, percebe-se que saúde e política estão intimamente relacionadas.

Nesse contexto, as pessoas da comunidade devem ser empoderadas para avaliarem suas próprias necessidades. Informações geradas por residentes locais podem ser mais valiosas e convincentes do que informações geradas por especialistas, pois os residentes locais têm uma história de pertencimento ao território, de suas vivências experimentadas no cotidiano (PATTUSSI, 2008).

Entender o território como espaço da ação implica destacar as especificidades de caso, que só os moradores têm, seja na atuação de um território indígena, seja de uma favela, seja de um bairro, presentes no PSF.

[...] a associação do meu bairro é muito fraca. No ano passado tentamos reerguer essa associação, tentamos motivá-los. Não conseguimos nada. Ninguém quer assumir a presidência. Contam que as experiências não são boas, estão cansados de reivindicar e não conseguiram nada, estão cansados e não querem mais.

Para Souza (1988), as associações de bairro são espaços públicos, onde a comunicação dá lugar à constituição de uma identidade, o reconhecimento de si no outro (igualdade).

Nesta dissertação, acredita-se que o movimento de bairro “é um dos terrenos importantes de inserção de reflexão sobre a espacialidade e as relações espaço/sociedade” (SOUZA, 1988, p. 19). Nele, o território constitui um referencial decisivo ao definir sua base social, catalisando e referenciando simbólica e politicamente o enfrentamento de uma problemática com imediata expressão espacial, como a insuficiência dos equipamentos de consumo coletivo, problemas habitacionais, segregação socioespacial, intervenções urbanísticas autoritárias e deterioração da qualidade de vida.

No entanto, o que define a individualidade de um bairro é certa coesão social. Assim, em qualquer território, pode haver territórios tanto amigos, quanto inimigos, sendo possível a ocorrência de conflitos e disputas. Um exemplo disso é o tráfico de drogas. Toda essa organização é paralela ao Estado e esse não participa da configuração da territorialidade desses grupos (SOUZA, 2001).

Quando a comunidade ou a associação de bairro não assumem o seu papel, outros grupos, com certeza, ocuparão seu espaço e controlarão a área. Nessa territorialidade, há uma relação territorial malévola, pois beneficiará aqueles que exercem a territorialidade em detrimento daqueles que estão sendo controlados (SACK, 1986). O que ocorre é que novos eventos serão formados, formando novos territórios, removendo coisas ou pessoas, e incluindo outras, por estabelecer diferentes graus de acesso às coisas.

O êxito do PSF depende, em grande parte, de suas interações com a comunidade. Isso implica não somente a boa assistência clínica, mas também o uso apropriado de tecnologias relacionais.

Em geral, a relação entre os usuários e profissionais é tranquila:

[...] no nosso PSF tem um grupo de geração de renda. Eles se encontram toda semana. Tem a igreja. No geral, não temos problemas.

[...] no meu PSF tem uma senhora que teve filhos gêmeos, não tinha com quem ficar no final de semana. Uma ACS ficou com um e outra ACS ficou com outro. Um outro, o pai de um senhor, passou mal. Um vizinho dele trouxe ele de carro. São solidários.

No território e nos lugares, acontecem a solidariedade e os processos de resistência. O acontecer simultâneo, em conexão com sistemas e em contiguidade no mesmo território, pode criar novas solidariedades, apesar de todas as diferenças entre as pessoas e os lugares.

No espaço geográfico, cria-se uma solidariedade orgânica, o conjunto sendo formado pela existência comum dos atores exercendo-se sobre um território comum. A sobrevivência do conjunto, não importa que os diversos atores tenham interesses diferentes, depende desse exercício da solidariedade indispensável ao trabalho e que gera a visibilidade do interesse comum. Isso é vital para um gestor ou técnico, pois, tais práticas moldam os territórios, imprimindo-lhes as marcas de suas decisões e intervenções sobre os mesmos (SANTOS, 2000).

[...] no meu bairro, a maioria das pessoas são moradores antigos, se conhecem há anos. O vínculo é muito bom. Tem muitas pessoas com residência própria. Os profissionais também passam a conhecer melhor a comunidade também.

Falar sobre vínculo é muito mais que simplesmente conhecer os moradores de sua área. É saber identificá-los em seu contexto familiar, de trabalho, de comunidade. É conhecer suas atividades, sua exposição ao estresse, seu padrão alimentar, enfim, é conhecer os fatores que possam estar interferindo na sua qualidade de vida. É percebê-los como cidadãos capazes de mudarem seus hábitos, de apreenderem novas atitudes mais saudáveis; sempre respeitando seus padrões culturais e jamais impondo o padrão higienista – crivos do que está certo e errado, numa atitude de detentores do saber. É estar presente como ator social da comunidade e através de sucessivas aproximações (SILVEIRA FILHO, 2002).

A forma como se dá a comunicação entre os profissionais e coordenação merece destaque nesse ponto da discussão. Ela interfere ou sofre interferência na compreensão do território enquanto espaço/tempo vivido, múltiplo, diverso e complexo (HAESBAERT, 2005). Como se dão os processos de comunicação nesses diversos níveis, onde várias vozes concorrem entre si, pela prevalência do seu modo de perceber, analisar e intervir sobre uma realidade?

Comunicação em saúde diz respeito ao estudo e à utilização de estratégias para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promover sua saúde. Ou seja, comunicação é o processo de produzir, fazer circular e consumir os sentidos sociais, que se manifestam por meio de discursos (ARAÚJO, 2004).

No que diz respeito ao meio como as políticas de saúde chegam até os dentistas, detectou-se:

[...] pela internet ou então quando tem ação direta com a gente, em reuniões.

[...] tem um site que tem as portaria, chega pra mim: BRASILSUS.

[...] a gente mesmo procura quando não é nada imediato.

Um dos meios de comunicação e informação atualmente mais utilizado é a internet. Na forma de pensar de Raffestin (2003), a comunicação e a informação são coisas diferentes. A comunicação é o centro de um espaço abstrato, enquanto a informação é mais periferia, não significando que a comunicação seja mais importante que a informação. Ao contrário, é a circulação que testemunha a eficácia da comunicação. Ou seja, a informação comanda o movimento das coisas e das pessoas.

Analisando a fala do grupo, nota-se que há um distanciamento da comunicação entre a coordenação e os profissionais. Existem burocracia e desorganização na comunicação entre eles, revelando exatamente os conflitos acima citados.

A comunicação é um dos meios utilizados para atingir um fim, uma estratégia (territorialidades), principalmente no que tange à gestão: “Quanto maior a grau de impessoalidade nas organizações, mais moderna é a burocracia” (SACK, 1986). Promover relações impessoais é uma das facetas da territorialidade. A impessoalidade é uma característica marcante na territorialidade. Para Sack (1986), a territorialidade é classificada por área e não por tipo ou espécie, portanto, ajuda-se a territorialidade a não constituir relações pessoais. Ou seja, não é preciso enumerar ou citar tipos de coisas no território. O que se quer dizer, com isso, é que quanto mais a gestão se distancia e torna impessoal a relação com os dentistas da assistência, mais territorialidades existirão. Esse é um meio de reafirmar o controle caso não seja possível ser íntimo no relacionamento com os profissionais.

Maximiano (2000) afirma que existem três tipos de comunicação conforme sua direção: para cima, para baixo e para os lados. A forma de comunicação, realizada pelo gestor, é a de cima para baixo. A comunicação nesse sentido é diretiva. São ordens ou informações sobre políticas e programas que se pretende implantar.

[...] é muito complicado. Deveria ser através de ofício pra ser uma coisa assim... mais fiel. Você pode não receber, não ler. Marca em cima da hora. Vai ter uma reunião daqui a três dias. Você tem que desmarcar, se virar. É inconveniente ficar ligando atrás da gente pra saber onde você está, pra te dar recado. Não existe recado, recado é ofício. Tem uma reunião tal, tal. Todo mundo recebeu, ponto final. Liga pra falar que é às três horas, depois liga pra falar: “Não, será às duas horas!”. Pra gente comunicar qualquer coisa tem que ser comunicação interna. De lá pra cá não tem pra gente. Deveria ser uma coisa planejada.

[...] uma outra coordenadora nos tirava toda semana do trabalho. Tudo era motivo de reunião. E saía todo mundo chateado, aborrecido, porque ela detonava todo mundo. Você, às vezes, é obrigada a ser indelicada com o paciente, não respeitar a agenda.

A questão da normatização não existe e é importante.

Atualmente, em alguns locais, a noção de comunicação vem sendo substituída pela de informação. Contrariamente à percepção de Raffestin (2003), acima mencionado, para Araújo e Cardoso (2007), o conceito de informação prejudica a compreensão dos processos sociais implícitos e implicados no conceito de comunicação, quando usado como equivalente desse. “Informação”, assim utilizado, é um conceito predador, que engole as dimensões

históricas, políticas e econômicas das relações sociais e oculta os interesses em luta. Os gestores devem ter em mente que a natureza da informação é agregar valor a uma tomada de decisão, enquanto que a comunicação é estabelecer processos de interação e de relacionamento entre os técnicos e a população de um território.

