

A aplicação da noção de território no campo da saúde coletiva

The notion of territory in collective health

La noción de territorio en el campo de la salud colectiva

Guilherme Augusto Souza Prado¹

Monalisa Pontes Xavier²

¹ Universidade Federal Fluminense (UFF) | guispra@gmail.com

² Universidade Federal do Piauí (UFPI) | monalisapx@yahoo.com.br

RESUMO

No presente artigo visamos apresentar diferentes caracterizações da noção de território em algumas de suas possíveis aplicações ao campo da Saúde Coletiva no âmbito da gestão, planejamento e atuação não só na organização dos serviços, mas como conceito essencial ao cuidado em saúde. Compreendido como administração das formas de organização do espaço, o território aparece como intervenção do Estado sobre a vida coletiva ao lado da Medicina Social, focando a paisagem e o ambiente como fator de predisposição etiológica de doenças. Nele, se desenrolam as condições sociais e econômicas de adoecimento e as providências de cunho médico-sociais. Progressivamente, os desenvolvimentos da Saúde Coletiva metabolizam a noção de território sob diversos aspectos. Partindo da determinação social da doença, processos socioambientais, de significação dos lugares, identificação socioterritorial, apropriação, reprodução biológica e social passam a ser integrados como fatores de cuidado e produção de saúde. Assim, a noção de território reconfigura as práticas em saúde em termos estratégicos de acesso, cooperação e construção coletiva, em um reordenamento das relações de poder que atrela a efetivação do direito à saúde à resolubilidade da assistência e à transformação da sociedade.

Palavras-chave: Território Sociocultural; Política de Saúde; Territorialidade; Promoção da Saúde; Saúde Pública; Vigilância em Saúde Pública

ABSTRACT

This article aims to present a sort of different territory's characterizations notion in some of its applications in the field of Collective Health in the scope of management, planning and working and not only for services' organization, but as an essential concept to health care. Thus, territory is understood as an administration's element of space's forms of organization and as State's intervention over collective life alongside Social Medicine, focusing the landscape and the environment as a factor of etiological predisposition of diseases. In the territory, the social and economic conditions of illness and the medical-social measures are developed. Progressively, Collective Health's developments metabolize the notion of territory under various aspects. Based on the social determination of the disease, socio-environmental processes, places signification, socio-territorial identification, appropriation, as well as biological and social reproduction are integrated as factors of care and health production. Finally, the notion of territory reconfigures health practices in the strategic terms of access, cooperation and collective construction, reordering power relations as it entails the realization of the right to health to the resolubility of care and to the transformation of society.

Key Words: Sociocultural Territory; Health Policy; Territoriality; Health Promotion; Public Health; Public Health Surveillance

Resumen

En este artículo presentamos distintas caracterizaciones de la noción de territorio en vista de sus posibles aplicaciones en el campo de la Salud Pública en el ámbito de la gestión, la planificación y la acción. Comprendemos territorio como un concepto esencial para la atención de la salud y no solo en la organización de los servicios. En la gestión de las formas de organización del espacio, el territorio aparece como objeto de intervención del Estado en la vida colectiva al lado de la Medicina Social, primeramente centrándose en el paisaje y el medio ambiente como un factor para la predisposición etiológica de las enfermedades. En el territorio, se desarrollan las condiciones sociales y económicas de la enfermedad, así como las medidas médicas

y sociales para tratarlas. Gradualmente, los progresos en Salud Pública metabolizan la noción de territorio en varios aspectos. Con base en la determinación social de la enfermedad, los procesos socioambientales, el significado de los lugares, la identificación socio-territorial, la apropiación al lado de la reproducción biológica y social se integran como factores de cuidado y producción de salud. Así, la noción de territorio reconfigura las prácticas de salud en términos estratégicos de acceso, cooperación y construcción colectiva, en una reorganización de las relaciones de poder que vincula la realización del derecho a la salud con la resolución de la asistencia y la transformación de la sociedad.

Palabras-clave: Territorio Sociocultural; Política de Salud; Territorialidad; Promoción de la Salud; Salud Pública; Vigilancia en Salud Pública

1 Introdução

Com a construção das redes de atenção à saúde no Brasil^{1,2,3}, nos deparamos com a noção de território, que serve de marco para a organização do setor da saúde e das redes intersetoriais, bem como dos modos de gestão e avaliação de ações e serviços comunitários^{4,5}. Posto isto, apresentamos este ensaio teórico, de caráter reflexivo, construído a partir de revisão narrativa da literatura. Nele, propomos um itinerário para a compreensão da noção de território, a fim de elucidar seus modos de aplicação para a constituição ao nível de história e organização dos sistemas e serviços de atenção à saúde e como conceito essencial ao trabalho no campo da Saúde Coletiva na sua articulação com a Geografia, a Epidemiologia e as Políticas Públicas.

2.1 Medicina Social e Medicina Preventiva: a inserção do ambiente na paisagem

Na história dos sistemas de saúde, o termo Medicina Social, desde Jules Guérin, em 1938, foi usado para definir um campo de conhecimento científico que se atenta aos aspectos sociais, ambientais e territoriais relacionados aos processos saúde-doença e aos serviços de assistência médica⁶.

