

Apontamentos sobre a noção de território no campo da saúde coletiva: determinação, identidades e territorialidades

Notes on the notion of territory in the field of collective health: determination, identities, and territorialities

Guilherme Augusto Souza Prado¹, Maria Verônica Almeida Caetano¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E28730P

RESUMO Este ensaio teórico percorre um itinerário e aborda diferentes concepções de território quanto ao campo da saúde coletiva. Busca-se elucidar como o território compõe com a constituição histórica e organizativa dos sistemas e serviços de atenção à saúde, e como conceito fundamental ao trabalho no campo da saúde coletiva. Enquanto intervenção estatal sobre a vida populacional dentro de territórios circunscritos a Estados-nações, a abordagem epidemiológica paisagística da medicina social preventiva concebe o território como ambiente de exposição a doenças e acaba superada pelas ideias de risco e multicausalidade dos processos saúde-doença, próprias ao modelo do campo da saúde. Este amplia a compreensão dos processos saúde-doença articulando ambiente, acesso aos serviços, estilos de vida e determinantes biológicos com aspectos ecológicos, culturais, simbólicos e de responsabilidade social. Assim, a saúde coletiva se aprimora com noções como territorialidades, identidades ou reprodução social, importantes para a distritalização e a organização de sistemas de saúde democráticos, a compreensão sobre a determinação social da saúde e a efetivação de redes de cuidado e estratégias de assistência eficazes, sobretudo na atenção básica. Enfim, a noção de território é fundamental à compreensão das condições estruturantes dos processos de vida e adoecimento e ao compromisso com a transformação social.

PALAVRAS-CHAVE Território sociocultural. Saúde pública. Saúde coletiva. Medicina social. Saúde.

ABSTRACT *This theoretical essay explores different conceptions of territory within the field of collective health. We aim to elucidate how territory contributes to the historical and organizational constitution of healthcare systems and services, as well as its fundamental role in the field of collective health. The landscape-based epidemiological approach of social preventive medicine, which conceives territory as an environment of disease exposure within nation-state boundaries, is overcome by the ideas of risk and multicausality inherent in the model of the health field. This model expands the understanding of health-disease processes by integrating the environment, access to services, lifestyles, biological determinants with ecological, cultural, and symbolic aspects, as well as social responsibility. Therefore, collective health is enhanced by concepts such as territoriality, identity, and social reproduction, which are important for the districting and organization of democratic healthcare systems, for understanding the social determination of health, and for implementing effective care networks and strategies, particularly in primary care. Ultimately, the notion of territory is fundamental to understanding the structuring conditions of life processes and illness, as well as to the commitment to social transformation.*

KEYWORDS *Sociocultural territory. Public health. Collective health. Social medicine. Health.*

¹Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr) – Parnaíba (PI), Brasil
guispra@gmail.com



Introdução

Com a construção das redes de atenção à saúde no Brasil¹⁻³, deparamo-nos 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 isso, o presente ensaio⁶ percorre um itinerário de elaboração em diferentes concepções da noção de território, elucidando seus modos de aplicação para a constituição, em nível da história e da organização, dos sistemas e serviços de atenção à saúde, e como conceito fundamental ao trabalho no campo da saúde coletiva.

Medicina social e medicina preventiva: inserção do ambiente na paisagem

Na história dos sistemas de saúde, a noção de território está presente desde quando Jules Guérin utilizou pela primeira vez, em 1838, o termo medicina social para definir um campo de conhecimento científico relativo aos aspectos sociais, incluindo aspectos ambientais e, em uma perspectiva ampliada, territoriais, relacionados com o processos saúde-doença e com os serviços de assistência médica⁷.

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. Por meio desses três modelos de intervenção estatal sobre a vida coletiva organizada em torno de um território circunscrito a um Estado-nação, Foucault⁸ afirma que a consolidação do capitalismo propicia o surgimento de uma medicina coletiva.

Entre o final do século XVIII e o final do século XIX, houve uma socialização do corpo enquanto força produtiva e força de trabalho. Essa trajetória articula um tipo de investimento de poder-saber na dimensão biológica somática a um investimento que tem como

alvo privilegiado o corpo do trabalhador civil, mais que o do soldado.

