

O Território na Promoção e Vigilância em Saúde

*Maurício Monken
Christovam Barcellos*

Introdução

A promoção de espaços saudáveis faz com que, principalmente em lugares onde os problemas de saúde das populações atingem grande visibilidade, seja desenvolvido um olhar que permita instrumentalizar o entendimento dos problemas de saúde e promover as soluções possíveis.

Neste movimento destaca-se a importância atribuída aos novos conceitos das ciências humanas e de métodos advindos da união da epidemiologia e da geografia humana que possibilitam avançar na descrição, sistematização e reflexão das situações de saúde, orientando, desse modo, o planejamento de práticas e ações de promoção à saúde. Tanto para a análise como para estratégia de ação sobre a desigual distribuição espacial da saúde de populações, devemos adotar caminhos importantes como: conhecer, conhecer para interpretar e interpretar para atuar — o que freqüentemente acontece de forma desarticulada, incompleta ou deficiente.

Para atingirmos este objetivo, dividimos este capítulo em cinco seções: nas duas primeiras seções apresentaremos uma discussão que visa instrumentalizar categorias de análise que tratam dos diversos contextos de relações humanas de forma ampliada e complexa, para que seja possível perceber as diferenças concretas na vida social, permitindo uma maior flexibilização nas soluções.

Num terceiro momento, será discutido como o poder público utiliza a categoria território para organizar suas práticas, seja nas diversas delimitações territoriais existentes no setor saúde (principalmente em relação aos territórios da Estratégia Saúde da Família), como também nas possibilidades de participação deste setor na implementação e monitoramento de planos diretores municipais.

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Na quarta seção, indicaremos que o relacionamento deste conhecimento acerca das possibilidades da categoria território para a criação de ambientes saudáveis deve se dar no âmbito de um novo entendimento de saúde e de um modo de organização do trabalho cujos princípios estejam pautados pelo conceito de promoção da saúde.

Por fim, para atuar junto à diversidade de grupos populacionais faz-se necessário o reconhecimento dos seus contextos de vida por meio de processos de territorialização que nos permitem identificar as singularidades da vida social, seus problemas e necessidades de saúde, observando os usos e as diferentes apropriações do território. Assim, propõe-se o desenvolvimento de diagnósticos de condições de vida e de situação de saúde para servir de base para operacionalização do planejamento estratégico das ações de vigilância em saúde.

O Território como Processo e o Processo Saúde Doença

Todos nós vivemos em um espaço geográfico,¹ e nesse espaço existem diversas coisas que usamos para facilitar nossa vida: nossa casa, nosso local de trabalho, um lugar para encontrar os amigos, para comprar alimentos etc. Da mesma forma, para que a sociedade exista, é necessário adaptar esse espaço em que ela se desenvolve. Basta olhar pela janela e ver todas as construções feitas no espaço, como as ruas, estradas, prédios, casas.

Todas essas obras são modificações na natureza, feitas para criar um novo ambiente que seja mais adaptado para a vida humana. Em alguns momentos, é possível até acompanhar essas transformações como o desmatamento, a demolição de um prédio antigo, a construção de uma estrada. Essas ações humanas mudam a paisagem e o modo de as pessoas viverem.

Em vários locais, existem ainda características naturais de épocas passadas que foram pouco modificadas pela sociedade: os rios, montanhas, florestas. Em geral, quanto mais moderna uma sociedade, mais ela transforma o espaço. No Brasil, como a sociedade é muito desigual e injusta, as pessoas vivem de

¹O seu entendimento é abordado de acordo com diversos pontos de vista, em que ora está associado a uma porção específica da Terra, identificada pela natureza e/ou pelas marcas que a sociedade ali imprime, como também na referência à simples localização, situado indiscriminadamente em diferentes escalas, como: global, continental, regional, estadual, da cidade, do bairro, da rua, e até de uma casa apenas.

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

maneira diferente e em condições diferentes. Os bairros onde moram pessoas com menos renda têm um aspecto diferente dos bairros onde moram as pessoas de maior renda.

As transformações afetam a todos do lugar. Mas elas não são feitas por todos e para todos. Existem mudanças que beneficiam um grupo de pessoas, mas prejudicam outras. Basta ver os problemas gerados com a construção de represas, por exemplo. A decisão de construí-las surge porque existe uma demanda de energia ou de água, isto é, a sociedade precisa deste produto para realizar suas atividades cotidianas. Mas quem mora perto da área que vai ser alagada geralmente sofre com esse tipo de obra. Durante a construção, existem trabalhadores (migrantes) vindos de toda parte do país que modificam a vida da cidade. Depois de construído, o lago pode servir de criadouro para caramujos da esquistossomose e mosquitos da malária. Outras pessoas que passam a usar esse mesmo lago para turismo ou pesca podem melhorar de vida com essa obra. Além disso, a obra pode ser feita em vários lugares e de diversas maneiras. Existem represas que prejudicam mais os habitantes do local e outras menos. Quem tomou essa decisão? Como foi decidido realizar a obra de um jeito e não de outro? Isso depende das pressões que existiam para fazer a obra e, claro, da situação política do país. Durante a ditadura militar, essas obras eram decididas sem levar em conta a opinião da população e beneficiavam poucas pessoas. Hoje em dia, a população está mais atuante, mas ainda existem pressões de grandes grupos econômicos que têm muito peso nessas decisões de obras.

Como vimos, os lugares estão sempre se transformando, e essas transformações podem ser mais harmoniosas ou mais conflituosas. Isso porque nem todos são iguais. Cada um vive de um modo, tem um tipo de trabalho, tem uma relação com o ambiente. No mesmo lugar existem diferentes atores sociais que têm diferentes interesses e forças políticas. Para uns, o lugar deveria ser de uma maneira, e para outros ele deveria ser de outra. Por isso, existem conflitos entre esses grupos, e o lugar é sempre o resultado desses conflitos. Além disso, o mesmo lugar é usado de forma diferente pelos grupos. Mesmo que não estejam escritas, existem regras para a vida e para os lugares, isto é, que regulam o uso do lugar. Casas servem para morar. Igrejas para rezar. Áreas de lazer para se divertir. Tente imaginar se essas regras fossem trocadas.