Nesse contexto, a origem da medicina social está vinculada à medicina urbana na França, à polícia médica na Alemanha e à medicina da força de trabalho na Inglaterra. Através desses modelos de intervenção estatal sobre a vida coletiva organizada em torno de um território circunscrito a um Estado-nação, Foucault⁷ afirma que a consolidação do capitalismo propicia o surgimento de uma medicina coletiva.

Como prática coletiva, a Medicina Social se liga a um território em três vias: 1- a saúde das pessoas que coabitam um mesmo local se torna interesse da sociedade, que se vê obrigada a assegurar a saúde de seus membros reunidos numa localidade territorial. 2- Para

isso, se assume que as condições sociais e econômicas que incidem no território influenciam a saúde e o adoecimento das pessoas e precisam ser estudadas cientificamente. 3- Por fim, se compreende que população é um conjunto relativamente heterogêneo de indivíduos, que entre o conjunto e as partes não há mediação e que as medidas a serem tomadas com vistas à proteção da saúde da população que habita o território são providências de cunho médico e sociais⁸.

Essas resoluções indicam a crescente presença do Estado na vida das pessoas que, como parte da engrenagem social, são integradas e postas para funcionar de acordo com normas estatais. Nessa linha, localizamos as preocupações pioneiras de Virchow – que dedica uma visão ampliada para a resolução de uma epidemia de Tifo que assola a Alemanha. Suas indicações estão ligadas ao local de vida das pessoas como espaço habitado e feixe onde se cruzam uma variedade de fatores que têm influência decisiva sobre os processos de adoecimento⁹.

Por isso se desdobram em recomendações para melhorias na qualidade de vida da população, incremento na educação e na democracia do país expressas em termos de aumento da liberdade e da prosperidade do povo, ao mesmo tempo em que postula a necessidade de instâncias governamentais autônomas para intervir na agricultura e na vida das pessoas. Embora não acatadas, tais recomendações contribuíram para criar a ideia de polícia médica ou polícia sanitária, que age com caráter autoritário e paternalista seguindo aspectos legais das questões de saúde.

Contudo, as direções voltadas à transformação da sociedade e das condições de vida foram sobrepujadas pela perspectiva biologizante e individualista tornada hegemônica com a Revolução Bacteriana. Nesse âmbito, Westphal¹⁰ sinaliza que o modelo de adoecimento centrado no micróbio tira de cena a importância determinante do ambiente físico e do meio social.

Preocupadas tão somente em buscar agentes patogênicos concretos, as ações de saúde passam a se organizar em torno da ideia de que a doença tem uma só causa que deve ser foco da ação: cada etiologia, um germe específico a ser combatido. Esse modelo traz uma visão mecanicista e unicausal que reduz saúde à ausência de doença. Mais que isso, legitima o autoritarismo sanitário e a coerção policial como modo de operação dos sistemas de saúde sobre um território.

Tal concepção do adoecimento prevalece até o modelo trazido por Leavell e Clark em 1970, que dá base à Medicina Preventiva como modelo de reorganização operacional da Medicina Social. Entretanto, no contexto latino-americano, García¹¹ aponta que à medida em

que visa uma atitude preventiva e social, é desde o modelo da Medicina Preventiva que se articula ao modelo clássico da história natural das doenças as ideias de multicausalidade e integração de diversos fatores que demandam distintas modalidades e níveis de resposta.

A história natural das doenças é um modelo com grande apelo cientificista, de base biologicista, forte na academia, na gestão e no imaginário popular e serve de base para a inclusão do ambiente nos processos de adoecimento. Sob essa ótica, a Medicina Preventiva enfoca a doença enquanto manifestação decorrente de desequilíbrios na tríade agente, hospedeiro e ambiente. Assim, pauta o trabalho em saúde a partir e com a noção de espaço geográfico no qual habita uma população em três níveis de prevenção que vão dos processos pré-patogênicos aos patogênicos até a limitação dos danos e sequelas do adoecimento.

Ao analisar tal perspectiva, Monken e colaboradores¹² salientam que nela o espaço é entendido separado do tempo e das pessoas, como lugar geográfico que predispõe a doenças, com ênfase na circulação de agentes de doenças transmissíveis.

Sem negar as contribuições advindas desse modelo, lançamos um olhar crítico a tal perspectiva epidemiológica e paisagística que toma o espaço como lugar de exposição e predisposição a doenças e agravos. À despeito das contribuições do modelo preventivista, que marca a inclusão do ambiente na tríade ecológica de compreensão dos processos de adoecimento, ele se mostra insuficiente frente à complexidade do campo da saúde. Por conseguinte, a abordagem preventivista acaba superada pelas ideias de risco e multicausalidade dos processos saúde-doença. Assim, é preciso alcançar o território para articularmos práticas e redes de atenção em saúde.