Com isso, a medicina social se liga à noção de território por três vias. Primeiro, 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 em uma localidade territorial. Para isso, assume-se que as condições sociais e econômicas que incidem no território influenciam a saúde e o adoecimento das pessoas e precisam ser estudadas cientificamente. Assim, a população é compreendida como conjunto heterogêneo de indivíduos, e que, entre o conjunto e as partes, não há mediação e, conseqüentemente, as medidas tomadas com vistas à proteção da saúde da população que habita o território são providências de cunho médico e social⁹.

Essa crescente presença do Estado toma os indivíduos como parte da engrenagem social integrada e os põe para funcionar de acordo com normas estatais. Nessa linha, podemos localizar as preocupações pioneiras de Virchow e sua visão ampliada na resolução de uma epidemia de tifo que assolou a Alemanha no inverno de 1846/1847. Suas indicações estão ligadas ao local de vida das pessoas enquanto espaço habitado e como feixe no qual se cruzam uma variedade de fatores que têm influência decisiva sobre os processos de adoecimento¹⁰.

Tais medidas recomendadas para a proteção da saúde da população prussiana incluíam 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 que se postulava a necessidade de instâncias governamentais autônomas para intervir na agricultura e na vida das pessoas. Se essas recomendações não foram acatadas, elas contribuíram para criar na Alemanha a ideia de polícia médica ou polícia sanitária, que agia com caráter autoritário e paternalista seguindo aspectos legais das questões de saúde. No entanto, as direções voltadas à

transformação da sociedade e das condições de vida acabaram sobrepujadas pela perspectiva biologizante e individualista tornada hegemônica com a Revolução Bacteriana.

Nesse âmbito, Westphal¹¹ sinaliza que o modelo de adoecimento centrado no micróbio tirou de cena a importância determinante tanto do ambiente físico como do meio social. Logo, preocupadas tão somente em buscar agentes patogênicos concretos, as ações de saúde passaram a se organizar em torno da ideia de que a doença tem, prioritariamente, uma só causa, sobre a qual se focaliza a ação: para cada etiologia, um germe específico a ser combatido. Esse modelo, de visão mecanicista e unicausal, reduz saúde à ausência de doença, além de legitimar o autoritarismo sanitário e a coerção policial como modos de operação dos sistemas de saúde sobre um território.

Tal concepção de adoecimento prevaleceu até o modelo trazido por Leavell e Clark nos anos 1970, que deu base à medicina preventiva como desdobramento e modelo de reorganização operacional da medicina social. Entretanto, no contexto latino-americano, García¹² aponta que, à medida que visa uma atitude preventiva e social, é desde o modelo da medicina preventiva que o modelo clássico da história natural das doenças se articula às ideias de multicausalidade e integração de diversos fatores, que demandariam distintas modalidades e níveis de resposta.

De todo modo, a história natural das doenças é um modelo com grande apelo científico, de base biologicista, forte na academia, na gestão, no imaginário popular, e serve de base para a inclusão do ambiente nos processos de adoecimento. Sob a ótica da história natural das doenças, a medicina preventiva enfoca a doença enquanto manifestação decorrente de desequilíbrios na tríade agente, hospedeiro e ambiente. Com isso, pauta o trabalho em saúde com a noção de espaço geográfico, no qual habita uma população, em três níveis de prevenção que vão desde os processos pré-patogênicos e

patogênicos até a limitação dos danos e sequelas do adoecimento.

Ao analisar tal perspectiva, Monken et al.¹³ salientam que o espaço é entendido separadamente 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, podemos lançar um olhar crítico a tal perspectiva epidemiológica paisagística que toma o espaço como lugar de exposição a doenças e agravos. A 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 diante da 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 desde outra perspectiva para articularmos práticas e redes de atenção em saúde.

O campo da saúde para além da assistência médica

Estudiosos da saúde coletiva, como Paim^{14,15}, Almeida Filho¹⁶, entre outros, apontam que a noção de território ganhou especial importância com os movimentos político-sociais em saúde entre os anos 1970 e 1980 e teve 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, que estruturam a organização política da rede de atenção e serviços de saúde no País.

Sucintamente, podemos ver que o modelo do campo da saúde, explicitado pelo canadense Marc Lalonde em 1974, reconhece a saúde como bem social, estimulando a integração da ciência à tecnologia na construção coletiva de culturas saudáveis. Isso requer a responsabilização social do sistema de assistência sanitária, a inclusão e a focalização nos determinantes da saúde que operam desde o exterior¹⁶.