Uma pessoa, para viver, precisa trabalhar, fazer compras, encontrar outras pessoas, ter lazer etc. No dia-a-dia, as pessoas estabelecem relações com

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

outras pessoas e, por isso, com o seu lugar. Imagine uma fábrica. Ela é um lugar que produz alguma coisa que será depois vendida para outras pessoas. Para tanto, precisa de trabalhadores, de materiais serão ser usados na fabricação, de equipamentos etc. Todo dia, nessa fábrica, chegam e saem coisas e pessoas. Não existem fábricas só com o prédio vazio, sem esses fluxos de materiais e pessoas. Quando identificamos uma fábrica no território, na verdade estamos apontando para um lugar que tem uma localização, uma forma e também uma função. Qualquer objeto geográfico tem fluxos. Milton Santos (1999) dizia que a geografia de um lugar é formada por fluxos e fixos. Quando se elabora um mapa, ou quando simplesmente se observa o campo de trabalho, são destacados os fixos, representados pelas casas, ruas, fábricas, igrejas etc. Mas é preciso saber que nesses fixos existem também fluxos.

A mesma coisa acontece com os outros objetos, tais como: um domicílio, um bar, um posto de saúde. Quando falamos em função dos objetos geográficos, estamos falando dos fluxos e das regras existentes. Esses objetos só têm razão de ser se tiverem fluxos, que dão vida a esses objetos. Até mesmo um recipiente com água só tem importância para nós se tiver um fluxo e estiver inserido no território. Quando pensamos nesse recipiente, lembramos que uma fêmea de mosquito pode depositar ovos nele, e, depois de alguns dias ou semanas, podem sair desse recipiente, muitos novos mosquitos.

Esses são os fluxos que queremos estudar, trabalhar ou interromper (no caso do controle da dengue, por exemplo). Mas esses mosquitos e os recipientes não são importantes por si só. Vão ser mais perigosos se estiverem em um lugar onde existam pessoas já doentes (infectadas pelo vírus da dengue), pessoas não doentes (suscetíveis) e se essas pessoas estiverem próximas umas das outras. Somente assim a dengue pode ser transmitida: se houver um criadouro de mosquitos, se o vírus estiver presente no território, com alguma pessoa doente ou portadora do vírus, e se existirem outras pessoas próximas do caso de dengue que sejam também picadas pelo mosquito. Assim, o trabalho de vigilância em saúde não pode se restringir a um só problema, como os recipientes com água parada. É preciso ver essas ações dentro do seu contexto.

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Podemos afirmar que a doença é uma manifestação do indivíduo e a situação de saúde é uma manifestação do lugar, pois os lugares e seus diversos contextos sociais, dentro de uma cidade ou região, são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças (Barcellos 2000).

Isso quer dizer que um objeto pode ser ou não perigoso dependendo de onde e como ele está, isto é, do seu contexto. O contexto são as condições objetivas e subjetivas da vida de um lugar, que podem influenciar ou condicionar de forma direta ou indireta as pessoas e objetos, dependendo de como elas estão localizadas no território, do ponto de vista social, econômico, político, cultural etc.

As ações de saúde devem, assim, ser guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios da vida cotidiana que definem e conformam práticas adequadas a essas singularidades, garantindo com isso uma maior e mais provável aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva nos diversos lugares onde a vida acontece.

Cada território tem uma população. Mas isso não quer dizer que ela esteja uniformemente distribuída no território. As principais diferenças de populações dentro de um território são as populações rurais e urbanas. Nas áreas urbanas, o povoamento é mais denso, e nas rurais, mais disperso e rarefeito. Isso pode ser percebido por meio de indicadores, como a densidade demográfica, mas também através da observação dos modos de vida. As pessoas, nessas áreas, vivem e trabalham de formas bastante diferentes.

Em geral, a localização de populações em um território não é uma escolha das pessoas. Participam desse processo a história da ocupação e apropriação do território, e as desigualdades sociais, que têm o efeito de juntar os semelhantes. Dessa forma, em uma cidade, a urbanização será mais ou menos completa, segundo as circunstâncias da vida das pessoas, como o nível econômico e a sua inserção nos processos produtivos. Assim, mesmo em um município em que toda a população é urbana, podem ser identificadas grandes desigualdades, de forma que, nos melhores lugares,

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

do ponto de vista ambiental e de infra-estruturas de saneamento, redes de transporte e outras, localizam-se as famílias com mais recursos econômicos – os grupos de classes altas. Para aqueles mais pobres, restam os lugares de piores condições para a urbanização, em geral distantes ou mal servidos. Este processo é denominado segregação espacial. Segregar quer dizer separar ou isolar, portanto a segregação espacial é uma separação que se realiza no espaço geográfico. Nas cidades brasileiras, coexistem condomínios ou residências de alto padrão construtivo e de serviços, com outros espaços de moradias improvisadas, com grandes restrições no acesso a serviços.

Todos nós vivemos em vários níveis do território, ou seja, no Brasil, no estado do Amazonas, no município de Coari; ou no estado do Rio de Janeiro, no município de Duque de Caxias; ou no estado do Rio Grande do Sul, no município de Caxias do Sul. Mas as nossas condições de vida e de saúde não são condicionadas pelo estado, nem tanto pelo município. Essas condições dependem muito mais dos espaços próximos que utilizamos todo dia, isto é, dos lugares onde desenvolvemos nossas atividades cotidianas.

Podem também existir características comuns a uma grande maioria das pessoas que vivem num estado ou em uma região, e que também condicionam as condições de vida e saúde. Por exemplo, na região Norte (Amazônia), consome-se muito peixe, e na região Sul, bebe-se vinho. Essas são especificidades da dieta de grande parte da população de cada uma dessas regiões, assim como as condições de clima. Na região Norte, as variações de temperatura são pequenas, quase sempre faz calor. No Sul, existem épocas do ano de muito frio e outras épocas de muito calor. Essas populações estão expostas a diferentes problemas de saúde. E essas diferenças devem ser reconhecidas para que possamos atuar sobre os seus determinantes.