Esse comportamento administrativo é justificado nas instituições altamente burocratizadas, e a palavra escrita tem predominância, pois permite o registro e a recuperação da informação, embora provoque ineficiência, já que a velocidade não é considerada importante. Mas, apesar dessa preferência, a administração deve levar em conta o *feedback* de cada um. Os meios de comunicação pessoal são mais rápidos do que qualquer forma escrita (MAXIMIANO, 2000).

A comunicação deveria se dar da seguinte forma: Gestor federal ↔ gestor estadual ↔ gestor Superintendência Regional de Saúde ↔ gestor municipal ↔ local. Aqui, a Superintendência regional tem um papel importante no processo de comunicação. Com a descentralização, ela faz um elo entre o nível central do Estado de Minas Gerais, em Belo Horizonte, e os municípios.

Portanto, cada profissional, equipe ou instituição, deveria transitar entre as posições de emissão e de recepção, além de agir na circulação social dos discursos. Ao invés de cristalizar as posições, tomar como participantes de um processo de comunicação, como interlocutores, conferindo destaque aos variados lugares que ocupam, nos diferentes contextos e relações de poder dos quais participam (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Tentando aprofundar a discussão sobre a comunicação, o relacionamento e o trabalho em equipe, questionou-se como se daria o entrosamento da equipe. A resposta mais pertinente foi a seguinte:

[...] na minha equipe, a enfermeira não gosta que eu mexa no prontuário médico. Qualquer problema no prontuário, a culpa é da dentista.

Um aspecto fundamental no PSF/SB é que, ao colocar a sua proposta de inserção numa equipe multiprofissional, além de introduzir o novo, afronta valores e poderes consolidados pelas práticas anteriores. Isso é um grande desafio, visto que os profissionais (dentistas, médicos, enfermeiros, ACS e outros) nem sempre estão preparados para agir de forma integrada. Observa-se, então, que, embora os profissionais tenham certo contato, não existe interdisciplinaridade.

No trabalho em equipe, ninguém perde seu núcleo de atuação profissional específica; porém, a abordagem dos problemas é que assume uma nova dimensão. Conhecer, compreender, tratar e controlar passa a ser uma responsabilidade compartilhada. A noção de consulta é superada por outra ação de maior amplitude, concebida como cuidado, nova atitude frente aos processos de saúde/doença da comunidade. Cuidar é ir além da ação de vigilância, é ter uma postura pró-ativa de proteção. (BRASIL, 2008)

Em conformidade com Becker (1993), a territorialidade, nesse caso, pode ser vista ainda como um fenômeno de organização do espaço em territórios diversos, considerados exclusivos por seus ocupantes; uma relação com o espaço e com os demais atores. É, portanto, forma de ampliar o controle sobre um dado território, tornando-o distinto e, ao menos, parcialmente, exclusivo; contribuindo para prover significado a marcas e limites territoriais e para “reificar” o poder territorial por meio de identidades coletivas. A territorialidade é elemento de coesão social, fomentando sociabilidade e solidariedade; mas pode ser também fonte ou estímulo de hostilidades, ódios e exclusões (BECKER, 1993).

4.4.1 O processo de trabalho

Em relação às territorialidades relacionadas à promoção da saúde e ao tratamento curativo/restaurador, a Constituição Federal (art. 196), Lei 8080/90 (art. 5º), Linha Guia de Atenção em Saúde Bucal (SES/MG), Diretrizes Nacional de Saúde Bucal, e inúmeras literaturas falam sobre a importância da promoção à saúde. No entanto, ainda existem parâmetros sobre a produção de tratamentos curativos/restauradores e cobrança dessa produtividade.

Werneck (1994) lembra que a saúde bucal apresenta um processo de trabalho ainda muito dependente de clínica, com atividades de caráter quase artesanal, lento em sua conclusão, podendo exigir, em média, três a quatro consultas para alta. Ainda de acordo com Werneck (1994), os profissionais de saúde bucal nem sempre explicitam seus limites ou peculiaridades, ao passo que os gestores, não entendendo, acarretam cobrança por resultados quantitativos. Na prática, criam-se embates sobre tais procedimentos, pois, muitas vezes, a promoção à saúde não implica tratamento restaurador. A lógica da visita ao dentista quase sempre resulta em um tratamento restaurador.

A dentística tradicional, a qual buscava apenas restabelecer forma, função e estética, vem sendo substituída por outra cada vez menos restauradora, que tem como objetivos principais prevenir novas lesões, paralisar as já existentes e evitar as recorrentes. As mudanças conceituais, associadas ao desenvolvimento tecnológico e científico, influenciam diretamente os procedimentos clínicos, visando promoção da saúde bucal (SERRA et al., 2007).

Assim, “mesmo quando se detecta presença de cavidade ou atividade de cárie, deve-se refletir sobre um eventual procedimento restaurador. Nos casos de lesões ativas em esmalte, é preciso instituir medidas que visem ao controle das causas da doença, para paralisar sua progressão” (SERRA et al., 2007, p. 208).

A promoção de saúde e sua relação com o tratamento curativo foi colocada pelos técnicos como:

[...] promoção é para educar a pessoa pra que ela tenha a saúde melhor: bucal , físico, mental, todos, geral. Nós, profissionais de Odontologia, o que a gente mais tenta é, através de palestras, capacitar aquela pessoa, que, às vezes, não teve uma educação em casa, autocuidado.

Promoção à Saúde, conforme definido pela Carta de Ottawa, em 1986, significa a construção de políticas públicas saudáveis, e o desenvolvimento de habilidades de autonomia pessoal para a prática do autocuidado em saúde. Portanto, seu significado é muito mais abrangente, não é só sinônimo de educação. Entre as principais ações de promoção à saúde, encontram-se as ações intersetoriais e as atividades educativas.

E essa visão pode ser ainda mais abrangente:

Eu penso que a promoção de saúde é isso mesmo, que ela consiga capacitar o indivíduo, seja responsável por ele mesmo e tá ligado a tratamento restaurador? Claro! Não adianta eu restaurar o dente, totalmente, a integridade do dente e gengiva, e se não tiver o autocuidado, o meu tratamento fica em vão. Estão interligados sim. Eu não devo e não posso fazer tratamento restaurador antes de passar as questões de educação... por isso, que tem uma questão das equipes de saúde bucal... da técnica em saúde bucal. É uma briga, porque quando estamos com a equipe correta, montadinha, modalidade II, é ela é quem vai fazer isso pra mim. Então, meu paciente vai chegar preparado, conscientizado. Se ele não tiver autocuidado, mudança de hábito, meu tratamento restaurador não adianta.

A Política Nacional de Promoção à Saúde (2006), como uma das estratégias de produção de saúde, contribui para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. A estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença como, por exemplo: violência, desemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde (BRASIL, 2006).

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizada e fragmentada e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças ocorridas no processo saúde-doença ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária (BRASIL, 2006). Ao contrário, o modo como as pessoas e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida (BRASIL, 2006). Essa é uma territorialidade muito comum, visto que não é fácil propor mudança de hábitos e estilo de vida, conflitando com as opções e escolhas de vida de cada um.

No relato, ocorre um desabafo, quando diz que a equipe modalidade II não está completa. Falta a presença do técnico na equipe, por ser um profissional que realiza em grande parte as atividades educativas. Hoje, muitos técnicos em saúde bucal estão desviados de função, sobrecarregando os profissionais que realizam tarefas, as quais poderiam ser feitas pelo técnico. Fica difícil gerenciar com sobreposição de tarefas.

Um profissional fez a seguinte observação:

[...] a falha no tratamento é porque lá atrás, a promoção de saúde não houve. As políticas do governo, da área federal, mesmo a priorização das crianças por muito tempo, os adultos, ficaram muito tempo sem programa específico. A partir dos 12 anos, os adolescentes. Eu vejo muitas crianças no meu bairro sem cárie, dentes perfeitos. Agora adulto, nossa!!!

Essa observação vem ao encontro do modelo de atendimento utilizado por tantos anos em escolares, o Sistema Incremental, conforme discutimos anteriormente. A grande ocorrência de necessidades curativas se explica pela dívida assistencial aos adultos.

Sobre o tempo de dedicação às atividades clínicas e extra clínicas, descobriu-se que:

[...] 70% de clínica e 30% extra clínica. A demanda pra clínica é muito grande. Se fosse olhar a necessidade e a gente, só faria clínica, mas, como a gente é cobrado...