O modelo em questão postula quatro componentes na compreensão e na intervenção dos processos saúde-doença: o ambiente, espaço biofísico e social no qual se entrecruzam fatores econômicos e estruturais; 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 as decisões individuais expressos nas predisposições aos processos de maturação e à bagagem genética inscritas na biologia humana, que é o quarto componente, concernente às consequências da constituição orgânica do indivíduo.

O relatório Lalonde é uma declaração de reconhecimento de que parte robusta dos problemas da saúde pública são resultado do desconhecimento epidemiológico acerca de doenças não infectocontagiosas. Seu viés crítico reconhece que, enquanto a medicina for entendida como a fonte primordial de melhorias na saúde, justificar-se-á a crença que tende a resumir a saúde à qualidade da medicina, assim como a concentração dos gastos para melhorar a saúde na disposição do cuidado medicalizante.

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 doentes se pretendemos melhorar a saúde de uma população que habita e compõe um território, em uma relação expressa por meio do ambiente biofísico e social no qual se desenvolvem diferentes estilos de vida em articulação com a constituição biológica dos indivíduos e a organização da assistência sanitária.

Com o relatório, vemos a aplicação da noção de risco para a identificação e a caracterização das formas de adoecimento relacionadas com as desigualdades sanitárias. Paralelamente, a implicação mútua e a responsabilização de cada indivíduo para

a melhoria das condições de saúde ganham relevância.

Nesse modelo, as condições sociais e ambientais, assim como os estilos de vida, ganham peso em detrimento das condições infectocontagiosas expressas no espaço e nas situações de saúde objetivadas em uma ordem médico-biológica. Esse fato convoca a responsabilização de governo, profissionais e população pelo patamar de saúde que a sociedade decide ter para si ao mesmo tempo que indica a noção de território como determinante para a saúde, enquanto bem social.

Com essa reviravolta, vemos a ultrapassagem da concepção preventivista, quando articulamos ao campo da saúde a noção de território como espaço praticado, que corresponde ao espaço vivido onde se desenrola a vida coletiva e as vivências individuais em certa localidade.

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 paisagem inerte ou mero local de aglomeração humana e predisposição a agentes etiológicos¹⁷.

Nessa linha, ao lado da incorporação da ideia da multicausalidade, aumenta o 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 os componentes histórico-sociais dos processos saúde-doença. Assim, assistimos à complexificação e à superação da compreensão unicausal que tem como matriz o modelo bacteriano, em que o adoecimento passa a ser explicado por diversos fatores interrelacionados¹⁸.

No decorrer dos anos 1970 e 1980, proliferaram as evidências da associação entre condições de vida, prosperidade e bom nível educacional com os problemas e necessidades de saúde e adoecimento¹⁹. Concomitantemente, o campo da saúde coletiva incorporou importantes debates da geografia²⁰. Com isso,

o território não se reduz a mero recorte espacial, sendo 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 que propicia interconexões entre diferentes dimensões da vida individual e coletiva¹⁷.

Território e territorialidade

Prosseguiremos distinguindo as noções de território e espaço. Em consonância com as críticas de Harvey²¹ à concepção clássica de espaço, nas ciências da saúde, a ideia de espaço aparece inicialmente como mero recorte espacial, enquanto ambiente de circulação e predisposição de doenças¹³, reduzido à sua localização, esta explicada por escalas unidimensionais. Definido no âmbito da medicina social preventiva unicamente pela dimensão geométrico-geográfica, o 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.

Em contrapartida, Ratzel²² destaca duas vias de definição do território dentro da geografia. Uma via etológica e a outra jurídico-política, que liga território ao Estado, em que são enfatizados os laços do homem com a terra – o chamado direito de solo por exemplo.

Nascida no contexto pós-medieval europeu, essa perspectiva jurídico-política de base patrimonialista e origem feudal fundamenta a compreensão moderna do território, assentada na propriedade territorial, expressa na soberania patrimonial, fronteira, excludente e marcada pelo investimento de poder sobre os corpos visando à proteção sanitária e produtiva da população circunscrita no território sob tutela estatal.

Já na via etológica, considera-se o território humano análogo ao animal. Como salienta

Raffestin²³, essa via resgata o sentido primordial da noção de território, que advém da biologia naturalista e condiz ao espaço no qual uma espécie desempenha suas funções vitais. Sob tal ponto de vista, o território é dimensionado pela vida, segundo suas condições de continuação, perpetuação e expansão em relação com o ambiente e a sobrevivência das espécies.