Além das questões ligadas ao clima e hábitos da população, persistem no Brasil grandes desigualdades de renda. Essas desigualdades também têm conseqüências importantes para as condições de saúde. Por exemplo, enquanto alguns municípios têm problemas de saneamento, devido à pequena capacidade de investimento, outros têm melhores condições. Estas diferenças se refletem no perfil epidemiológico da população.

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Recursos Comunitários e Regras Sociais: ferramentas para o reconhecimento do território

Para compreendermos os contextos sociais onde acontecem as relações humanas e que interessam particularmente para as análises de situação de saúde, precisamos entender as práticas cotidianas baseadas em determinadas regras sociais e recursos implicados na relação entre pessoas e coletividades.

Os recursos que sustentam a reprodução da vida social podem ter uso comum, pelo coletivo social no território, estabelecido nos fluxos de pessoas e de materialidades (mercadorias, por exemplo), e equipamentos sociais. Os recursos individuais são relativos às condições do domicílio e às instalações sanitárias da habitação. O nível de rendimento individual em determinadas faixas de renda se materializa nestas condições do domicílio e na posse de equipamentos domésticos e de alimentação, que, por sua vez, podem condicionar regras específicas de comportamento.

Os recursos coletivos compreendem um “conjunto dos sistemas naturais, herdados por uma determinada sociedade e os sistemas de engenharia, isto é, objetos técnicos e culturais historicamente estabelecidos” (Seabra & Leite, 2000: 26), são apenas condições. Sua significação real para a vida social advém das ações realizadas sobre eles. São objetos naturais e criados que possuem a característica de estabelecer a conexão material e social das pessoas, promovendo ou limitando as ações humanas (Santos, 1999).

Para as ações de vigilância em saúde, por exemplo, os objetos geográficos relevantes são: as características de ocupação do lugar (estradas e ruas, caminhos, sistemas de esgoto e de água, terrenos baldios, depósitos de lixo, núcleos habitacionais – domicílio, novos assentamentos e ocupações) e suas condições ecológicas e geomorfológicas (áreas de florestas e desmatadas, a fauna, flora, relevo, hidrografia e clima).

Os recursos e suas regras de uso referem-se, portanto, às condições materiais necessárias à subsistência humana, relacionadas à habitação, trabalho e renda, alimentação, saneamento básico, recursos sociais, econômicos e culturais, dos serviços de saúde e de educação, de opções de lazer e de organização sociopolítica. Esses recursos básicos, como vimos antes, configuram regras que se materializam em práticas sociais cotidianas.

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Para compreender as ações das pessoas e suas práticas no dia-a-dia, deve-se identificar como a vida acontece a partir do nível mais local, isto é, dos seus objetos-domicílio.² A vida cotidiana é formada por suas identidades, seus recursos e regras, integradas socialmente a outros espaços da comunidade mais próximos, como, por exemplo, as unidades de saúde e outros objetos construídos como recursos socioculturais de integração social e com o sistema como um todo (instituições, firmas, governo municipal, estadual e federal, por exemplo) ou locais para rotinas socioculturais principais, como, por exemplo, as igrejas, entidades civis (associações de mães, moradores etc) clubes e outros. Incluem-se aqui também os objetos para produção, como as indústrias, depósitos, postos de comércio, assim como os espaços específicos para propiciar a circulação de pessoas e materialidades (ruas, estradas, pontes etc).

Os agrupamentos populacionais podem apresentar contextos de uso de recursos, que condicionam, muitas vezes, determinados comportamentos e práticas. O que devemos observar é que o território socialmente usado adquire características locais próprias, em que a posse de determinados recursos expressa a diferenciação de acesso aos resultados da produção coletiva, isto é, da sociedade.

Isso permite dizer que o território "refletiria as posições ocupadas pelas pessoas na sociedade e é consequência de uma construção histórica e social, sendo, por isso, capaz de refletir as desigualdades existentes" (Albuquerque, 2001: 613). Indica com isso que os "hábitos e comportamentos considerados como fatores causais ou protetores para essas doenças ou eventos, tais como fumo, alimentação, agentes tóxicos, uso de preservativos etc, parecem circular de forma diferenciada em grupos populacionais" (p. 613). Essa abordagem, portanto, possibilita distinguir níveis e perfis de risco e de 'vulnerabilidade' decorrentes das desigualdades sociais.

O reconhecimento do território na escala do cotidiano não exclui também a identificação de relações com outros níveis de decisão, fora dos limites territoriais, que podem influenciar a vida social local. Um exemplo dessa influência é a presença de grandes empresas multinacionais. A ação global exercida por firmas globais escolhe frações do mundo sobre a qual deseja atuar, e as firmas globais interferem decisivamente na vida social local. Estes efeitos po-

² Sobre o domicílio no contexto da saúde da família, ver Abrahão e Lagrange, texto "A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio" no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

dem trazer inúmeros problemas de saúde, tanto diretos pela emissão de poluentes como indiretos, devido à ação desestruturadora de tradições e redes sociais locais, já que os fluxos que caracterizam estes empreendimentos (transporte de cargas, mão de obra etc), muitas vezes de grande porte, podem ter efeitos avassaladores sobre a vida social local. Em contrapartida, a partir da localização territorial de problemas de saúde, pode-se apreender o feixe de relações que caracterizam a situação-problema.

Apesar da importância do nível local para a análise e planejamento de ações de saúde, também devemos considerar outros níveis de determinação dos problemas de saúde. A região é um desses níveis. Existem regiões com mais ou menos recursos e regiões que apresentam condições particulares de risco. A esquistossomose, por exemplo, é um problema mais freqüente na faixa litorânea da região Nordeste. Um agente de saúde que trabalha no nível local, em um dos municípios dessa região, precisa saber que está em uma zona de risco, mesmo que não tenham sido observados casos da doença em seu município. Além disso, qualquer ação de controle da doença precisa envolver toda a região. Se isso não acontecer de forma articulada, a doença pode retornar. No caso da esquistossomose, como em diversos outros problemas de saúde, a transmissão é promovida por uma combinação de fatores que existem e persistem naquela região, como a pobreza, a falta de saneamento, o difícil acesso a serviços de saúde e as condições climáticas favoráveis.