De uma forma geral, há um grande embate entre os profissionais com relação a essa territorialidade. Na narrativa, percebe-se a angústia dos profissionais da Odontologia para exercerem suas funções de promotores de saúde. Os atores entrevistados têm consciência do seu papel a ser empenhado, compreendendo que o serviço odontológico não deve se centrar no atendimento curativo. Mas, eles se veem diante de um dilema: fazer o trabalho reabilitador e promover saúde – enquanto o primeiro absorve todo o tempo de seu trabalho. Assim, confirma-se que, para se promover saúde, é preciso, antes de tudo, que haja transformações na organização das práticas de saúde bucal, no reconhecimento territorial em todos os seus múltiplos fatores. Acredita-se que um dos caminhos seja uma nova prática odontológica, na qual o trabalho deixe de ser centrado no cirurgião- dentista, incorporando outros profissionais e setores (GONTIJO et al., 2009).

Já sobre a existência da intersetorialidade, houve unânime entre os entrevistados.

[...] principalmente para a escola.

[...] só a educação mesmo.

Outra dificuldade evidenciada nas sequências discursivas está em se trabalhar com outros setores. Com o paradigma da promoção de saúde, a saúde bucal exige mais do que a oferta de serviços odontológicos; exige políticas intersetoriais, buscando soluções compartilhadas, utilizando vários cenários para o cuidado em saúde e não somente o consultório dentário, como mencionado acima. Se se delegassem algumas tarefas a outros setores, haveria mais tempo para planejar e realizar atividades extra clínicas.

No PSF, os trabalhadores em saúde percebem, muito de perto, a realidade dura da vida nas comunidades, tendo que, necessariamente, lidar com os problemas decorrentes dessas condições. A promoção de saúde aparece como um campo que promove essa reflexão e a

incorporação dessas necessidades de saúde, para que, juntos, mediante ações intersetoriais, consigam a resolução de seus problemas de saúde. (PINHEIRO et al., 2008)

Whestpal e Mendes (2000) relatam que os setores educação e ação social são os parceiros mais comuns quando se trata de experiências intersetoriais. Mas, essas iniciativas acontecem normalmente de maneira informal, fragmentadas e sem planejamento adequado. Ações qualificadas seriam aquelas com vínculos de responsabilidade entre os setores.

Como exemplos de ações intersetoriais em saúde bucal, citam-se o apoio a ações e as políticas que promovam desenvolvimento social, como educação, emprego, lazer, etc. A forte relação entre privação social e doenças bucais: faz com que a melhoria da qualidade de vida seja um fator importante no contexto de promoção de saúde bucal; possibilita o acesso a saneamento básico; contribui para o combate ao fumo e uso de álcool e para a redução de violência; incentiva dietas mais saudáveis, tornando os produtos mais saudáveis os de mais fácil acesso; garante proteção no trabalho; utiliza a legislação para promover um ambiente saudável e seguro; estabelece uma parceria com o setor de educação para o trabalho transversal de conteúdos de saúde bucal no currículo escolar, através do aproveitamento da Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (Lei nº 9394/96). Isso significa discutir a saúde bucal em vários momentos e disciplinas escolares, de acordo com a realidade de cada escola. (SES/MG, 2010)

Os parceiros, na intersetorialidade, segundo os profissionais pesquisados, são:

[...] universidade, com estagiários.

Essa integração serviço/ensino seria um momento ideal para mudar concepções e quebrar paradigmas relacionados às questões territoriais. De acordo com o Parecer CNE/CES 1300/2001, as Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o currículo do Curso de Graduação em Odontologia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. O currículo deve contribuir, também, para a compreensão, a interpretação, a preservação, o reforço, o fomento e a difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e de diversidade cultural.

Quanto à questão gerencial, as diretrizes curriculares (CNE/CES, 2001) necessitam propiciar ao egresso de Odontologia as seguintes competências e habilidades: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação

permanente. No entanto, Morita e Haddad (2008) comentam que existem muitos autores advogando em sentido contrário. Argumenta-se que a situação vivenciada nos serviços não é suficiente para o preparo adequado dos estudantes.

Se os dentistas do PSF não adquirirem a concepção territorial, de habilidades e as competências, como poderão transmiti-las aos estagiários egressos? Mais ainda, os docentes também possuem tais concepções?

Sobre as políticas implantadas pelo Ministério da Saúde e Estado, a situação exposta pelos entrevistados é a seguinte:

[...] diferente. Ela é adaptada à realidade.

A colocação “é adaptada à realidade local”, torna a discussão acalorada. Até onde se pode adequar à realidade na implantação de uma política de saúde, e não deixar de ser aprovado pelo Ministério da Saúde? Até onde é possível adaptar a realidade local, sem deixar de receber os recursos financeiros federais e estaduais?

Na questão do acolhimento, percebeu-se que ele não é considerado como um fator importante:

[...] não é realizado. Qualquer pessoa faz o acolhimento. Até a faxineira faz.

Para SES/MG (2010), acolher não é tarefa fácil, pois implica mudança da cultura organizacional, resultando na quebra das barreiras ao acesso, na agilidade do atendimento e na responsabilidade por parte das equipes pela atenção primária da população adscrita às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O acolhimento tem como propósito identificar a população residente no território de abrangência da UBS, reconhecer e responsabilizar-se pelos problemas de saúde, organizar a porta de entrada e viabilizar o primeiro contato através da equipe de saúde, humanizando o atendimento e alcançando a satisfação do usuário. Objetiva, assim, receber, escutar e oferecer uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética aos cidadãos.

O acolhimento não deve ser entendido como um procedimento isolado, realizado pela enfermagem ou por parte da equipe, como um mecanismo de triagem, ou como um trabalho

na sala de espera da unidade básica de saúde. A prática do acolhimento se fundamenta no trabalho integrado, no comprometimento de toda a equipe de saúde, não apenas de um grupo de profissionais.

É o acolhimento que modifica a lógica do atendimento, por ordem de chegada, na fila de espera da unidade de saúde, por um processo de identificação da clientela em situação de emergência ou de urgência, priorizando-a para atendimento imediato, procurando, assim, diminuir a possibilidade de agravamento. Viabiliza também o atendimento das demais pessoas, de forma organizada e racional, através da atenção agendada e programada.

Portanto, ao discutir a humanização nos serviços de saúde, há de se analisarem os aspectos relacionados à acessibilidade aos serviços e ao atendimento realizado pelos profissionais e pelas equipes de saúde. A humanização deve resultar na quebra ou na minimização das barreiras geográficas, físicas e organizacionais, transformando os ambientes em locais mais acolhedores, racionalizando e otimizando os processos de trabalho e melhorando a comunicação, com vistas à efetivação do vínculo entre o profissional, equipe, usuário e comunidade (SES/MG, 2010).

Nessa perspectiva, a visita domiciliar pode ser citada:

[...] eu acho a visita muito improdutiva.

[...] acho que sou mais produtiva no consultório...

As colocações aqui apresentadas são totalmente contraditórias aos relatos sobre o tema promoção de saúde. Promover saúde dentro de um consultório, entre quatro paredes, é impossível. O grupo não conhece a importância das visitas domiciliares. A incorporação do atendimento e a visita domiciliar reestruturam e reorganizam as práticas de saúde bucal para além muro das Unidades de Saúde, deslocando seu olhar para o espaço territorial familiar, onde as práticas estão enraizadas (TRAD; BASTOS, 1998).

[...] eu faço junto com o médico da minha área toda semana. Ele é antigo no PSF. Ele sim conhece todo mundo: área, a situação de cada um, a história de cada família. Toda sexta-feira.

Ao adentrar a residência dos assistidos, o profissional se insere de forma a desenvolver suas ações e interações com a família, evitando considerar somente os problemas apresentados pelo paciente, mas, observando também os fatores sociais (econômicos, espirituais e culturais), os recursos disponíveis na casa, as condições de higiene e de segurança e o grau de esclarecimento. Assim, cabe ao profissional, em seu trabalho interdisciplinar, atentar para todas essas questões e atuar com vistas à integralidade de suas ações (TOMOZZI; LACERDA, 2006).

O cuidado com a família como foco de atenção básica pode ser um avanço do PSF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde, ultrapassando a abordagem focada na doença e no indivíduo. Portanto, a família contextualiza a saúde produzida num território em suas múltiplas dimensões (RIBEIRO, 2004).

Para Mendonça (2008), a visita domiciliar é um importante instrumento de inclusão social, uma vez que a atuação das equipes no interior das UBS não é suficiente. Também pode construir maior proximidade dos profissionais com a população e possibilitar maior acesso aos serviços e continuidade do tratamento.

Dentro desse contexto, questiona-se o seguinte: se a visita pode ser um instrumento de inclusão social, não seria o primeiro passo para diminuir as iniquidades sociais comentadas anteriormente?