Tanto a via jurídico-política quanto a etológica levam à compreensão do território pela territorialidade. Segundo Raffestin²³, o termo territorialidade conglomerava atitudes instintivas características de determinado organismo (incluindo-se aí 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 defesa, está intensamente relacionada com 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 estritamente ao controle²⁴. Na interface entre o território e as formas de organização e defesa do Estado, a territorialidade se liga às formas de administração burocrática das forças e dos elementos que a constituem. Nesse eixo, o Estado se responsabiliza no exercício da tutela do recorte territorial que lhe corresponde, justificando o monopólio da violência circunscrita àquele território e na administração de recursos.

Quanto mais buscamos dar consistência à caracterização do 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 transversal, que atravessa espaço, ambiente e saúde à medida 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, ele requer abordagens transdisciplinares do tipo que abrangem campos tão complexos e multideterminados 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 (entre 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 lugar²⁴.

Enquanto a noção de território dá margem a uma concepção estática, ainda que multidimensional, ao definir territorialidade, um autor como Sack²⁵ a refere ao comportamento humano espacial, reconhecido 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 esse motivo, o território não é só um pedaço do espaço: ele é repleto de interconexões entre diferentes escalas, em que distintas dimensões e níveis da vida individual e coletiva se tocam e se penetram²³. É no território, tomado pela matriz da territorialidade, que a vida afetiva-sentimental e político-econômica se encontra com os problemas sociais de violência, saneamento e educação, entre outras esferas que são atravessadas pelos processos socioambientais¹³.

O papel da territorialidade se traduz, além disso, na formação de processos identitários locais, considerando sua dinamicidade, pois os elementos que a constituem (os sujeitos, espaços, culturas etc.) são suscetíveis a constantes variações no tempo. Essa característica faz da territorialidade o entrelaçamento da vida com um conjunto de relações emergentes de um sistema tridimensional de sociedade, espaço, tempo. Por isso, “a análise da territorialidade só é possível pela apreensão das relações reais recolocadas em seu contexto sócio-histórico e espaço-temporal”²³⁽¹⁶²⁾.

Além dessa prospecção dinâmica, a territorialidade propicia uma identificação das

pessoas com o território. Embora as discussões acerca dos variados processos que cruzam identificação e territorialidade não caibam no escopo deste artigo, salientamos que elas se referem apenas a processos de mera inserção territorial, como aos de enraizamento e fabulação identitária. De todo modo, é importante assinalarmos que essa identificação com o território permite construir identidades e satisfazer necessidades²⁶.

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. Com isso, a ideia de territorialidade e sua articulação com a constituição identitária se tornam mais profícuas 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 Haesbaert^{27,28} 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.

À medida que atravessa o espaço físico-geográfico, mas também os espaços simbólicos, social e historicamente produzidos do território, que a territorialidade pode ser definida a partir de elementos multidimensionais tão diversos quanto um recorte de paisagem, do espaço cotidiano vivido ou mesmo do Estado-nação.

Ao articular a dimensão histórica ao imaginário social, indissociável do espaço de referência e memória coletivos, podemos definir o território sob a perspectiva da territorialidade. A partir dessa definição, é possível avançarmos 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.

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 por Santos²⁹, a caracterização dos territórios é inseparável da compreensão 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 mediante relações que ele estabelece com a técnica e as repercussões da revolução tecnológica.

Entendido em sua unidade dinâmica na qual se reúnem a materialidade e a ação humana, essa leitura do território por meio das relações entre espaço e territorialidades o coloca como um “conjunto indissociável de sistemas de objetos, naturais ou fabricados, e de sistemas de ações, deliberadas ou não”³⁰⁽⁴⁶⁾.

Ao caracterizar o território pela interpenetração de redes desiguais, emaranhadas, sobrepostas e prolongadas entre si em diferentes escalas e níveis, Santos³⁰ usa o termo 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. Logo,

[...] 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 homem³¹⁽¹⁹⁾.

Ao associar vivência à reprodução, não só do indivíduo ou da espécie – como uma abordagem estritamente biopolítica da questão⁹ –, mas também das condições estruturantes e determinantes da vida, podemos usar a definição acima como síntese do percurso traçado para a compreensão do território como espaço praticado no qual se inscrevem situações e condições de vida, trabalho e inserção social²¹. De variadas maneiras, tais condições traduzem a dinâmica intrínseca às relações de limite, acesso e pertencimento que caracterizam o território no âmbito do comportamento humano²⁵.