Outros 'determinantes' têm origem ainda mais remota, bem longe do local de trabalho dos agentes, mas podem influir sobre as condições de saúde. Esse é o caso do acesso aos medicamentos para a Aids. Esse assunto, que envolve a produção e comércio de insumos de saúde, tem sido discutido em comissões internacionais, e o Brasil tem tido uma posição de garantia da gratuidade e universalidade das terapias anti-retrovirais como política de tratamento de doentes e redução da transmissão do HIV.

Delimitação e Uso do Território pelo Poder Público nas Ações de Saúde

Como vimos, todos nós vivemos em um espaço geográfico, desenvolvemos nossas vidas em lugares, que são também territórios. Apesar dos muitos conceitos ou representações que possamos ter, o território está

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

sempre relacionado a uma área delimitada onde a vida acontece, submetida a certas inter-relações, regras ou normas.

No entanto, a adoção de um limite territorial para analisar e atuar, por exemplo, sobre as condições ambientais e de saúde, é reconhecidamente artificial. Nem o ambiente pode ser completamente constricto dentro dos limites de um território, nem os processos sociais se restringem a esses limites. Podemos falar da qualidade da água de um bairro, mas sabemos que a água não é do bairro. Ela vem de uma fonte de abastecimento, é tratada ou não, é distribuída para vários bairros e, às vezes, várias cidades. Mas, para atuar sobre o problema da qualidade da água, devemos pensar no bairro como um território que tem uma população que está sob risco e que tem uma organização política, que pode ajudar a resolver seus problemas. Além disso, o território é, na maior parte das vezes, utilizado como estratégia para a coleta e organização de dados sobre ambiente e saúde, mas se deve manter claro que os processos sociais e ambientais transcendem esses limites. É importante obter relatórios, analisar e atuar sobre estes territórios, mesmo sabendo que os problemas, na maior parte das vezes, não estão limitados a este território.

As doenças transmissíveis de pessoa para pessoa, como a gripe, a meningite, o sarampo, são bons exemplos. Fazemos estatísticas da situação destas doenças nos vários territórios do Brasil (bairros, municípios, estados etc.), mas sabemos que tais doenças podem se espalhar e que não obedecem aos limites destes territórios. O que procuramos fazer, no sentido das práticas de vigilância em saúde, é compreender onde estas doenças estão e que caminhos (percursos) podem tomar para poder prevenir situações de emergência. Não é por acaso que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) mantém postos de vigilância em portos e aeroportos. Estes lugares podem ser considerados estações por onde passam pessoas e mercadorias que representam perigo. Essas estações estão nas fronteiras, exatamente onde dois ou mais territórios se tocam.

Portanto, o primeiro problema para as ações de saúde é a delimitação dos territórios e a identificação dos poderes instituídos dentro destes territórios. A idéia de que estes territórios são fechados e autônomos é completamente artificial. Mas esta territorialização, que veremos mais adiante, serve, primeiramente, para organizar as práticas de trabalho da vigilância em saúde. Precisamos atuar sobre este território e, ao mesmo tempo, reconhecer que ele tem

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

um conteúdo social, político e ambiental e que tem uma população que pode sofrer conseqüências dos processos de produção e consumo sobre a sua saúde. Mas, além disso, precisamos lembrar que estes territórios estão ligados por redes em que as pessoas, as informações, energia e materiais circulam cada vez com mais intensidade e velocidade.

Geralmente, admite-se que o território representa um limite de poder ou de responsabilidade do governo ou de um setor. Trata-se, nesse caso, de divisões político-administrativas, ou puramente administrativas, que se traduzem em diferentes escalas ou níveis. Dessa forma, o território maior contém vários territórios menores e, portanto, existe uma hierarquia de territórios. Por exemplo, o território nacional é a extensão total da República Federativa do Brasil; os territórios estaduais (26 estados e um Distrito Federal) são áreas em que a República é fragmentada para facilitar a governabilidade, e os municípios (mais de 5.500) são fragmentações dos estados, que são subdivididos com a mesma finalidade. Hierarquia, nesse caso, não quer dizer mando, e sim uma articulação entre níveis de governo, cada um com sua escala de atuação e de responsabilidade. Um secretário de saúde estadual não 'manda' em um secretário municipal. Eles compartilham poderes de atuação em diferentes níveis de governo.³

Em alguns casos podem ser criados territórios com objetivos específicos para integrar áreas semelhantes em uma ou várias características. Por exemplo, no Brasil existem cinco regiões: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-oeste. Cada uma delas agrega vários estados. Existe outra maneira de criar territórios, como no caso do território que compreende a Amazônia Legal, que corresponde à área de influência do ecossistema amazônico. Nesse caso, foram integradas áreas relativamente homogêneas em seus aspectos naturais e socioeconômicos e que, além de conter áreas totais de vários estados, também compreende partes de outros estados, como o Maranhão e o Mato Grosso.

Os setores de governo podem criar territórios para fins administrativos, isto é, para facilitar a organização do seu trabalho. Esse é o caso da manutenção de telefones, da distribuição de energia ou mesmo dos processos eleitorais. O setor saúde também tem suas divisões territoriais no interior dos estados e

³Sobre a discussão de atribuições dos diferentes níveis de gestão, ver Machado, Lima e Baptista, texto "Configuração institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

municípios, que podem não ter limites claros, e em geral obedecem a critérios de equilíbrio das populações a serem atendidas pelo Sistema de Saúde.

Essas divisões e subdivisões territoriais são espaços de poder, de domínio público ou privado, seja ele de caráter administrativo, gerencial, econômico, político, cultural, ou religioso, dentre outros. Esse poder existe também nas redes de relacionamento humano que se constroem no espaço. Mesmo que não seja visível, ainda que não se exerça de forma organizada, ou as pessoas não sejam conscientes dele, o poder das populações pode ser estabelecido por intermédio das atividades cotidianas. Por isso, a importância de que todos estejam cientes de suas potencialidades, do que são capazes de fazer para melhorar as realidades em que vivem.