2.2 O Campo da Saúde para além da assistência médica

Estudiosos da Saúde Coletiva como Paim^{13,14}, Almeida Filho¹⁵, dentre outros, apontam que a noção de território ganha relevo com os movimentos político-sociais em saúde que tomam corpo entre os anos 1970 e 1980 e têm como marco o modelo do Campo da Saúde, base do relatório Lalonde, a Conferência de Alma-Ata e a VIII Conferência Nacional de Saúde no Brasil, desde onde se estrutura a organização política da rede de atenção e serviços de saúde no Brasil.

Sucintamente, podemos ver que o modelo do Campo da Saúde explicitado por Lalonde em 1974 reconhece a saúde como bem social, estimulando a integração da ciência à tecnologia na construção coletiva de culturas saudáveis. Assim, convoca a responsabilização

social desde a inclusão e focalização dos determinantes da saúde que operam do exterior do sistema de assistência sanitária.

Tal modelo postula quatro componentes na compreensão e intervenção dos processos saúde-doença: o ambiente, o espaço biofísico e social; as condições de acessibilidade e qualidade do cuidado e dos serviços de saúde; os estilos de vida que determinam as incidências ocasionais, os atributos e decisões individuais expressos junto às predisposições aos processos de maturação e à bagagem genética inscritas na biologia humana.

O relatório de Lalonde reconhece que boa parte dos problemas da Saúde Pública são resultado do desconhecimento epidemiológico acerca de doenças não infectocontagiosas. Seu viés crítico assume que enquanto a medicina for entendida como a fonte primordial de melhorias na saúde, justificamos a crença que tende a resumir a saúde à qualidade da medicina, assim como a concentração da maior parte dos gastos para melhorar a saúde na disposição do cuidado médico.

Ao investigar as principais causas de adoecimento e morte no Canadá, o relatório encontra sua origem nos três outros componentes do conceito de Campo de Saúde: na biologia humana, no meio ambiente e nos estilos de vida. É preciso, portanto, olhar além do sistema tradicional de saúde orientado prioritariamente para tratamento de pessoas doentes se pretendemos melhorar a saúde de uma população que habita e compõe um território.

Com o relatório, vemos a aplicação da noção de risco para a identificação e caracterização das formas de adoecimento relacionadas às desigualdades sanitárias. Paralelamente, ganha relevância a implicação mútua e a responsabilização de cada indivíduo para a melhoria das condições de saúde.

Nesse modelo, as condições sociais e ambientais, assim como os estilos de vida, ganham maior peso frente às condições infectocontagiosas expressas no espaço e nas situações de saúde objetivadas numa ordem médico-biológica. Esse fato que convoca a responsabilização de governo, profissionais e população pelo patamar de saúde que cada população decide para si, ao mesmo tempo em que aponta para o território como determinante para a saúde, entendida como bem social.

Com essa reviravolta, vemos a ultrapassagem da concepção preventivista, quando articulamos ao campo da saúde o território como espaço praticado, que corresponde ao espaço vivido onde se desenrola a vida coletiva e as vivências individuais. É com a operacionalização da noção de território que alcançamos as condições de trabalho, de vida e de inserção social necessárias para irmos além da inclusão do espaço na problemática saúde-doença como mero local de aglomeração humana e predisposição a agentes etiológicos.

Nessa linha, ao lado da incorporação da multicausalidade, temos um aumento do interesse político e humanístico-emancipatório pela saúde pública com a demanda prática de democratização dos processos de construção e decisão nas redes de saúde, a fim de inserir e trabalhar os componentes histórico-sociais dos processos saúde-doença.

Nas décadas de 1970 e 1980 proliferam as evidências da associação entre condições de vida, prosperidade e bom nível educacional com os problemas e necessidades de saúde e adoecimento¹⁶. Com isso, o território não se reduz apenas a um recorte espacial e pode ser operacionalizado a partir da noção de territorialidade enquanto instância que condiz aos limites, aos modos de acesso e pertencimento culturais, sociais e simbólicos que articulam sociedade, identidade, espaço e tempo à medida em que propicia interconexões entre diferentes dimensões da vida individual e coletiva.

2.3 Território e territorialidade

Devemos distinguir a noção de território da noção de espaço. Em consonância com as críticas de Harvey¹⁷ à concepção clássica de espaço, tal concepção aparece inicialmente para as ciências da saúde como recorte espacial dado como ambiente de circulação e predisposição de doenças¹², tido como mera localização que obedece a uma escala unidimensional. Definido no âmbito da Medicina Social e Preventiva apenas pela dimensão geométrico-geográfica, espaço corresponde a um recorte analiticamente cercado por fronteiras que marcam ecossistemas, espaços de predisposição à infecção e ao contágio, zona de circulação de vetores transmissores de doenças, etc.

Ratzel¹⁸ destaca duas vias de definição do território na geografia. Uma via jurídico-política, que liga território ao Estado, onde são enfatizados os laços do homem com a terra – o chamado direito de solo, por exemplo. Nascida no contexto pós-medieval europeu, essa perspectiva de base patrimonialista e origem feudal fundamenta a compreensão moderna do território. Assim, o que caracteriza o território é a propriedade territorial, expressa na soberania patrimonial, fronteiriça, excludente e marcada pelo investimento de poder sobre os corpos que visa a proteção sanitária e produtiva da população circunscrita no território sob tutela estatal.