Se de um lado as visitas domiciliares não são exercidas tão frequentemente pelos profissionais, por outro lado, ocorre uma territorialidade interessante: alguns moradores não permitem a entrada do profissional em sua moradia. Segundo Franco e Merhy (2003), a visita domiciliar compulsória pode significar uma excessiva intromissão do Estado na vida das pessoas, limitando o grau de privacidade e de liberdade.

Na visita domiciliar, os profissionais tratam dos seguintes assuntos:

[...] explico como é a amamentação, como é a escovação, como deve fazer.

[...] se eu vejo que tem criança eu cobro mais. “Olha, você tem filho pequeno, você tem dente cariado, não deixa ele ficar...”.

[...] olho se tem cárie, falo: “Aqui tá bem, aqui não tá!”. Eu induzo a família a levar no posto...

Quando tinha escova, levava escova e pasta pra todo mundo. Já cansei de fazer escovação supervisionada nessas visitas.

Para alguns profissionais, a visita se reduz a processos educacionais. O processo de educação em saúde tem se baseado na transmissão de conhecimento por parte da equipe de saúde bucal para um usuário passivo, partindo do princípio de que a aquisição de conhecimento causa mudança de hábito e que essa mudança se encontra sob completo domínio do usuário. Quando o usuário não consegue mudar esse comportamento, muitas vezes, é considerado culpado e incapaz por não fazê-lo e responsável pelos danos que os maus hábitos possam trazer à sua saúde. O modo como a educação em saúde tem sido realizado mostra grandes limitações na obtenção de mudanças de comportamentos que conduzam à saúde.

De acordo com os protocolos da SES/MG (2006), alguns pontos devem ser observados no processo de educação em saúde bucal:

a) A complexidade do processo de mudança de hábito: o processo de mudança de hábito é muito complexo, que enfrenta várias barreiras (econômicas, emotivas, sociais, culturais, etc.), em que a aquisição do conhecimento é um passo muito importante, mas não suficiente na maioria das vezes.

b) O respeito à individualidade e a contextualização nas diversas realidades: é muito importante que, no processo de educação, os dois lados possam falar e ouvir, caminhando para uma construção conjunta da prática que deve ser feita dentro da realidade de vida das pessoas.

c) O respeito à cultura local: o trabalho com a comunidade no sentido de entender sua realidade, seus hábitos culturais e o lidar com o processo saúde-doença é essencial para o encaminhamento dos programas educativos.

Na ação educativa, é possível aprender com os moradores mais antigos as origens do bairro. Com os professores, a realidade das escolas. Com os moradores, o grau de satisfação com os serviços e a percepção dos problemas. Com os artistas, os significados culturais. Com os profissionais de saúde, as tendências e o perfil de saúde e doença. Com os ACS, as singularidades da população... Assim, novos olhares são requisitados, buscando soluções para os problemas que dia-a-dia se repetem (BATISTELLA, 2007).

Ao levar à discussão se existe o planejamento das atividades, um dentista respondeu veementemente:

Ah, sim. Tudo planejado; tem dia para atender: gestante, crianças, puericultura, grupo de adolescentes, diabéticos...

Não se trata somente do atendimento de grupos. De acordo com o manual do Ministério da Saúde (2008), para subsidiar o planejamento, baseado na realidade populacional, recomenda-se realização de levantamentos epidemiológicos, de necessidades imediatas e a avaliação de risco. Esse processo necessita ser acompanhado, utilizando um sistema de informação que disponibilize dados, produzindo informações consistentes.

A rotina de trabalho da Equipe Saúde da Família inclui processos de reconhecimento do território e da população, bem como da dinâmica familiar e social, que irão subsidiar o planejamento, o acompanhamento e à avaliação de ações de saúde. Compõem esses processos: a realização e atualização de mapeamento da área de abrangência com identificação das áreas de risco e de vulnerabilidade; o cadastro das famílias e a atualização constante das informações; a identificação de pessoas e famílias em situação de risco e vulnerabilidade; a análise situacional da área de abrangência; o acompanhamento mensal das famílias a partir de visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde e equipe (quando necessário), bem como análise de informações e de indicadores de saúde da área de abrangência; a interlocução com conselho local ou municipal de saúde; e o desenvolvimento de mecanismos de escuta da comunidade (BRASIL, 2008).

Sack (1986) traz uma relevante contribuição ao planejamento. As mudanças nas atividades são prevalentes no cotidiano. A sociedade de consumo torna essa mudança essencial. Uma Unidade de Saúde que não mudou sua aparência teve seu processo de trabalho ultrapassado pelo tempo. Planejar significa pensar no futuro, imaginar diferentes coisas no espaço (SACK, 1986). Portanto, a territorialidade é útil para manter o espaço esvaziável e preenchível. A mobilidade geográfica, esvaziando, preenchendo e organizando afrouxa os laços entre o território local e o espaço, como pano de fundo para a ocorrência dos eventos (SACK, 1986).

Planejar é uma necessidade cotidiana, um processo permanente, capaz de fazer, a cada dia, uma releitura da realidade, garantindo direcionalidade às ações desenvolvidas, enfrentando imprevistos e caminhando em direção aos objetivos propostos. Isso evita que o planejamento seja transformado em um plano estático, que depois de elaborado, em um determinado momento, não é mais atualizado ou reorientado. (BRASIL, 2008)

Por fim, sobre como se dá a organização dos serviços cotidianos, as respostas foram:

[...] Olha, eu peço a secretária pra fazer uma triagem de quem tá lá fora, de quem chegou, quem são os pacientes de urgência, de quem está marcado. Dependendo do volume de urgência, eu dou uma olhada nessas pessoas. Se não for de muita urgência, peço pra esperar. Vou priorizar quem está marcado, pra não acontecer problema de achar ruim com o outro. E depois eu atendo as outras pessoas. E aí eu sigo a agenda. Depois do atendimento clínico, a menina prepara o material para esterilização. Lá, não tem autoclave, tem que ir pro hospital, tem um limite de atendimento. A tarde pode ser um grupo, uma visita, segue a agenda, claro que há variações. Quem chega no posto sempre é atendido.

[...] A minha agenda sempre é feita de acordo com os outros. O médico e enfermeiro, senão eu não capto o público que estou querendo. Por exemplo: na segunda-feira são as crianças da puericultura. Na segunda, tem um volume grande de crianças, então, se elas estão lá pra enfermeira, elas estão lá para mim também. Fica mais fácil ir uma vez só no posto. Atendo também adultos. Na terça, também.

Um fato que chama a atenção no primeiro relato é o fato de não existir equipamento para esterilização dos instrumentais (autoclave) na Unidade de Saúde. Sem a estrutura adequada, limita-se o número de atendimentos e os tipos de procedimentos a serem realizados. De que maneira são transportados esses instrumentais até o hospital?

Ao iniciar o atendimento na UBS, um membro da equipe deve fazer uma rápida explanação sobre a organização do serviço, apresentando os diversos serviços oferecidos pela unidade. No segundo momento, passa-se a identificar os usuários, sendo solicitado a cada um que explicita qual o motivo de sua procura ao serviço. Sempre que possível, salvo os casos de urgência/emergência, devem-se priorizar, inicialmente, as gestantes, as crianças, os portadores de deficiências e os idosos. Os usuários que têm retorno de consultas/atendimentos agendados, vacinas, curativos, exames, entre outros, devem ser encaminhados para os setores correspondentes.

Para os usuários que procuram a unidade básica de saúde, motivados por um problema, uma queixa ou um evento agudo, propõe-se a classificação de risco. A classificação de risco é uma atividade realizada por profissionais da equipe de saúde (enfermeiros e médicos), devidamente capacitados para proceder a uma entrevista objetiva que possibilite a exclusão ou a identificação de sinais de gravidade.

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. A partir desse processo de classificação, os casos poderão ser categorizados por prioridades, através de um protocolo clínico. Assim, os usuários que vêm para a UBS por situação de urgência e emergência ou por demanda espontânea, devem ser abordados por um profissional para a classificação de risco.

A presença de um ou mais sinais de risco aponta para a necessidade de atendimento imediato. Para o atendimento inicial dos casos de urgência ou de emergência, faz-se necessário que a equipe esteja capacitada e disponha de recursos padronizados (materiais e medicamentos), de suporte para transferência segura (SAMU) ou transporte sanitário e de um ponto de atenção secundário ou terciário para encaminhamento. Na ausência de sinais de risco, o profissional deve analisar a necessidade do usuário e oferecer um atendimento ou consulta agendada, compatibilizando a disponibilidade do usuário e do serviço. A partir do atendimento, o usuário poderá receber um tratamento sintomático, ter a continuidade do tratamento ambulatorial, ficar em regime de observação, ou ser internado para tratamento hospitalar, ou ainda ser transferido para tratamento em outro serviço de maior complexidade. (BRASIL, 2008)

Figura 1 – Campo da atenção em saúde bucal no território



Fonte: Brasil (2008)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Caminhando e cantando e seguindo a canção
Somos todos iguais, braços dados ou não
Nas escolas, nas ruas, campos e construções
Caminhando e cantando e seguindo a canção*
(Geraldo Vandré)

Chega-se ao final desta caminhada, ou melhor, apenas se inicia o desbravar de trilhas, de campos minados que caracterizam os territórios da saúde bucal...