Os territórios são, portanto, espaços e lugares, construídos socialmente. São muito variáveis e dinâmicos, e a sua peculiaridade mais importante é ser uma área de atuação, de fazer, de responsabilidade.

O território é sempre um campo de atuação, de expressão do poder público, privado, governamental ou não-governamental e, sobretudo, populacional. Cada território tem uma determinada área, uma população e uma instância de poder.

Grande parte da chamada Reforma Sanitária brasileira foi assegurada pela implantação de normas que garantiram princípios de universalidade, integralidade e equidade do sistema de saúde. A universalidade é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão. A integralidade da atenção prevê o atendimento do cidadão com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação oferecidas pelo sistema de saúde. A equidade é a garantia de ações e serviços em todos os níveis de acordo com a sua complexidade, sem privilégios e sem barreiras.⁴

Dentre os princípios organizativos, destacam-se: a descentralização da gestão do sistema, a regionalização e hierarquização dos serviços, a participação da comunidade e o caráter complementar do setor privado. Esses princípios foram operacionalizados por meio da publicação da Norma Operacional de Atenção à Saúde (Noas-SUS de 2001). A Noas (Brasil, 2001) prevê a organização de uma rede articulada e efetiva de serviços que integrem as capacidades de

⁴ Sobre os princípios e diretrizes do SUS, ver Matta, texto "Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

diversos municípios, de modo a alcançar economias de escala e evitar ineficiências do sistema. Além disso, assegura o acesso dos cidadãos a um conjunto de ações e serviços de saúde de uso mais freqüente o mais próximo possível de suas residências, recomendando o acesso a todos os demais níveis de assistência por meio de referências inter e intramunicipais.

A implementação desses princípios na rede de serviços é ainda um desafio aos gestores do sistema de saúde. Dentre as dificuldades enfrentadas para sua efetivação, pode-se destacar a profunda desigualdade social existente no país, a participação crescente dos serviços de atenção suplementar e a necessidade de regulação desse sistema, e finalmente a carência de informações e metodologias de análise que permitam comparar necessidades e oferta de serviços de saúde no nível local.

A demanda por serviços de saúde está diretamente relacionada à percepção que os indivíduos e as populações têm acerca de suas necessidades e problemas de saúde. Por outro lado, cada indivíduo ou grupo populacional específico (crianças, mulheres, idosos, homens, diabéticos, e outros) procura a rede de assistência à saúde tendo em vista as necessidades singulares de atenção e cuidado. Visto assim, as desigualdades no uso de serviços de saúde, ou seja, no ato de procurá-los, de ter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido, refletem tanto as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer como as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros. As necessidades de saúde possuem um forte diferencial dentro das cidades e dentro das regiões, dependente das condições gerais de vida da população e do acesso a serviços de saúde. Esses diferenciais geram fluxos de pacientes em busca de recursos, que devem ser avaliados e considerados no processo de alocação de serviços (Campos, 2003).

Para Peiter et al. (2006), os processos de descentralização e regionalização desencadeados com base em instrumentos regulatórios – normas operacionais-, vêm-se consolidando ao longo dos últimos anos, com a implementação das NOB/SUS (Norma Operacional Básica do SUS). Foram feitas, desde o início dos anos 90 do último século, várias tentativas para transferir as responsabilidades de saúde para os municípios. As NOB/SUS 01/91 e NOB/SUS 01/92 já enfatizavam a necessidade da descentralização das ações e serviços de saúde, porém foi a partir da NOB 01/93 que se elegeu a

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

municipalização como foco da atenção. Em 1996, foi criada a NOB/SUS 01/96, a qual redefiniria novas condições de gestão dos municípios (Gestão da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde), e estados (Gestão Avançada e Gestão Plena do Sistema Estadual). Ainda em vigor atualmente, esta norma vem possibilitando a expansão mais acelerada da rede de serviços municipais de saúde, e os gestores estaduais e federais passam a se constituir co-responsáveis pela assistência à saúde.

Em 2001, com a Noas-SUS (Norma Operacional de Assistência à Saúde), foi feito um movimento no sentido de estabelecer pólos regionais de saúde, na perspectiva de superar possível ineficiência na prestação de todos os níveis de assistência em cada município. A Noas alerta para a atomização dos serviços provocada pela municipalização e aponta para sua otimização, uma rede de serviços regionalizada. Nesse sentido, introduz como norma para o SUS um Plano Diretor de Regionalização (PDR) para o ordenamento do processo de organização da assistência à saúde, tendo como coordenador o gestor estadual. Para tanto, visa identificar as funções de cada município no sistema de saúde do estado e suprir as iniquidades na atenção à saúde, definindo um conjunto de ações de atenção básica, que devem ser incorporadas por todos os municípios, além do incentivo de criação de unidades referenciadas capazes de atender as demandas de saúde de um conjunto maior de pessoas, englobando um conjunto de municípios vizinhos.

A delimitação dessas regiões deve ter como critério um grau ótimo de resolutividade referente a cada território no que tange à suficiência em atenção básica e parte da média complexidade. Quando as necessidades e os problemas das populações extrapolarem a capacidade de resposta da região de saúde, a complementaridade da atenção (média e alta complexidade) deverá ser buscada com base em arranjos inter-regionais que agreguem as regiões em macrorregião de saúde. As regiões podem ter diferentes desenhos – intra-estaduais, compostas por mais de um município dentro do mesmo estado; intramunicipais, organizadas no interior de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional; interestaduais, conformadas por municípios limítrofes de diferentes estados, e de fronteira, composta por municípios limítrofes com países vizinhos.

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O Plano Diretor Municipal: instrumento para a criação de espaços saudáveis

O Estatuto da Cidade (lei federal 10.257, de 10 de julho de 2001), define o Plano Diretor Municipal como instrumento básico para orientar a política de desenvolvimento e de ordenamento da expansão urbana do município. A elaboração do Plano Diretor do município implica fazer o planejamento territorial para definir o melhor modo de ocupar o território, prever a localização de atividades e todos os usos do território, presentes e futuros. O Plano Diretor é um instrumento poderoso para projetar, da melhor maneira possível e de forma saudável, a ocupação do município.