Já na via etológica, se considera o território humano análogo ao animal. Como salienta Raffestin¹⁹, essa via resgata o sentido primordial da noção de território, que advém da biologia naturalista e condiz ao espaço onde uma espécie desempenha suas funções vitais. Segundo esse ponto de vista, território é dimensionado pela vida segundo suas condições de

continuação, perpetuação e expansão em relação com o ambiente e com a sobrevivência das espécies.

Tanto a via jurídico-política quanto a etológica levam à compreensão do território pela territorialidade. Segundo Raffestin¹⁹, o termo territorialidade diz de condutas ou atitudes instintivas características de determinado organismo (o que inclui o ser humano), a fim de se apropriar de um território, tomando posse e defendendo-o contra estranhos. Nos humanos, tal apropriação concretizada na posse e na defesa está intensamente relacionada a cultura, língua, hábitos, costumes, modos de vida, de alimentação, inter-relacionamento e socialização. Logo, a tendência de se apropriar, defender e administrar determinados setores geográficos propicia uma definição de territorialidade ligada aos modos como um grupo de pessoas ou um indivíduo controla um determinado território.

Entretanto, a territorialidade não se resume apenas ao controle. Na interface entre o território e as formas de organização e defesa do e pelo Estado, vemos um exercício da territorialidade ligado às formas de administração burocrática das forças e dos elementos que constituem tal territorialidade. Nesse eixo é que o Estado se responsabiliza no exercício da tutela do recorte territorial que lhe corresponde na justificação do monopólio da violência circunscrita àquele território e na administração de recursos.

Quanto mais buscamos dar consistência à definição de território, mais difícil fica nos restringirmos a tal ou qual campo de saber. Isso acontece porque, assim como espaço e ambiente o são em certa medida, território é uma ferramenta teórica, metodológica e conceitual que atravessa espaço, ambiente e saúde à medida em que se liga a questões econômicas, políticas e culturais. Por isso, ao passo que o território integra o corpo de uma vasta gama de disciplinas, responde ainda a necessidades interdisciplinares que abrangem um campo tão complexo e multideterminado como os processos de saúde e doença.

Se a ciência médica que se dedica ao espaço ambiental marcado pelos traços físico-naturais não faz referências aos limites e ao acesso aos recursos nele circunscritos (dentre eles serviços de atenção à saúde), o território é marcado por traços de pertencimento, pelas marcas que a cultura produz no espaço e nas pessoas que habitam certo lugar.

Ao passo que a noção de território dá margem a uma concepção estática, ainda que multidimensional, vemos a importância de definir territorialidade. De acordo com Sack (1986), territorialidade diz respeito a um comportamento humano espacial, reconhecida pelo prisma das ações e estratégias de controle, poder e manutenção independentemente do tamanho da área a ser dominada ou do caráter meramente quantitativo da ação respectiva ao agente dominador.

Por isso, o território não é só um pedaço do espaço: ele é repleto de interconexões entre diferentes escalas, onde distintas dimensões e níveis da vida individual e coletiva se tocam e se penetram. É no território que a vida afetiva-sentimental e econômica se encontra com os problemas sociais de violência, saneamento e com a educação, dentre outras esferas de nossas vivências do mundo. É ainda nessas distintas dimensões que os processos socioambientais ocorrem¹².

O papel da territorialidade se traduz, além disso, na formação de processos identitários locais, considerando sua dinamicidade, pois os elementos que a constituem (o homem, o espaço, a cultura, etc.) são susceptíveis de constantes variações no tempo. Essa característica confere à territorialidade a possibilidade de vivências por meio de um conjunto de relações emergentes de um sistema tridimensional – sociedade, espaço, tempo. Pois “a análise da territorialidade só é possível pela apreensão das relações reais recolocadas em seu contexto sócio-histórico e espaço-temporal”¹⁹.

A territorialidade propicia ainda uma identificação das pessoas com o território. Embora as discussões acerca dos variados processos que cruzam identificação e territorialidade não caibam aqui, salientamos que elas se referem a processos de enraizamento, de identidade ou de inserção territorial. É importante assinalarmos que essa identificação com o território permite construir identidades e serve para satisfazer necessidades^{20,21}.

Em suma, podemos afirmar que as territorialidades são caracterizadas pelas diferentes formas de organização do espaço, de significação de um lugar e de usos do território, que correspondem a distintas dimensões que coabitam e conformam cada território. Assim é que a ideia de territorialidade e sua articulação com a questão das identidades se torna mais profícua ao campo da Saúde Coletiva.