Após a realização do panorama da real situação entre os três níveis de gestão, observa-se que há um descompasso entre todos. Faltou, lamentavelmente, a contribuição do gestor federal.

Os incentivos financeiros existem, embora muitos os considerem insuficientes para a realização dos projetos. A contrapartida estadual e federal ainda é muito incipiente e os gestores alegam que estão sobrecarregados com tamanha responsabilidade na organização dos serviços, com poucos recursos.

Mesmo sendo de amplo conhecimento que esses problemas decorrem de processos complexos, na prática, ainda prevalece uma produção de práticas tradicionais, de conhecimentos e de intervenções descontextualizadas e dirigidas para os aspectos mais urgentes e agudos (AUGUSTO et al., 2005). Logo, o principal desafio da saúde bucal coletiva é modificar o modo de se fazer saúde.

Quando se fala em atenção à saúde bucal, os dados que se têm são somente epidemiológicos, ou melhor, “cariológicos”. Pouco se fala das questões sociais em Odontologia. Santos (2006) expõe claramente sua opinião quando afirma que um saber e uma prática descolada de preocupações humanísticas é a principal marca do domínio da técnica a que se está presenciando.

Sem mudar concepções, valores e práticas, não é possível transformar o processo de trabalho setorial e fragmentado, como tem sido a prática das organizações públicas, para uma prática organizacional, na qual o foco está nas condições sociais, nos modos de vida da população. Essa nova realidade deve ser criada no interior das organizações gestoras das políticas públicas, na sua totalidade, em todos os níveis. Isso exige que os diversos atores,

principalmente, os gestores, parte dessa rede, interpenetrem-se, formando um novo tecido (JUNQUEIRA, 1997).

Quanto ao processo de trabalho do dentista no PSF, ainda se faz necessário um amplo debate onde permeiam: as perspectivas de mercado de trabalho para o profissional de saúde bucal, despontando o serviço público como uma alternativa promissora; as questões trabalhistas que envolvem a contratação desses profissionais, uma vez que o mercado necessita de um vínculo empregatício; os limites de implantação de equipes no PSF, trazidos pela legislação vigente; uma revisão das técnicas de promoção e de prevenção em saúde bucal, ainda enraizadas no Modelo Incremental, de atenção a escolares, profundamente marcada pelo preventivismo, com o conceito de geração perdida, absolutamente conflitante ao princípio de equidade; a necessidade de apreensão da epidemiologia social, do planejamento estratégico, de compreensão dos processos sociais comunitários, do território, do funcionamento das famílias e das ferramentas apropriadas à abordagem de cada uma dessas questões; e a revisão das ações clínicas na saúde bucal, ainda profundamente marcadas pela exodontia, pela mutilação. Esses são alguns dos questionamentos que vêm surgindo no amplo debate entre profissionais, acadêmicos, entidades de classe e gestores (BRASIL, 2002).

Merece também destaque a formação acadêmica para o trabalho no SUS, passível de transformações e de mudanças na reformulação da educação, integrando serviço e ensino. É nesse espaço, que se desenvolvem as competências específicas, as quais mediarão futuras ações dos profissionais de saúde (MORETTI-PIRES et al., 2007).

Por outro lado, odontólogos e os gestores em saúde bucal estão próximos. No entanto, distantes em suas concepções e práticas de saúde. Mas, haverá um dia em que faltará espaço para o dentista do passado, que senta no “mocho” e foca no tratamento “curativo”, de uma certa “face”, de um certo “dente”, de uma certa “arcada” dos usuários. O que se deseja do dentista é que seja um profissional em condições de realizar o diagnóstico das condições bucais, avaliar atividades de risco e sua potencial relação com os quadros sistêmicos. Ainda terá que deixar seu isolamento e fazer parte de uma equipe (do PSF), dispondo de conhecimentos mais abrangentes da comunidade (WEYNE, 1997).

Quanto às concepções territoriais, estas se aproximam de uma perspectiva mais simplista, que se restringem à apropriação do espaço por grupos humanos ou privilegiam o poder em termos de Estado-nação, em detrimento de abordagens mais flexíveis e complexas, que, assumindo uma concepção de poder multidimensional, permitem tratar de territorialidades resultantes da coexistência de diferentes agentes.

A concepção de território para os gestores é a dos limites do Estado-Nação. Eles buscam visualizar o território numa perspectiva geográfica, quantitativa, de divisão de áreas, principalmente no que tange à sua operacionalização. Mas essa divisão só pode ser realizada no mapa – concepção difundida de Ratzel (1897) –, não no território. Os gestores ainda não conseguiram internalizar o gerenciamento de pessoas. E assim, a saúde bucal ainda não transformou o espaço em território.

Se as concepções de território entre os gestores foram meramente geográficas, quantitativas, estáticas, não considerando os aspectos relacionais do território, conseqüentemente, as concepções sobre territorialidade não foram identificadas, visto que a territorialidade exige embates de domínio de uma área, de cercar, impor limites e poder constantes, dinâmicos, onde a presença de atores se faz necessária. As normatizações políticas e as hierarquias tentam, em vão, minimizar as territorialidades presentes.

A incompreensão sobre a territorialidade leva à questão principal em gestão: o planejamento. Não captando as peculiaridades e a contingência histórica do processo social, obviamente, as práticas e a comunicação terão múltiplas implicações negativas, como, por exemplo, o relacionamento entre a comunidade e os profissionais. Se a comunidade for cercada, impedida de ser atendida em certas Unidades de Saúde, por não pertencer à sua área de abrangência, pode gerar muitos conflitos.

O primeiro passo dessa longa caminhada já foi dado quando Botazzo (2008) convida a perceber a boca como um território: cheio de ritmos, de tempos e de significados. Desse modo, propõe-se a observar e a apreender, em um território, mais precisamente, no território da saúde bucal, a problemática relacional, dinâmica, onde permeiam as relações de poder intrínsecas à toda relação.

O termo território, nesta dissertação, é múltiplo em funções. Ele é capaz de conceituar, teorizar, construir, formar, delimitar, identificar, ressignificar, referenciar, localizar, produzir e ser produzido, relacionar-se a solidariedade e ao mesmo tempo a conflitos e tensões, ser dinâmico e, mesmo assim, permanecer tão único, singular e presente.

Tal multiplicidade de territórios modifica a percepção das pessoas sobre os riscos de saúde (CORREIA, 1997). Mais do que expor as diferenças, os conceitos devem revelar sua multiplicidade, os elos possíveis com outros conceitos que possam expressar a complexidade das questões que se busca responder.

O que se propõe, então, é a construção de um material didático (cartilha, manual) na operacionalização do processo de territorialização, com foco nas questões territoriais, em seus

diversos aspectos. O território que se quer conceber é o território de Haesbaert (2006), que dá a possibilidade de fornecer relações múltiplas, de rede sistêmica e de conexões.

Assim, é necessário pensar e planejar espaços promotores de saúde, territórios que tenham a capacidade de estabelecer novas perspectivas, para que, mesmo com o processo de fragmentação do espaço humano, ocorrido em parte pela omissão do Estado nacional, produza-se um discurso novo, que reconstitua como um todo nacional um liame que produza solidariedade. Essa mesma solidariedade vem se perdendo, ao se permitir que o comando do território, naquilo que é hegemônico, seja entregue a um espaço global, que impõe relações hierárquicas e submissão camuflada nas relações de poder.

Mas, as indagações não param por aí. Deve-se buscar reconceituar o território permanentemente, alterado pelos processos de globalização e moldado por atores locais, tão diversos e complexos (HAESBERT, 2004).

Avança-se sobre vales e vilarejos. Penetra-se em assentamentos rurais, em reservas indígenas, em favelas. E na atuação exclusivamente familiar do PSF, desvendam-se realidades distantes, que precisam ser enfrentadas.

O desafio está posto.

*Vem vamos embora, que esperar não é saber
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer.*
(Geraldo Vandré)

REFERÊNCIAS

AERTS, D. et al. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 131-138, 2004.

AKERMAN, M. Território, governança e articulação de agendas. Gestão local nos territórios da cidade. *Subprefeituras e território*, 2004.

ALBAGLI, S. *Território, Territorialidade e Desenvolvimento Local*. Textos para discussão no Sebrae, Rio de Janeiro, 2002.

_____. Território e Territorialidades. In: LAGES, Vinicius; BRAGA, Christiano; ALBUQUERQUE, R. R. S. *Contribuições para a discussão sobre formação do odontólogo a partir da inserção da Saúde Bucal no PSF*. 2004. Dissertação – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, 2004.