A questão da delimitação territorial para a ação de responsabilidade pública e a compreensão de seu uso pela população cada vez mais se faz presente na implantação de planos diretores nas cidades. A participação de profissionais de saúde é fundamental no processo de elaboração do Plano Diretor e no monitoramento das transformações da sociedade e do território, de modo a identificar ações que possam ocasionar problemas e vulnerabilidades de saúde para a população.

Pelo planejamento territorial, pode-se converter o município em benefício para todos, permitir o acesso às oportunidades ao conjunto dos moradores, garantir condições satisfatórias para prover o desenvolvimento municipal, democratizando as condições para usar os recursos disponíveis de forma sustentável. O Plano Diretor pode contribuir para a redução das desigualdades sociais e territoriais porque redistribui os riscos e os benefícios da urbanização.

O objetivo fundamental é estabelecer como a propriedade cumprirá sua função social, de forma a garantir o acesso à terra urbanizada e regularizada, reconhecer a todos os cidadãos o direito à moradia e aos serviços urbanos na perspectiva de tornar-se um instrumento que introduz a concepção de desenvolvimento sustentável às cidades brasileiras.

O Plano Diretor deve ainda articular outros processos de planejamento, que envolvem ações no território e que tenham sido implementados no município e na região, como a Agenda 21, planos de bacia hidrográfica, zoneamento ecológico econômico, planos de preservação do patrimônio cultural, planos de desenvolvimento turístico sustentável, dentre outros.

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

AGENDA 21

É um instrumento de planejamento de políticas públicas, que envolve a sociedade civil e o governo em um processo amplo e participativo de consulta sobre os problemas ambientais, sociais e econômicos locais e o debate sobre soluções para esses problemas através da identificação e implementação de ações concretas que visem ao desenvolvimento sustentável local. (www.mma.gov.br)

ZONEAMENTO ECOLÓGICO ECONÔMICO

O Zoneamento Ecológico-Econômico (ZEE) é um instrumento para racionalização da ocupação dos espaços e de redirecionamento de atividades. Ele deve servir de subsídio a estratégias e ações para a elaboração e execução de planos regionais em busca do desenvolvimento sustentável. O Zoneamento Ecológico-Econômico tem sido a proposta do governo brasileiro para subsidiar as decisões de planejamento social, econômico e ambiental do desenvolvimento e do uso do território nacional em bases sustentáveis. Nesse sentido, ele tem por objetivo executar o zoneamento em diversas escalas de tratamento das informações e integrá-lo aos sistemas de planejamento em todos os níveis da administração pública.

PLANO DE BACIA HIDROGRÁFICA: Os planos de bacia hidrográfica, de caráter diretor, são elaborados em conformidade e coordenadamente com o Plano Estadual de Recursos Hídricos e têm por finalidade orientar a implementação de programas e projetos nas respectivas bacias, compatibilizando os aspectos quantitativos e qualitativos, de modo a assegurar que as metas e usos previstos no referido plano sejam alcançados simultaneamente com melhorias sensíveis e contínuas dos aspectos qualitativos dos corpos d'água.

PLANO DE PRESERVAÇÃO DO PATRIMÔNIO CULTURAL: O plano de preservação do patrimônio cultural prevê o zoneamento do território de modo a preservar os imóveis de arquitetura significativa para o patrimônio histórico, artístico ou cultural. Para tanto, são criadas as Zonas Especiais de Preservação do Patrimônio Histórico-Cultural (ZEPH), que são áreas formadas por sítios, ruínas, conjuntos antigos e edifícios isolados de relevante expressão artística, histórica, arqueológica e/ou paisagística, que requerem sua manutenção, restauração ou compatibilização com o sítio integrante do conjunto.

PLANO DE DESENVOLVIMENTO TURÍSTICO SUSTENTÁVEL: O Plano de Desenvolvimento Turístico Sustentável é um planejamento cujas estratégias são de indução ao desenvolvimento turístico local, que prevê a adoção de uma metodologia participativa, pela qual mobilizam-se recursos das comunidades, em parceria com atores da sociedade civil, de governos e empresas, em todos os níveis, para a realização de diagnósticos da situação de cada localidade, a identificação de potencialidades, a escolha de vocações e a confecção de planos integrados de desenvolvimento.

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Dentre essas iniciativas, destaca-se um dos mais importantes movimentos no campo da saúde pública nos últimos anos. Trata-se da promoção da saúde (que veremos no outro artigo), que tem, entre as suas propostas de intervenção, a criação de ambientes saudáveis por intermédio do movimento das 'cidades saudáveis'. A concepção de cidades saudáveis consiste em uma forma interessante de incorporar o conceito de promoção da saúde ao modelo de orientação das práticas de saúde ao propor como eixos de atuação a intersectorialidade e a participação e o fortalecimento comunitário. O movimento das cidades saudáveis tem enorme potencial em constituir-se em um princípio fundamental para orientar a elaboração de planos diretores municipais.

Conforme a geógrafa Maria Adélia de Souza (2004), a importância do lugar, no mundo atual, vem colocando em destaque o poder local, proporcionando uma atuação política por parte das pessoas tendo em vista a convivência cotidiana, com base na solidariedade. Ela acrescenta, ainda, que é justamente isso que possibilita construir lugares e práticas saudáveis.

Apesar de o conceito de cidade saudável ser mencionado desde o século XIX na Europa, surgiu como evolução conceitual no interior do movimento de promoção de saúde na América do Norte na década de 1980. Ao superar a idéia reducionista de educação sanitária, a Organização Mundial da Saúde (OMS) formula novas concepções pautadas no papel das cidades na promoção da saúde nos termos de políticas favoráveis à saúde, ou seja, considera cidade saudável aquela na qual os dirigentes governamentais enfatizam a saúde de seus cidadãos dentro de uma ótica ampliada de qualidade de vida. No caso específico da América Latina, essa concepção vem sendo difundida por meio do reconhecimento de sua potencialidade apesar de certa resistência na compreensão de seu significado e aplicação no campo da saúde pública.