Seguindo essa linha, a noção de territorialidade se aloca no campo das práticas em Saúde Coletiva aproximando-se do conceito de identidade socioterritorial, definida por Haesbaert²² como um tipo de identidade social caracterizado por modalidades de reconhecimento pessoal mediante elementos, objetos ou pessoas em relações que transpassam o território enquanto recorte arregrado de conteúdo histórico e simbólico. Isso é importante porque a noção de território no campo da Saúde Coletiva deve ser operacionalizada a partir da articulação entre determinação social, identidades e territorialidades, superando visões reducionistas que o tomam apenas como palco de intervenções técnicas²³.

À medida em que atravessa o espaço físico-geográfico, mas também os espaços simbólica, social e historicamente produzidos do território é que a territorialidade pode ser

definida a partir de elementos tão diversos e multidimensionais quanto um recorte de paisagem, do espaço cotidiano vivido ou até do Estado-nação.

Ao articular a dimensão histórica ao imaginário social, indissociável do espaço de referência e memória de um grupo, é que podemos definir o território sob a perspectiva da territorialidade. A partir de tal definição avançamos na compreensão das fragilidades, dos modos territoriais constituintes e estruturantes, das potencialidades, da dinâmica e das peculiaridades de um território de saúde e sua população.

2.4 Território, dinâmica e processos sócio-históricos e simbólicos

A fim de aprimorar as intervenções em saúde, recorremos a Milton Santos para propor um horizonte de transposição da noção de território, definido pelas condições de vivência e reprodução da vida ao campo da saúde. Na epistemologia do espaço empreendida pelo autor, a caracterização dos territórios é inseparável do imperativo de aceleração contemporâneo, que se presta ao entendimento do território para além de suas formas espaciais e multidimensionais. Assim, é imprescindível o conhecimento dos aspectos estruturantes, dos processos e funções específicos do território através das relações que ele estabelece com a técnica e as repercussões da revolução tecnológica²⁴.

Entendido em sua unidade dinâmica na qual se reúnem a materialidade e a ação humana, essa leitura do território através das relações entre espaço e territorialidades o coloca como “conjunto indissociável de sistemas de objetos, naturais ou fabricados, e de sistemas de ações, deliberadas ou não”²⁵.

Ao caracterizar território pela interpenetração de redes desiguais, emaranhadas, sobrepostas e prolongadas entre si em diferentes escalas e níveis, Santos²⁵ usa a palavra dinâmica a fim de marcar o movimento, a transformação e as contradições presentes no espaço. Nessa ótica, a constituição do território se dá no entrecruzamento com as territorialidades que o perpassam, como definem Santos e Silveira²⁴:

o sentido da palavra territorialidade como sinônimo de pertencer àquilo que nos pertence... esse sentimento de exclusividade e limite ultrapassa a raça humana e prescinde da existência de Estado. Assim, essa ideia de territorialidade se estende aos próprios animais, como sinônimo de área de vivência e de reprodução. Mas territorialidade humana pressupõe também a preocupação com o destino, a construção do futuro, o que entre os seres vivos é privilégio do homem.

Ao associar vivência à reprodução, não só do indivíduo ou da espécie, mas das condições estruturantes da vida, temos a definição acima como síntese do percurso traçado para a compreensão do território como espaço praticado onde se inscrevem condições de vida, trabalho e inserção social¹⁷. De variadas maneiras, essas condições traduzem a dinâmica intrínseca às relações de limite, acesso e pertencimento que caracterizam o território como comportamento humano²⁵.

A vivência do território abarca a interdependência material inscrita desde o ambiente, a ação humana e a política que o perpassa e confere as peculiaridades, as fragilidades (estruturantes, constituintes ou ocasionais), as características, as riquezas e as potencialidades de um território no qual interagem situações, problemas, necessidades, ações, práticas e serviços relacionados à saúde.

Além da vivência, Santos²⁶ reconhece a importância da reprodução social, que responde às necessidades de organização econômica e social de um determinado espaço. Ela aparece ao lado da vivência e da percepção, que são marcas subjetivas do espaço, correspondentes ao campo da afetividade e das referências identitárias, simbólicas e socioculturais dadas pelos sujeitos que imprimem valores no decorrer do processo de construção do espaço geográfico que constitui o território. Logo, a reprodução social atravessa uma diversidade de domínios da vida e se encontra ligada às condições estruturantes da determinação social da saúde e da doença²⁷.

Primeiro, a reprodução social se liga aos determinantes de saúde através da reprodução biológica. Sob esse prisma, as noções de situação de saúde e condições de vida se articulam com as diversas dimensões do processo reprodutivo (biológica, psicológica, sociológica, econômica, política) e as disciplinas que as estudam.

Segundo, a reprodução social da saúde e da doença é indissociável das relações ecológicas tecidas entre os grupos que constituem o território. Relações não obstante expressas na partilha de formas de consciência e conduta e nas interações intersubjetivas e culturais entre as pessoas e com o ambiente no qual se constituem.