ANDRADE, M. C. *A questão do território no Brasil*. São Paulo: Hucitec; Recife: IPESPE, 1995.

ARAÚJO, I. S. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas, *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v. 8, n. 14, p. 165-77, set. 2003/fev. 2004.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, M. E.; ZILBOVICIUS, C. A formação acadêmica para o trabalho no SUS. In: MOYSÉS, S. T. e Colaboradores. *Saúde bucal das famílias. Trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

ARDREY, R. *The territorial imperative: a personal inquiry into the animal origins of property and nations*. Londres: Collins, 1969.

AYRES, J.R. et.al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C.M.(Orgs) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2003.

BAGNATO, M. H. S; RENOVATO, R. D. As contribuições do Serviço Especial de Saúde Pública para a formação profissional da Enfermagem no Brasil (1942-1960), *Revista brasileira de enfermagem*, v. 61, n. 6, nov./dez. 2008.

BARBERO, J. M. *De los medios a las mediaciones: comunicación, cultura y hegemonia*. Barcelona: Gustavo Gilli, 1993.

BARCELLOS, C.; PEREIRA, M. P. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

_____. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Hygeia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: AUTOR. *O território e o processo saúde/doença*. Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

BITOUN, J. A política de saúde e as inovações na gestão local. *Cidadania, cidade é notícia*. Recife: Etapas, 2000.

BRASIL. *Resolução CNE/CES 3*, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília. DF. 2002.

_____. *Política Nacional de Promoção da Saúde – Séries Pacto pela Saúde*, v. 7. Ministério da Saúde. Brasília. DF. 2006.

_____. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Ministério da Saúde. Brasília. DF. 2004.

_____. *Caderno de Atenção Básica nº 17*. Ministério da Saúde. Brasília. DF. 2008

_____. *Lei nº 9.394*, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Ministério da Saúde. Brasília. DF. 1996.

_____. *Portaria nº 2488 de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. Brasília. DF. 2011.

_____. *Falando sobre câncer da boca*. Ministério da Saúde. Inca. 2002.

_____. *Gestores do SUS: olhares e vivências*. Ministério da Saúde. Brasília. DF. 2006

_____. *III Conferência Nacional de Saúde Bucal*. Relatório Final. Ministério da Saúde. Brasília. DF. 2004.

_____. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. *Legislação do SUS*. CONASS. Ministério da Saúde. Brasília. 2003.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. *Legislação do SUS*. CONASS. Ministério da Saúde. Brasília. 2003.

_____. Norma Operacional Básica SUS 01/1996. *Legislação do SUS*. CONASS. Ministério da Saúde. 2003.

_____. Norma Operacional de Assistência à saúde. NOAS 2001. *Legislação do SUS*. CONASS. Ministério da Saúde. Brasília. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Orientações Técnicas sobre Auditoria em Odontologia no SUS. Série A. *Normas e Manuais Técnicos*. Caderno 2. Brasília, DF. 2005.

_____. *Portaria 1444*, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece o incentivo de saúde bucal destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais desta área no Programa de Saúde da Família (PSF). Ministério da Saúde. Brasília. DF. 2000.

_____. *Portaria 648/GM*, de 28 de março de 2006. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br>>. Acesso em: 14 jun. 2010.

_____. *Portaria/GM 267*, de 6 de março de 2001. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal/legislação>>. Acesso em: 01 jun. 2010.

_____. *Portaria/GM 1570*, de 19 de julho de 2004. Define os recursos financeiros destinados ao custeio mensal dos serviços especializados de saúde bucal, Centros de Especialidades Odontológicas - CEO. Ministério da Saúde. Brasília. DF. 2004.

_____. *Portaria 1571/GM*, de 29 de julho de 2004. Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Ministério da saúde. Brasília. DF. 2004.

_____. *Portaria 1341*, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília. DF. 2012.

_____. *Portaria /GM1032*, de 5 de maio de 2010. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Brasília. DF. 2010.

_____. *Portaria GM 673*, de 3 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Brasília. DF. 2003.

_____. *Portaria 978*, de 16 de maio de 2012. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília. DF. 2012.

_____. *Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Ministério da Saúde SE/DAD. Brasília, DF. 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Portal da Saúde*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal/legislação>>. Acesso em: 01 jul. 2012.

BARCELLOS, C. Problemas emergentes da saúde coletiva e a revalorização do espaço geográfico. In: MIRANDA, A. C. et al. (Orgs.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BAUMAN, Z. *Globalização: as consequências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

BECKER, F. O que é construtivismo? *Revista de Educação AEC*, Brasília, v. 21, n. 83, p. 7-15, abr./jun. 1992.

_____. Ensino e construção do conhecimento; o processo de abstração reflexionante. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 18, n. 1, jan./jun. 1993.

BOTAZZO, C. *Da arte dentária*. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2000.

_____. A subjetividade no trabalho com famílias. In: MOYSÉS, S. T. e Colaboradores. *Saúde bucal das famílias*. Trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

BRUNET, Roger; FERRAS, Robert; THÉRY, Hervé. *Lés mots de la Géographie*. Paris: Reclus-La Documentación Française, 1993. 518 p.

CABRAL, L. O. Revisitando as noções de espaço, lugar, paisagem e território, sob uma perspectiva geográfica. Instituto Educacional Luterano de Santa Catarina. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, EDUFSC, v. 41, n. 1 e 2, p. 141-155, abr./out. 2007.

CLAVAL, P. *Espaço e Poder*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

CARA, R. B. Território do cotidiano: ponto de partida para reflexão. In: MESQUITA, Z.; BRANDÃO, C. R. (Orgs.). *Território do cotidiano: uma introdução a novos olhares experiências*. Porto Alegre: UFRGS, 1995.

CASTRO, M. O. S. *Cartografias da rede de saúde: um estudo sobre uma instituição pública voltada à saúde mental e seus efeitos no município de Santo Antônio do Monte-MG*. Dissertação. 2008.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

_____. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005.

CERICATO, G. O. et al. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. *RFO*, v. 12, n. 3, p. 18-23, set./dez. 2007.

CHAVES, M. M. *Odontologia sanitária*. Washington (DC): OPS, 1962.

CHIAVENATO, I. *Introdução à teoria geral da administração*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CHIVALLON, C. Fin des territoires ou necessite d'une conceptualisation autre? *Géographies et Cultures*. Paris: L'Harmattan, n. 31, p. 5, 1999.

COSTA, D. A. S. da; COSTA, B. P. da. Geografia das (micro)territorializações culturais nas praças do centro urbano de Manaus. *Revista do Núcleo de Estudo em Espaço e Representações*, Curitiba, 2008.

COSTA, J. S. D.; VICTORA, C. G. O. O que é “um problema de saúde pública”? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 144-146, mar. 2006.

COUTO, A. C. A geografia do narcotráfico na periferia de Belém. *Cadernos de Segurança Pública. revista do Global ao Local*, ano 4, n. 3, mai. 2012. Disponível em: <<http://www.isp.rj.gov.br>>.

CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epidemiológica. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 595-605, jul./set. 2000.

CUCHE, D. *A noção de cultura nas Ciências Sociais*. Cap. VI, p. 123-139. Lisboa, 2001.

Di MÉO, G. Território, conceitos. *Documento en Línea*. Disponível em: <<http://www.hypergeo.eu>>. Acesso em: mai. 2007.

DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973.

ENCONTRO DE GEÓGRAFOS DA AMÉRICA LATINA, 10, 2005, São Paulo. *Anais*, Universidade de São Paulo, 2005.

FADEL, C. B. et al. *Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 445-456, mar./abr. 2009.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. *Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil*. Curitiba, n. 17, p. 31-41. Editora UFPR, 2009.

FEATHERSTONE, M. *Mapping the Futures: Local Cultures, Global Change*. London: Routledge, 1993, p. 169-187.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: MERHY, E. E et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 55-124.

FRAZÃO, P. *Epidemiologia da oclusão dentária na infância e os sistemas de saúde*. 1999. Tese – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____. *PSF: contradições e novos desafios*. Conferência nacional de Saúde Bucal. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns.htm>>. Acesso em: jul. 2002.

FREIDSON, . Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: _____. (Org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

FERREIRA, M. K. B. *As novas configurações da gestão pública: comunicação, conhecimento e pessoas*. 2007. Disponível em: <<http://www.faac.unesp.br/publicacoes/anais/comunicacao/textos>>. Acesso em: 01 jun. 2012.

FILHO, A. D. S. *A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática*. Ministério da Saúde: SPS, DAB. Brasília. DF. 2002.

FLORES, M. *A identidade cultural do território como base de estratégias de desenvolvimento – uma visão do estado da arte*. Contribuição para o Projeto Desenvolvimento Territorial Rural a partir de Serviços e Produtos com Identidade. RIMISP. 2006.