A vivência do território abarca a interdependência material inscrita desde o ambiente, a ação humana até 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 com a saúde³².

Além da vivência, Santos³³ 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 as marcas subjetivas do espaço, correspondentes ao campo da afetividade e das referências identitárias, simbólicas e socioculturais dadas pelos sujeitos sociais e culturais que imprimem valores no decorrer do processo de construção do espaço geográfico que constitui o território.

Especificamente no que condiz à relação entre reprodução social e às condições estruturantes e determinantes de saúde, Buss e Carvalho³⁴ ponderam que a reprodução social se encontra ligada à determinação social da saúde e da doença. Portanto, ela atravessa uma variedade de domínios da vida, podendo ser esquematizada em três pontos.

Primeiro, a reprodução social se liga aos determinantes de saúde por intermédio 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, assim como nas interações intersubjetivas e culturais entre as pessoas e com o ambiente no qual as comunidades se constituem.

Terceiro, a reprodução das formas econômicas de domínio e relação com a natureza é parte crucial desse jogo de determinação e reprodução social²¹. De acordo com Buss e Carvalho³⁴, esses dois últimos processos integram os níveis intermediários (orgânico e social) à esfera individual e coletiva, articulando as contribuições de cunho estritamente fiscalista (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 tempo. 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.

Indubitavelmente, 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, a noção de 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 por meio do território. Em geral, a atuação territorial em saúde demanda cooperação técnica para a formulação e a

implementação de práticas e políticas de saúde democráticas e comprometidas com a transformação social³⁵.

Território e a construção de redes de cuidado em saúde

Ao assumir que parte considerável dos adoecimentos passam por questões sociais como pobreza, má distribuição de recursos etc., surge a necessidade de as práticas de saúde atuarem sobre o território onde são vivenciadas e reproduzidas formas e situações de saúde e adoecimento^{14,15,34,36-40}

Desde a Conferência de Alma-Ata, há um esforço para pensar na saúde coletiva pela via da transformação das condições de adoecimento mediante a expansão da atenção primária. Enquanto prática e política de saúde, a atenção primária comporta três aspectos: primeiro, é um programa de medicina simplificada, o que significa menores custos de financiamento e de operacionalidade; segundo, corresponde ao primeiro nível da atenção em saúde, a porta de entrada do usuário – no Brasil, chamada de atenção básica –, em relação à média e alta complexidade; e terceiro, torna-se um componente estratégico para a organização das políticas e dos serviços de saúde^{41,42}.

Considerada imprescindível para a organização do sistema de saúde e melhoria da qualidade de vida da população, a atenção básica passa longe de corresponder a uma imagem menosprezadora de resposta tecnicamente pobre ou menos qualificada, voltada para problemas simplórios.

Sinteticamente, podemos afirmar que, ao reclamar o direito à saúde, a melhoria do acesso aos serviços, a cooperação destes com 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.

No contexto de tais mudanças, no Brasil, em 1980, aconteceu a VII Conferência Nacional

de Saúde, cujo tema foi 'Extensão das ações em saúde através dos serviços básicos'. Após a histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, surgiu a proposta da distritalização no ímpeto de organização da rede de Atenção Primária à Saúde.

A atenção primária ganhou corpo na década de 1990 para estender a cobertura em saúde às populações rurais e periféricas, voltando-se especialmente para o grupo materno-infantil, e se desenvolveu a partir da aplicação da ideia de distritalização ao campo da saúde.

Segundo Gondim et al.⁴³, a distritalização visa articular uma população definida a um território, que se transforma e modula as ações voltadas a ele. Com isso, torna-se 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^{14,39}, que dá cabo a um modelo assentado em universalização, descentralização, intersetorialidade e controle social.

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 por meio da unificação e da 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 visando empoderar a população a participar ativamente na formulação, na implementação e no controle das ações em saúde^{44,45}.

Desse modo, é imprescindível partir das demandas e possibilidades existentes no próprio território para 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, a qualidade, a equidade e a integralidade nas intervenções ao passo que se dirige à ideia e às práticas de promoção de saúde. Enquanto concentração de políticas públicas intersetoriais voltadas para a melhoria das condições e mudança nos modos 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.