Isso se deve a inúmeros fatores, entre os quais se destaca o fato de a cultura sanitária ter ainda como referência um modelo fragmentado biológico e pautado pela banalização da tecnologia, que se traduz nas estratégias de programas verticais. Ainda é muito incipiente uma compreensão mais adequada dos determinantes globais da saúde para criar essa nova cultura.

Mais especificamente no Brasil, acreditamos que, devido às características históricas e geográficas de construção da delimitação territorial dos municípios, o movimento tem-se definido através de municípios, e não apenas dentro

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

dos limites urbanos das cidades, expandindo assim estes limites para além das cidades-sede dos municípios. Para nós, isto potencializa as possibilidades de sua aplicação dada à importância das relações espaciais da cidade e seu entorno, muitas vezes rural, mais próximo e imediato. Estas populações do entorno cada vez mais vivem o cotidiano das cidades-sede, pois com a intensa urbanização do campo as pessoas que trabalham em atividades rurais vivem em áreas urbanas dos municípios.

Em um mundo em que a tendência à aglomeração no espaço vem-se verificando em um sistema econômico com intensa exclusão social, as pessoas criam para produzir, circular, consumir, viver e interagir em contextos heterogêneos com diferentes padrões de condições de vida. É a partir disso que pretendemos conduzir a aproximação do conceito de 'cidades saudáveis' como base para a elaboração de planos diretores municipais. Por meio de uma abordagem sobre o território usado, pretendemos superar o que consideramos como o nó crítico da intervenção no campo da saúde pública, que diz respeito à importância das condições de vida na determinação de problemas de saúde.

De acordo com Buss, Ferreira e Zancan (2002), o ponto-chave da proposta de Cidades Saudáveis é, em primeiro lugar, pôr em evidência as novas implicações da urbanidade e suas determinações quanto aos hábitos de vida e saúde das populações, além da mudança de estratégias no enfoque da saúde, tendendo a reforçar as ações locais e as organizações sociais, implicando fundamentalmente o papel da comunidade e seu fortalecimento nas decisões que dizem respeito à sua qualidade de vida.

A criação de ambientes saudáveis deve se dar dentro do âmbito de um novo entendimento de saúde e de um modelo assistencial pautado na promoção da saúde. Os conceitos devem ser instrumentalizados por categorias de análise, que tratam os diversos contextos de relações humanas de forma ampliada e complexa, direcionando as abordagens de modo que integrem a sociedade e seu território de vida. Com isso, é possível perceber as diferenças concretas, materializadas nas condições de vida e seus problemas, induzindo a uma flexibilização das soluções e maior proximidade com a realidade social, podendo assim elaborar o planejamento territorial do município de acordo com as reais necessidades e potencialidades locais.

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde: conceitos e estratégias

A partir da década de 1970, no contexto de grandes transformações sociais, políticas e culturais postas pelo processo de globalização, do esgotamento do paradigma biomédico e da mudança do perfil epidemiológico da população, sob o patrocínio da OMS, o ideário da promoção da saúde vem tendo uma crescente influência no processo de formulação das políticas públicas em diversos países do mundo (Monken et al., 2006).

No Brasil, a promoção da saúde tem-se apresentado como um eixo (Akerman, 2005) estruturante de várias propostas de mudança do modelo de atenção e de reorientação das práticas de saúde. Segundo Carvalho (2005), a promoção da saúde se faz presente na proposta da vigilância em saúde, sustenta o projeto das Cidades Saudáveis e suas diretrizes são partes estruturantes de vários projetos de reorganização da rede básica atualmente vinculados ao Programa de Saúde da Família (PSF).

De acordo com Buss, Ferreira e Zancan (2002), a promoção da saúde representaria uma estratégia de grande potencial para o enfrentamento de múltiplos problemas que interferem na saúde da população. Parte-se de uma concepção ampliada do processo saúde-doença e de seus determinantes e propõe-se a articulação de saberes técnicos e populares, além da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento. Apresenta, também, como estratégias centrais para a sua implementação, a constituição de 'políticas públicas saudáveis' e o 'desenvolvimento de habilidades pessoais'.

Mas cabe ressaltar que o projeto da promoção da saúde, além de ser uma formulação relativamente recente, não é um consenso no assim chamado 'campo da saúde coletiva'. Carvalho (2005), ao revisar publicações em importantes periódicos que tratam da saúde pública e artigos de consagrados pesquisadores, constatou uma 'miríade de opiniões' sobre a promoção da saúde.

No entanto, existe uma grande controvérsia tanto na compreensão quanto até mesmo na própria diferenciação entre os conceitos de promoção da saúde e o de prevenção. A origem pode estar, sobretudo, nas diferentes concepções das teorias sobre causas das doenças e no conceito de saúde delas derivadas. Até meados do século XX, a saúde vinha sendo definida em termos de ausência de

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

doença, como uma consequência do acúmulo e do avanço de uma imensa produção de conhecimento médico e tecnológico consolidando sua referência na biologia e na tecnologia.

De acordo com Buss, Ferreira e Zancan (2002), a promoção da saúde está relacionada a aspectos globais da comunidade – com maior expressividade fora da prática biomédica –, e a prevenção das doenças é uma atividade eminentemente biomédica. Estas duas noções baseiam-se em duas concepções ou paradigmas diferentes. A prevenção, por exemplo, está calcada na concepção de risco ou de probabilidade de se tornar doente, direcionando seus estudos e intervenções a grupos restritos.

Os mesmos autores acrescentam ainda que a idéia de promoção da saúde é antes de tudo um movimento social e de profissionais de saúde que, inicialmente, era entendido e caracterizado como um nível de atenção da medicina preventiva. Hoje, é compreendido mais em um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado.

Apesar de sabermos que é muito difícil, do ponto de vista operacional, separar estas duas noções, principalmente em países pobres, entendemos que, ao acrescentar a importância da influência das dimensões sociais, econômicas, políticas, históricas, espaciais e culturais, ampliamos o entendimento de produção da saúde e, assim, ao conceito de promoção da saúde.