Terceiro, a reprodução das formas econômicas de domínio e relação com a natureza é parte crucial desse jogo de determinação e reprodução social¹⁷. Esses dois últimos processos integram os níveis intermediários (orgânico e social) à esfera individual e coletiva, articulando as contribuições de cunho estritamente fisicalista (que toma como base explicativa os níveis orgânico, celular e molecular) e holístico (que remete toda situação aos níveis superiores do modo de produção, estrutura de classes ou formações culturais) ao mesmo tempo²⁷. Em decorrência disso, ambos são processos sociais ordenados em hierarquias funcionais e

estruturais que se organizam progressivamente do nível individual, ao da família, ao grupo social até o Estado-nação.

A compreensão dos modos com os quais determinado território é vivenciado na articulação com as formas sociais de reprodução é imprescindível para a construção de práticas e redes de saúde. Ao ultrapassar uma perspectiva paisagística voltada ao espaço, o território se torna imprescindível para o enfoque estratégico-situacional de planejamento participativo das ações em saúde.

Por fim, é inegável a associação estratégica das formas de inserção local com a articulação intersetorial através do território. Via de regra, a atuação territorial em saúde demanda cooperação técnica para a formulação e implementação de práticas e políticas de saúde democráticas e comprometidas com a transformação social^{28,29}.

2.5 Território e a construção de redes de cuidado em saúde

Ao assumir que boa parte dos adoecimentos passam por questões sociais como pobreza, má distribuição de recursos, etc., surge a necessidade na saúde de atuar sobre o território onde são vivenciadas e reproduzidas situações de saúde e adoecimento^{13,14,27,30,31,32,33,34}.

Desde a Conferência de Alma-Ata há um esforço para pensar a Saúde Coletiva pela via da transformação das condições de adoecimento através da expansão da atenção primária. Enquanto prática e política de saúde, a atenção primária comporta três aspectos: 1- é um programa de medicina simplificada, o que significa menores custos de financiamento e de operacionalidade; 2- corresponde ao primeiro nível da atenção em saúde, a porta de entrada do usuário; 3- se torna um componente estratégico para a organização das políticas e dos serviços de saúde^{35,36}.

Ao reclamar o direito à saúde, a melhoria do acesso aos serviços, a cooperação entre os distintos setores na construção coletiva e coparticipativa da malha estruturante da Atenção Primária, os preceitos da Conferência de Alma-Ata propõem mudanças nas relações de poder.

A Atenção Primária ganha corpo no Brasil nos anos de 1990 para estender a cobertura em saúde às populações rurais e periféricas, voltando-se especialmente para o grupo materno-infantil e se desenvolve a partir da aplicação da ideia de distritalização ao campo da saúde, resultante da Conferência Nacional de Saúde de 1986.

A distritalização visa articular uma população definida a um território³⁷. Com isso, se torna parte imprescindível da construção de redes de serviços em contiguidade com as necessidades de saúde, com o perfil epidemiológico e com as tecnologias e capacidades comunitárias da população, seguindo as diretrizes da integralidade.

Ao integrar a determinação social dos processos saúde-doença no intuito de reformular sistema de saúde e seu financiamento, tais propostas precedem a Lei Orgânica da Saúde^{13,33}, que dá cabo a um modelo assentado em universalização, descentralização, intersetorialidade e controle social. Mais recentemente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 trouxe novas diretrizes para a territorialização e o funcionamento das equipes de saúde da família, suscitando debates sobre o papel do território na efetivação do cuidado³⁸.

Essa Lei prevê a regulação e a consolidação do financiamento público ao setor da saúde. Ela institui a rede de saúde descentralizada, transferindo a responsabilidade da assistência aos governos locais através da unificação e integração das ações em conteúdo (preventivas, curativas e de reabilitação) e gestão (nos níveis municipal, estadual e federal) na unicidade das estruturas de rede gestora organizada em cada localidade. Como desdobramento, o campo da saúde deve atuar promovendo a participação ativa da população na formulação, implementação e controle das ações em saúde³⁹.

Assim, é imprescindível partir das demandas e possibilidades existentes no território para a construção, gestão, organização e controle descentralizados da rede universal de atenção em saúde, pois é no território que se encontram, conflitam, e se articulam os vários setores (assistência social, segurança pública, educação, etc.) que compõem a rede intersetorial referente às questões de saúde/doença.

Nesse sentido, a Atenção Básica busca a intersetorialidade a fim de aumentar a efetividade, qualidade, a equidade e a integralidade nas intervenções, ao passo em que se dirige às práticas de promoção de saúde. Enquanto concentração de políticas públicas intersetoriais voltadas para a melhoria das condições de vida, a promoção se liga à rede Básica de atenção para produzir práticas de acolhimento, vinculação e resolução no plano coletivo e ampliado de saúde^{40,41}.

Por fim, é através do território que se exerce o controle social das ações e serviços de saúde. Controle e avaliação que se dão através dos Conselhos – Municipal e Regional – bem como através de outras estratégias de participação e avaliação que passam pela comunicação no intuito de democratizar o acesso às informações, a fim de oferecer subsídios para o exercício efetivo do planejamento e da fiscalização popular das políticas públicas de saúde. O potencial transformador da participação comunitária e seus desafios estruturais, como baixa

adesão popular e descontinuidade das ações, estão ligados a efetividade do controle social nos territórios⁴². Afinal, a efetiva participação social depende da articulação de atores estratégicos no território, cuja atuação pode potencializar ou fragilizar as redes comunitárias de cuidado.