FONSECA, A. F. e Colaboradores. *O território e o processo saúde-doença*. Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

GARRAFA, V. *Contra o monopólio da saúde*. Rio de Janeiro: Achiamê. 1983.

GENRO, T. *Combinar Democracia Direta e Democracia Representativa*.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006.

GIL, C. R. *Práticas profissionais em saúde da família: expressões de um cotidiano em construção*. 2006. 318 f. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Fiocruz, Rio de Janeiro, ENSP, 2006.

GIL, I.C. *Territorialidade e Desenvolvimento Contemporâneo*.

GOES, P. S.; MOYSES, S. M. (Orgs.). *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

GODELIER, M. *L'idéal et le materiel*. Paris: Fayard, 1984.

GOMES, S.; AMITRANO, C. Local de moradia na metrópole e vulnerabilidade (ao emprego e desemprego). In: MARQUES, E.; TORRES, H. (Orgs.). *Segregação, pobreza e desigualdades sociais*. São Paulo, SENAC, p. 169-194, 2005.

GONDIM, Grácia M. M.; MONKEN, Maurício. *Territorialização em Saúde*. Editora. 2009

GONDIM, G. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al. (Orgs.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GONTIJO, L. P. T. et al. A saúde bucal coletiva na visão do estudante de odontologia – análise de uma experiência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n.4, p. 1277-1285, 2009.

GOTTMAN, J. *La politique des États et sa Géographie*. Paris: Armand Colin, 1952.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolíticas: Cartografias do desejo*. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

HALL, E. *La dimension cachée*. Paris: Seuil, [s.d].

HAESBAERT, R. *O mito da desterritorialização*. Do fim dos territórios à multiterritorialidade. 2. Ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2006.

_____. Da Desterritorialização a Mutiterritorialidade. *Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina*, Universidade de São Paulo, 2005.

_____. *Territórios Alternativos*. São Paulo: Contexto, 2006.

HAESBAERT, R. Des-caminhos e perspectivas do Território. In: RIBAS, A. D.; HAESBAERT, R.; LIMONAD, E. O território em tempos de globalização. Espaço, tempo e crítica. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas e outras coisas*. ISSN 1981-3732. Disponível em: <http://www.uff.br/etc>. Acesso em: 15 ago. 2007.

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

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e sociedade*, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. *Psicologia Estudada*, v. 6, n. 1, p. 17-25, 2001.

KRIGER, Léo e Colaboradores. *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Editora Artes Médicas, 1997.

LOUREIRO, C. A; OLIVEIRA, F. J. *Inversão da atenção: uma estratégia para construção de modelos locais em saúde bucal*. Belo Horizonte: Estação Saúde, 1995.

MAFRA, M. R.; CHAVES, M. N. O processo de territorialização e atenção à saúde no Programa de saúde da família. *Família Saúde Desenvolvimento*, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 127-133, mai./ago. 2004.

MALACHIAS, I. e Colaboradores. *Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)*. Belo Horizonte, 2011.

MALMBERG, T. *Human Territoriality*. La Haya: Mouton, 1980.

MARQUES, E.; TORRES, H. (Orgs.). *São Paulo: segregação, pobreza e desigualdades sociais*. São Paulo: Editora Senac, 2005.

MATTOS, P.; LINCOLN, C. L. A entrevista não- estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. *Administração Pública*, v. 39, n.4, p. 823-847, jul./ago. 2005.

MAXIMIANO, A. C. A. *Introdução à Administração*. São Paulo: Editora Atlas, 2000.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.

_____. *Distritos sanitários: Processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1993.

MESQUITA, Z. Do território à consciência territorial. In: MESQUITA, Z.; BRANDÃO, C. R. (Orgs.). *Território do cotidiano: uma introdução a novas olhares experiências*. Porto Alegre: UFRGS, 1995.

MINAS GERAIS. *Uma agenda para a saúde. Atenção em saúde bucal. Linha guia em saúde bucal*. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte. SAS/MG. 2006.

_____. *Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária. Análise da atenção primária a saúde e diagnóstico local. Oficina 2 e 3. Guia do Tutor/facilitador*. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. 2009.

_____. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Guia facilitador. *Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde: Oficina IV*. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec-Abrasco, 2000.

MINTZBERG, Henry. Managing Government, Governing Management. *Harvard Business Review*, p. 75-83, 1996.

MIRANDA, A. C. et al. (Orgs.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MISOCZKY, M. C. A. (Re) *Encontrando o espaço do território nas estratégias de reorganização da atenção à saúde*. PDG-UFRGS: Editora DACASA, 2002.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. et al. (Orgs.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai./jun. 2005.

_____. Instrumentos para o diagnóstico sócio-sanitário no PSF. In: FONSECA, A. F. e Colaboradores. *O território e o processo saúde-doença*. Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

MOREIRA, et.al. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada, *Ciência saúde coletiva*, v. 12, n. 1, Rio de Janeiro, jan./mar. 2007.

MORELLI, G. (Orgs.). *Territórios em movimento: cultura e identidade como estratégia de inserção competitiva*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Brasília: Sebrae, 2004.

MORETTI-PIRES, R. O. et al. Sociologia das profissões e percepção de acadêmicos de odontologia sobre o Agente Comunitário de Saúde em Saúde Bucal. *Interface-Comunicação. Saúde. Educação*. 2007.

_____. O conhecimento dos agentes comunitários sobre saúde bucal: uma perspectiva sobre deficiências em educação em saúde no PSF. *Ciencias Cuidado Saude*, v. 6, n. 3, p. 325-334, 2007.

MORETTI-PIRES, R.O. *O pensamento crítico-social de Paulo Freire sobre humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo*. 2008. Tese [Doutorado] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2008.

_____. *A mercantilização da saúde: o trabalho dos cirurgiões dentistas em um contexto de mudanças - estudo com cirurgiões dentistas assalariados do município de Ribeirão Preto (SP)*. 2005. Dissertação [Mestrado] – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2005.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E. A concepção pedagógica e as diretrizes curriculares nacionais. In: MOYSÉS, S. T. e Colaboradores. *Saúde bucal das famílias. Trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. *Revista da ABENO*, v. 4, n. 1, p. 17-21, 2004.

MOURA, M. L. S.; FERREIRA, M. C. *Projetos de pesquisa*. Elaboração, redação e apresentação. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2005.

MOYSES, S. J. A Odontologia no Programa de Saúde da Família. In: *10 anos de PSF Curitiba: A história contada por quem faz a história*. Curitiba: Secretária de Saúde, 2002.

MOYSES, S. T. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. *Revista da ABENO*, Brasília, n. 4, v. 1, p. 30-37, jul. 2004.

MOYSÉS, S. T. e Colaboradores. *Saúde bucal das famílias. Trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

MOYSES, S. T.; WATT, R. Promoção de saúde bucal – definições. In: *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

NARVAI, P. C. *Saúde bucal no PSF: SUS ou SUSF*. Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel18.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

_____. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Revista Saúde Pública*, n. 40, n. especial, p. 141-147, 2006.

_____. *Recursos humanos para promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI*. 19

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: MOYSÉS, S. T. e Colaboradores. *Saúde bucal das famílias. Trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

NORO, L. A. A saúde bucal na ESF em Sobral, CE. In: MOYSÉS, S. T. e Colaboradores. *Saúde bucal das famílias. Trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

PAIM, J. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. *Saúde para debate*. Rio de Janeiro, v. 14, p. 59-65, ago. 1996.

PATTUSSI, M. P et al. A influência do capital social no contexto da Estratégia de saúde da família. In: MOYSÉS, S. T. e Colaboradores. *Saúde bucal das famílias. Trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

PEDROSA, J. L.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 35, p. 303-311, jun. 2001.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa Saúde da Família. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

PIAZAROLLO, R. C. *Levantamento epidemiológico para o planejamento das ações de saúde bucal de uma equipe da família em Governador Valadares*. 2010.

PINHEIRO, F. M. C. et al. A formação do cirurgião - dentista e a promoção de saúde no PSF. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 37, n. 1, p. 69-77, 2008.

PINTO, V. G. *Estudo epidemiológico sobre prevalência de cárie dental em crianças de 3 à 14 anos: Brasil*. Brasília: SESI –DN. 52 p. 1996.

PORTILLO, J. A. C; FREITAS, B. C. *Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família*. Brasília: Editora Catamaram, 2002.

PRADO JÚNIOR, Caio. *Formação do Brasil contemporâneo: Colônia*. 20. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

PORTUGAL, J. L. *Sistema de Informações geográficas para o Programa de Saúde Pública*. Tese – Fundação Oswaldo Cruz, Recife. 2003.