Por fim, é, sobretudo, por intermédio do território que se exerce o controle social das ações e serviços de saúde. Controle e avaliação que se dão mediante os Conselhos – Nacional, Estadual, Municipal e Regional –, bem como por meio de outras estratégias de participação e avaliação que passam pela comunicação com os territórios de saúde 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.

É no entreposto dessas quatro 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 verve de democratização, convocando e inventando formas de incentivar, possibilitar e incrementar a participação ampliada da população nos espaços decisórios, especialmente em 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. É a partir das estratégias centradas no território que se definem prioridades, alternativas de ação, assim como alocação de recursos e condução dos processos até a resolução, controle ou desfecho do problema.

Outrossim, é 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. Disso, 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 às atividades ou ocupações que desempenham. Ademais, desde o território, organiza-se a vigilância em saúde, que articula as necessidades de saúde às condições e modos de vida sob a luz da integralidade e da ação intersetorial. Com isso, vemos que a vigilância se desdobra na prevenção de riscos e de agravos que tem ação sanitária e epidemiológica voltada ao controle de epidemias e endemias.

Transferir a gestão da saúde ao nível local é estratégico na medida em que leva em conta a singularidade dos usuários, seus modos de agir, comunicar e significar o mundo e a vivência singular do entorno que habitam. É apenas no cotidiano imediato que o território tem a garantia de comunicação na copresença e na contiguidade física das pessoas, das instituições, do ambiente etc., os quais se relacionam em um mesmo espaço. Logo, é na conjunção entre pessoas, instituições e ambiente que são tecidas as significações simbólica-cultural-existencial cotidianas de um território. 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 singulares²⁴.

Por isso, é no esforço de concatenar tais nuances que pensamos no território a partir da territorialidade, marcado pelos modos de interação entre as pessoas e com o espaço habitado. Nesse viés, é possível democratizar o planejamento, o atendimento, a execução e a avaliação das práticas de saúde para a operacionalização de um conceito de território operativo na escala social do cotidiano, que serve de analisador e ferramenta estratégica para a construção e a atuação na rede de atenção à saúde.

Conclusões

No trajeto percorrido, observamos como a incorporação da noção de território, por meio 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. Nesse âmbito, o profícuo diálogo com uma geografia crítica tem sido fundamental à aprimoração do campo da saúde coletiva.

Uma vez que o modelo do campo da saúde elucidada que as causas de morte e adoecimento podem ser mais bem resolvidas com ações integradas de cunho social, a noção de território, enquanto espaço praticado e vivido²¹, aparece como crucial para a reorganização das práticas e dos serviços de saúde. Entretanto, a fim de operacionalizar a aplicação e o uso desse conceito à saúde, 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 uma chave de leitura à 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, a saúde coletiva é inseparável da seguridade social e do ímpeto de transformação social. Desse modo, 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 (abrangendo 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 aos 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 que a organização dos sistemas de saúde propicia e tende a produzir a emancipação dos usuários,

podemos afirmar, em consonância com Paim⁴⁶, que o profissional de saúde se torna simultaneamente um técnico de necessidades sociais em saúde e um gerente de processos coletivos de trabalho em saúde.

Ao implicar e comprometer 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 contrair alguma doença específica, para o âmbito da construção de ações coletivas sobre as múltiplas determinações sociais, econômicas, culturais, políticas e ambientais de adoecimento e saúde.

Por isso, é por meio do território 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 e pela inevitável reorientação dos serviços, bem como por ações de minimização da pobreza, incidindo sobre as dificuldades de reverter os quadros de desigualdades injustas, indignas ou evitáveis, as chamadas iniquidades em saúde¹⁶.

Colaboradores

Prado GAS (0000-0001-9318-8580)* contribuiu para concepção da pesquisa, delineamento do estudo, orientação acadêmica e redação do artigo. Caetano MVA (0000-0003-0468-4422)* contribuiu para revisão crítica e redação da versão final do artigo. ■