É no entreposto dessas diretrizes que a rede de Atenção Básica de Saúde figura como estratégia essencial para a reorientação do sistema de saúde. Estratégia que alia a capacidade técnica à democratização, convocando e inventando formas de incentivar, possibilitar e incrementar a participação ampliada da população nos espaços decisórios, especialmente ao nível local.

Assim, a Atenção Básica reorienta a ação e os serviços de saúde de baixo, como base que alicerça a pirâmide de complexidade e de extensão. A partir das estratégias centradas no território é que se definem prioridades, alternativas de ação, alocação de recursos e condução dos processos até a resolução, controle ou desfecho do problema.

A partir do território que se propõe a organização da prestação de serviços na atenção à demanda espontânea e na oferta organizada de ações programáticas. Daí são construídos os programas de controle de doenças ou de atenção a grupos populacionais específicos, sejam tais grupos segmentados em relação às áreas que habitam, aos riscos que correm ou sejam às atividades ou ocupações que desempenham. Ademais, desde o território se organiza a vigilância em saúde, que articula as necessidades de saúde às condições de vida sob a luz da integralidade e da ação intersetorial.

Transferir a gestão da saúde ao nível local é estratégico por considerar a singularidade dos usuários, seus modos de agir e significar o mundo e a vivência singular do entorno no qual habitam. Apenas no cotidiano imediato é que o território tem a garantia de comunicação na copresença e na contiguidade física das pessoas, instituições, ambiente, etc. que se relacionam num mesmo espaço. Logo, é na conjunção entre pessoas, instituições e ambiente que são tecidas as significações simbólica-cultural-existencial cotidianas de um território⁴⁴. Isso faz com que periferias gentrificadas, territórios rurais com conflitos de terra ou de realocação de indígenas, por exemplo, tenham dificuldades e demandas muito particulares, mas também potencialidades especialmente singulares.

3 Considerações Finais

No trajeto percorrido, observamos como a incorporação da noção de território através da vivência e da reprodução social em múltiplas instâncias da vida é crucial para a organização de práticas de saúde com fins de transformação social.

Uma vez que o modelo do Campo da Saúde elucida que as causas de morte e adoecimento podem ser melhor resolvidas com ações integradas de cunho social, a noção de território, enquanto espaço praticado e vivido aparece como crucial para a reorganização das práticas e serviços de saúde. Entretanto, a fim de operacionalizar a aplicação e o uso desse conceito, deve-se incorporar a vivência, os múltiplos modos de reprodução social, identitária, política, econômica, etc. do território aos processos de construção, gestão e avaliação das redes de saúde.

A noção de território é um instrumento-chave para a democratização efetiva do sistema de saúde brasileiro e dá base aos preceitos de universalização, equidade, descentralização, intersetorialidade, participação e controle social nele estipulados. Nesse sentido, Saúde Coletiva é inseparável da seguridade social e do ímpeto de transformação social.

A atenção à saúde se relaciona com o conjunto de iniciativas do Estado e da sociedade que visam bem-estar, igualdade e justiça, concretizados no exercício dos direitos sociais (previdência, saúde, assistência social, etc.) e na distribuição de benefícios, ações e serviços pelo Estado segundo uma lógica universalista e equitativa.

Assim, é inevitável que a democratização do acesso dos lugares de decisão, planejamento, gestão e avaliação da saúde desde a incorporação do território acabe gerando tensionamentos e eventuais mudanças nas relações de poder. No escopo dessa tensão, à medida em que a organização dos sistemas de saúde propicia e tende a produzir emancipação dos usuários, podemos afirmar que o profissional de saúde se torna simultaneamente um técnico de necessidades sociais em saúde e um gerente de processos coletivos de trabalho em saúde¹⁴.

Ao implicar a população no cotidiano dos processos coletivos de trabalho em saúde, amplia-se a atuação em saúde, expandindo uma abordagem de resolução imediata de problemas, de busca por pessoas em risco de doença específica, para o âmbito da construção de ações coletivas sobre os múltiplos determinantes sociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais de adoecimento. Por fim, a atuação territorial em saúde, articulada à participação social e à intersetorialidade, tem potencial para reduzir iniquidades e fortalecer a democracia sanitária⁴².