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

RAMIRES, E. P. et al. Gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde: conhecendo experiências. *Arquivo Ciência Saúde*, v. 11, n. 1, p. 205-209, out./dez. 2004.

RATZEL, F. Geografia do homem. In: RATZEL, F.; MORAES, A. C. R. (Org.). São Paulo-SP:Ed. Ática, 1990. (Col. Grandes Cientistas Sociais.)

RONCALLI, A. G. Projeto SB 2000: uma perspectiva para a consolidação da epidemiologia em saúde bucal coletiva. *Revista Brasileira Odontologia Saúde Coletiva*, v. 1, n. 2, p. 9-25, 2000.

_____. Saúde bucal-Brasil: as desigualdades entre as famílias brasileiras. In: MOYSÉS, S. T. e Colaboradores. *Saúde bucal das famílias. Trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

ROJAS, L. I. Geografia e saúde: temas e perspectivas na América latina. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 4, out./dez. 1998.

ROVERE, M. Comentários estimulados por la lectura del artículo “educação permanente em saúde: desafio Ambicioso e necessário”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 169-171, 2005.

SACK, R. *Human territoriality: Its theory and history*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

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

SANTOS, S.; BARCELLOS, C. A vizinhança como contexto: resgate do nível ecológico na determinação de saúde e bem estar. In: MIRANDA, A. C. e Colaboradores. *Território, ambiente e saúde*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

SANTOS, M. A força do lugar. In: _____. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, p. 249-273, 1997.

_____. “O retorno do território”. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A.; SILVEIRA, M. L. *Território: globalização e fragmentação*. São Paulo. HUCITEC, 1994.

_____. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. São Paulo: Record, 2000.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. *O Brasil: Território e Sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SHEIHAM, A. The role of the dental team in promoting dental health and general health through oral health. *Int Dent J*, v. 42, p. 223-228, 1992.

SILVEIRA FILHO, A. D. A saúde bucal: o desafio de mudar a prática. *Revista do Programa Saúde da Família*. Ministério da Saúde. Brasília. 2002.

SOARES, A. I. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v.8, n. 14, p. 165-178, fev./set. 2004.

SOBOLL, M. L. M. et al. Sistemas de informação em saúde, mecanismo de controle, de auditoria e de avaliação. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. (Org.). *Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS*. São Paulo: USP, 2001.

SOJA, E. W. Different Spaces: The Cultural Turn in Urban and Regional Political Economy. *European Planning Studies*, v. 7, n. 1, p. 65-75, 1999.

SOUZA, D. S. e Colaboradores. A inserção da Saúde Bucal no Saúde da Família. *Revista Brasileira em Saúde Coletiva*. Santa Catarina, v. 2, n. 2, p.7-29, dez. 2001.

SOUZA, M. A. Uso do Território e Saúde: refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: SPERANDIO, A. M. G. (Org.). *O Processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*. Campinas: Ipês Editorial, 2004.

SOUZA, M. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, Iná; GOMES, Paulo C. C.; CORRÊA, Roberto. *Geografia: conceito e temas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

SOUZA, D. A participação da saúde bucal na ESF: a experiência do Rio Grande do SUS. In: MOYSÉS, S. T. e Colaboradores. *Saúde bucal das famílias. Trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

SOUZA, E. A.; PEDON, N. R. Território e Identidade. *Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros – Seção Três Lagoas*. Três Lagoas, v. 1, n. 6, nov. 2007.

SPOSITO, E. S.; SAQUET, M. A. (Org.). *Território e desenvolvimento: diferentes abordagens*. Francisco Beltrão: UNIOESTE, 2005, p. 87- 120.

_____. *Des-territorialização e identidade: a rede “gaúcha” no Nordeste*. Niterói: EdUFF, 1997.

TRAD, L. A. B; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Caderno Saúde Pública*, v. 14, n. 2, p. 429-35, 1998.

TOMAR, M. S. *A entrevista semiestruturada*. Dissertação [Mestrado em Supervisão Pedagógica]. 2007/2009. Universidade Aberta. Disponível em: <<http://mariosantos700904.blogspot.com/2010/05/matriz-do-guia-de-uma-entrevista-semi.html-100k>>. Acesso em: 4 mai. 2010.

VANDERLEI, M. I.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*. Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Redalyc. p. 443-453, 2007.

VAITSMAN, J.; RODRIGUES, Roberto Wagner S.; PAES-SOUSA, Rômulo. *O sistema de avaliação e monitoramento das políticas e programas sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Brasil*. Brasília, DF: Unesco, 2006. 77 p. (Management of Social Transformations Most 2; Policy papers

VAZ, C.; ANDRADE, R. (Org.). *Território Verde e Rosa: Construções psicossociais no Centro cultural Cartola*. Faperj – Companhia de Freud, Rio de Janeiro, 2010.

WERNECK, M. A. F. A. *A Saúde bucal no SUS – Uma perspectiva de mudança*. 84f. Tese [Doutorado em Odontologia Social]. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1994.

WERNECK, M. A. Teorias do planejamento em saúde. In: GOES, P. S.; MOYSES, S. M. (Orgs.). *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

WEYNE, S. C. A construção do paradigma de promoção de saúde: Um desafio para as novas gerações. In: KRIGER, L. (Org.). *Promoção de Saúde Bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

ZANETTI, C. H. G. *Saúde Bucal no Programa de Saúde da família*. Proposição e programação. Brasília. Ministério da Saúde. 2000.

ZAMBRANO, C. Territorios plurales, cambio sociopolítico y gobernabilidad cultural. *Boletim Goiano de Geografia*, v. 21, n. 1, p. 9-49, jan./jul. 2001.

ZILBOVICIUS, C. *A saúde bucal coletiva e o sistema Único de Saúde: integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal*. Dissertação – USP, 2005.

APÊNDICE

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA

1 – Dados de identificação:

- Cargo;
- Tempo de formação;
- Atribuições profissionais;
- Pós-graduações e capacitações;

2 – Gestores ESTADUAL e MUNICIPAL

- Como se dá o processo de organização da Saúde Bucal no SUS no nível primário de Atenção (PSF)? Existem entraves no processo de territorialização da saúde bucal coletiva no SUS? Caso existam, cite e comente os entraves;
- Qual a sua concepção sobre Território?
- Qual a sua concepção sobre Territorialidade?
- O Território e as múltiplas territorialidades são critérios levados em consideração para o planejamento e gestão em Saúde Bucal?
- O Território e as Territorialidades vêm sendo trabalhados na gestão? De que forma? Em caso negativo, cite as razões.

APÊNDICE B – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Perguntas geradoras:

- Compreensão sobre Território, Territorialidades, territorialização das ações de Saúde Bucal em Governador Valadares;
- Promoção de Saúde X Tratamento curativo/restaurador na clínica local;
- Processo de planejamento, gestão e execução das práticas em Saúde Bucal, sob a ótica territorial.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

Título: Concepções dos Gestores em Saúde Bucal sobre Território e sobre Territorialidade
Pesquisador Responsável: Solange Farias Romão
Se TCC incluir nome do aluno(a) Participante:
Contato com pesquisador responsável Endereço: Telefone(s):
Comitê de Ética em Pesquisa
UNIVALE

2 – Informações ao participante ou responsável:

- 1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “Concepções dos Gestores em Saúde Bucal sobre Território e sobre Territorialidade” na área de Saúde Coletiva. A pesquisa terá como objetivo(s): 1) Identificar as concepções dos gestores em Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, nos níveis estadual (MG), municipal (Governador Valadares) e local, sobre Território e Territorialidade; 2) Identificar e analisar se essas concepções interferem no planejamento, gestão e execução das práticas em Saúde Bucal.
- 2) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento.
- 3) As entrevistas acontecerão com agendamento prévio, gravadas mediante autorização.
 - 3.1) Será uma entrevista semiestruturada, gravada, constando de mais ou menos cinco perguntas abertas, onde poderá responder livremente. A duração da entrevista poderá ser por volta de 1 (uma) hora .

3.2) O local a ser realizada a entrevista será na Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares, fora do horário de trabalho, em uma sala reservada, para não sofrermos interrupção ou constrangimento.

Durante sua participação, você poderá recusar responder a qualquer pergunta ou participar de procedimento(s) que por ventura lhe causar (em) algum constrangimento.

- 4) Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.
- 5) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhes serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.
- 6) A sua participação não envolve riscos, mas poderá surgir desconforto, insegurança ou constrangimento na exposição de seu parecer sobre os tópicos abordados no questionário, além de dedicar uma parcela do seu tempo.
- 7) Prevêm-se como benefícios da realização dessa pesquisa levantamento de dados que possam subsidiar ações futuras para o desenvolvimento de projetos de intervenção em Saúde Bucal.
- 8) Serão garantidos o sigilo e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometer-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.
- 9) Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas como Revistas e Congressos.

Confirmando ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

Governador Valadares, 21 de março de 2012.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____