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Regionalização solidária e cooperativa: orientação para sua implementação no SUS. v. 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. (Série Pactos Pela Saúde).
2. Ministério da Saúde (BR). A estratégia de redes regionalizadas de atenção à saúde: princípios e diretrizes para sua implementação no SUS. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde; 2008.
3. Ministério da Saúde (BR). 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). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2010 dez 31; Edição 252; Seção I:88.
4. Campos FCB, Henriques CMP, organizadores. Contra a maré à beira-mar: A experiência do SUS em Santos. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
5. Minayo MCS. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al., organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 93-121.
6. Menezes JEO, Ventura MS. Vilém Flusser. O engenho e a arte do ensaio como engajamento no diálogo. PAULUS Rev Comun FAPCOM. 2020;4(8):51-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.31657>
7. Rosen G. Da Polícia Médica à Medicina Social. Rio de Janeiro: Graal; 1980.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Foucault M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal; 2005.
9. Foucault M. *Segurança, território, população: Curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
10. Santos M. *Virchow: medicina, ciência e sociedade no seu tempo*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2008.
11. Westphal M. *Promoção da saúde e prevenção de doenças*. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al., organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
12. García JC. *Medicina e sociedade: correntes de pensamento no campo da saúde*. In: Nunes ED, organizador. *Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez Editora; 1989. p. 68-99.
13. Monken M, Peiter P, Barcellos C, et al. *O Território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente*. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, et al., organizadores. *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
14. Paim JS. *Políticas de saúde no Brasil*. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 587-601.
15. Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
16. Almeida Filho N. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
17. Soares Junior AQ, Santos MA. *A territorialidade e o território na obra de Robert David Sack*. *Geografia*. 2018;27(1):7-25. DOI: <https://doi.org/10.5433/2447-1747.2018v27n1p7>
18. Breilh J, Granda E, Campaña A, et al. *La salud enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque*. Quito: Corporación Editora Nacional Ecuador; 1990.
19. Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.
20. Bernardes AG. *Pesquisar com o Território: algumas apostas metodológicas*. *Psicol ciênc prof*. 2018;38(2):291-300. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003492017>
21. Harvey D. *A produção capitalista do espaço*. São Paulo: Annablume; 2006.
22. Ratzel F. *El territorio, la sociedad y el Estado*. In: Mendoza JG, Jiménez J, Cantero N. *El pensamiento geográfico*. Madri: Alianza Editorial; 1982.
23. Raffestin C. *Por uma geografia do poder*. São Paulo: Ática; 1993.
24. Farias JM, Hennigen I. *A Tekoa Ka'aguy Porã: espaço ancestral e produção de subjetividade Mbya-Guarani*. *Psicol ciênc prof*. 2019;39(esp):53-66. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003221659>
25. Sack R. *Human territoriality: its theory and history*. Cambridge: Cambridge University Press; 1986.
26. Costa B. *As relações entre os conceitos de identidade, território e cultura no espaço urbano: por uma abordagem microgeográfica*. In: Rosendahl Z, Corrêa R. *Geografia: temas sobre cultura e espaço*. Rio de Janeiro: Eduerj; 2005.
27. Haesbaert R. *Identidades territoriais*. In: Rosendahl Z, Corrêa R. *Manifestações da cultura no espaço*. Rio de Janeiro: Eduerj; 1999.
28. Haesbaert R. *O mito da desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.
29. Santos M. *Por uma outra globalização: do pensamento único a consciência universal*. Rio de Janeiro: Record; 2004.
30. Santos M. *Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico-informacional*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2008.

31. Santos M, Silveira ML. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record; 2001.
32. Latour B. Onde estou? Lições do confinamento para uso dos terrestres. São Paulo: Bazar do Tempo; 2021.
33. Santos M. As metamorfoses do espaço habitado. São Paulo: Hucitec; 1988.
34. Buss PM, Carvalho AI. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. p. 121-42.
35. Furtado JP, Oda WY, Borysow IC, et al. A concepção de território na Saúde Mental. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(9):e00059116. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>
36. Dutra VFD, Oliveira RMP. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. *Aqui*. 2015;15(4):529-40. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.4.8>
37. 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(3):572-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300005>
38. Lima EMFA, Yasui S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde debate*. 2014;38(102):593-606. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>
39. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. p. 459-91.
40. Silva AB, Pinho LB. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(3):420-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.10091>
41. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. p. 493-545.
42. Lemke RA, Silva RAN. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. *Psicol Soc*. 2013;25(esp2):9-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000600003>
43. Gondim GMM, Monken M, Rojas LI, et al. O território da Saúde: a organização dos sistemas de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, et al., organizadores. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 237-55.
44. Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. p. 89-120.
45. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(4):1088-95. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400024>
46. Paim JS. Os desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.

Recebido em 15/06/2023

Aprovado em 17/01/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Wallace Enrico Boaventura Gonçalves dos Santos