Por isso, através do território é que se combinam métodos e abordagens diversas e complementares, propiciando a efetiva e concreta participação social, de modo a fazer da atenção à saúde uma atribuição não só dos serviços a ela destinados. A responsabilização coletiva pelo bem-estar das pessoas passa pela participação coletiva na coalizão entre poder

público, privado e as redes informais que perpassam o território, pela reorientação dos serviços e também por ações de minimização da pobreza, incidindo sobre as dificuldades de reverter os quadros de desigualdades injustas, indignas e evitáveis, as iniquidades¹⁵.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa: orientação para sua implementação no SUS (Série Pactos Pela Saúde, v. 3). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. A estratégia de redes regionalizadas de atenção à saúde: princípios e diretrizes para sua implementação no SUS. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde; 2008.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Campos F, Henriques C, organizadores. Contra a maré à beira-mar: A experiência do SUS em Santos. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
5. Minayo MC. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: Campos GWS, Minayo MC, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
6. Rosen G. Da Polícia Médica à Medicina Social. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
7. Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal; 2005.
8. Foucault M. Segurança, território, população: Curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes; 2008.
9. Santos M. Virchow: Medicina, Ciência e Sociedade no Seu Tempo. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2008.
10. Westphal M. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha J, Carvalho A. organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.
11. García JC. Medicina e sociedade: correntes de pensamento no campo da saúde. In: Nunes E, organizadores. Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez Editora; 1989.
12. Monken M, Peiter P, Barcellos C, Rojas LI, Navarro M, Gondim GMM, Gracie R. O Território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira, JC, Monken M, organizadores. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
13. Paim J. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol M, Almeida Filho N, organizadores. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.

14. Paim J. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
15. Almeida Filho N. O que é saúde? Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
16. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
17. Harvey D. A produção capitalista do espaço. São Paulo: Annablume; 2006.
18. Ratzel F. El territorio, la sociedad y el Estado. In: Mendoza J, Jiménez J, Cantero N, organizadores. El pensamiento geográfico. Madrid: Alianza Editorial; 1982.
19. Raffestin C. Por uma Geografia do Poder. São Paulo: Ática; 1993.
20. Bernardes AG. Pesquisar com o Território: Algumas Apostas Metodológicas. Psicologia: Ciência e Profissão 2018; 38(2): 291-300.
21. Costa B. As relações entre os conceitos de identidade, território e cultura no espaço urbano: Por uma abordagem microgeográfica. In: Rosendahl Z, Corrêa R, organizadores. Geografia: Temas sobre cultura e espaço. Rio de Janeiro: Eduerj; 2005.
22. Haesbaert R. O Mito da Desterritorialização: Do Fim dos Territórios à Multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.
23. Monken M. Território e saúde: apontamentos conceituais para a proposta de territórios sustentáveis e saudáveis. Saúde debate. 2024;48 (esp. 1). <https://doi.org/10.1590/2358-28982024E18721P>
24. Santos M, Silveira ML. O Brasil: Território e Sociedade no Início do Século XXI. Rio de Janeiro: Record; 2001.
25. Sack R. Human Territoriality: its theory and history. Cambridge: Cambridge University Press; 1986.
26. Santos M. As metamorfoses do espaço habitado. São Paulo: Hucitec; 1988.
27. Buss P, Carvalho A. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha J, Carvalho A, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.
28. Furtado JP, Nakamura E, organizadores. Inserção social e habitação de pessoas com sofrimento mental grave. São Paulo: Fap-UNIFESP Editora; 2014.
29. Furtado JP, Oda W, Borysow I, Kapp S. A concepção de território na Saúde Mental. Cad. Saúde Pública [online] 2016; vol. 32 (9): e00059116.
30. Dutra V, Oliveira R. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. Aquichan 2015; 15: 529-40.
31. Leão A, Barros S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. Saúde Soc 2012; 21: 572-586.

32. Lima E, Yasui S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde Debate* 2014; 38: 593-606.
33. Paim J. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha J, Carvalho A, (org) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.
34. Silva A, Pinho L. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. *Rev Enferm UERJ* 2015; 23: 420-4.
35. Giovanella, L. Mendonça, M. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha J, Carvalho A, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.
36. Lemke R, Silva R. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. *Psicol Soc* 2013; 25(n spec 2): 9-20.
37. Gondim GM, Monken M, Rojas LI, Barcellos C, Peiter P, Navarro M, Gracie R. O território da Saúde: a organização dos sistemas de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira, JC, Monken M, org. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
38. Ribeiro LT, Tributino de Sousa ML, Santos Aleluia ÍR. Determinantes Locais da Territorialização na Atenção Primária à Saúde. *Rev Espaço Geogr.* 2025;28:72-106. DOI: <https://doi.org/10.26512/2236-56562025e50813>
39. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20 (4): p. 1088-1095.
40. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio L, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo, HUCITEC; 1994.
41. Martins LDSG, Paula MNB, Araújo VA, Andrade EA. Percepções de psicólogos sobre as dinâmicas territoriais na construção de ações promotoras da saúde. *Rev Brasileira em promoção da saúde (online)* 2019; 32: 1-10.
42. Castro EM, Santos MFA, Gonçalves SL, Santana MVS, Almeida FVO, Prado GAS. Pré-conferências de saúde na prática: relato de experiência em um município piauiense. *Rev Saúde Redes.* 2026;12(1). DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2026v12n1.4861>
43. Coelho P. Território, participação social e saúde: identificação de atores centrais em uma rede comunitária em Betim-MG. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2025;35(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312025350111pt>
44. Santos M. Técnica, Espaço, Tempo: Globalização e meio técnico-científico-informacional. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2008.