De acordo com a Carta de Ottawa de 1986, este conceito está associado a uma série de princípios norteadores que o caracterizam.⁵ Primeiramente, como um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria), mas trata-se, sobretudo, de uma combinação de estratégias (do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e da parceria intersetorial) visando à responsabilização mútua para os problemas e as soluções.

Outro princípio a ressaltar na Carta de Ottawa é a valorização do conhecimento popular e da participação social decorrente deste saber, o que vem a consistir na base da formulação conceitual e das práticas da promoção da saúde. A criação de ambientes favoráveis à saúde, do 'entorno sadio' vem à tona com a iniciativa das 'cidades saudáveis'. Este campo implica o reconhecimento

⁵ Sobre o contexto de construção da proposta de atenção primária à saúde, ver Matta e Fausto, texto "Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas", no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre os diversos setores. A proteção e conservação do ambiente, o acompanhamento dos impactos e as mudanças no ambiente sobre a saúde e a criação de espaços que a favoreçam, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade passam, dessa maneira, a compor a agenda da saúde.

Outro aspecto importante encontrado na Carta de Otawa (1986) e também na Declaração de Sundsvall (1991) é o fato de ambas definirem o ambiente a partir de uma concepção ampla, abrangendo instâncias tanto físicas quanto sociais, econômicas, políticas e culturais. A criação destes ambientes mais favoráveis à saúde faz com que, principalmente em espaços menos desenvolvidos, onde os problemas de saúde das populações são mais evidentes, estudos sejam desenvolvidos no sentido de instrumentalizar o entendimento dos problemas e desenvolver as soluções possíveis.

As ações de promoção da saúde tratam de intervenções em situações de existência que expressam determinadas condições de saúde. Essas ações, geralmente intersetoriais, são estabelecidas através de processos de trabalho, que se concretizam em espaços sociais em que vivem as pessoas. Desse modo, a abordagem territorial tem-se mostrado útil para descrever estratégias e propor ações de promoção da saúde, destacando assim o espaço das cidades e das comunidades em geral e outros ambientes institucionais de encontros formais de pessoas, como o trabalho e as escolas, como campos mais frequentes de atuação para a promoção da saúde.

Tanto a idéia de empoderamento⁶ (como dizem os canadenses) ou, em outras palavras, o fortalecimento comunitário como a própria intersectorialidade, princípios básicos que sustentam a concepção da promoção da saúde, ajudam a incorporar ainda mais a questão do território no campo da saúde coletiva.

Em primeiro lugar, a abordagem territorial permite fazer ou implementar a integração entre os setores da gestão pública. Os diversos setores de atuação governamental na realidade não se integram, sequer conseguem se associar por si só. Cada um dos setores atua competitivamente em função de interesses que representam. Assim o setor saúde tem os seus interesses, bem como os demais setores – tais como o de transportes, a educação e a cultura –, com

⁶ A noção de empoderamento pode indicar tanto o desenvolvimento de habilidades individuais quanto coletivas, sentido este que fortalecemos no texto. No campo da saúde, são referências desta discussão: Gohn (2005), Mance (2004), Putnam (2000), Souza Santos (2000) e Sen (1997).

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

diferentes particularidades. O que na realidade integra os diversos setores é o território, portanto é necessário adotá-lo como categoria fundamental para a análise das condições de vida. Cada vez mais o território se torna um elemento precioso para a compreensão da dinâmica social, isto é, “da sociedade e seus territórios, sua história lá onde ela se faz” (Souza, 2004: 62) e, por conseguinte, fazer valer o reconhecimento do território e suas implicações na organização das ações de saúde. O geoprocessamento, como veremos mais adiante, a cartografia e as imagens de satélite são recursos técnicos que possibilitam e potencializam enormemente o reconhecimento do território e a organização das práticas de saúde.

Quando adotamos o território e o uso que as pessoas em cada lugar fazem dele, podemos visualizar de forma mais clara a complexidade, a inter-relação que existe entre as coisas que necessitamos para viver. O reconhecimento do território, neste sentido, torna-se um instrumento básico para a adoção de políticas de organização das ações de saúde.

Contudo, não podemos implementar políticas de saúde sem levar em consideração as especificidades de cada território, seja ele municipal, estadual ou federal. Promover a saúde instituindo programas setoriais ‘para todos’ pode vir a ser um equívoco. Políticas únicas, na maioria das vezes, não atendem às diversidades e particularidades territoriais. Normalmente, a localização dos serviços voltados para o social não se vale dessa análise do território, mas são conduzidas pelos interesses muitas vezes políticos eleitoreiros.

Portanto, não basta implementar ações setoriais, é preciso que se faça valer tudo aquilo que é necessário e fundamental para a vida humana em um determinado lugar. A interação e articulação entre todas as coisas é que fará daquele lugar um lugar bom para se viver, enfim, um lugar saudável (Souza, 2004).

Podemos encontrar também estreita relação entre as possibilidades da análise do uso do território e a implementação de ações na saúde coletiva, no que diz respeito ao ‘empoderamento’ (ou fortalecimento comunitário). Aqui, a questão local novamente emerge para fazer valer esta relação entre saúde e território.

O empoderamento, por sua vez, é a condição que uma pessoa, um grupo social ou uma comunidade tem de ampliar, sistematicamente, sua capacidade de empreender ações, negociar e pactuar com outros atores sociais a favor do

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

bem comum, como também de se fazer ouvir, de ser respeitada e de agir coletivamente para resolver problemas e suprir necessidades comuns.

Como vimos, os problemas de saúde não se resolvem somente através do setor saúde. Hoje, precisamos cuidar do território, da 'saúde do município', além da saúde das pessoas, e, para que isso aconteça, exige-se que as pessoas que lá vivem participem da definição dos problemas prioritários e de sua resolução, incluindo aqui também o reconhecimento das suas potencialidades. É a partir do fortalecimento da solidariedade local que podemos pensar as intervenções, tomando a população como sujeito, inserindo-a nos processos, estimulando o compartilhamento de decisões e a responsabilidade cidadã.

Para o geógrafo Milton Santos (1999), é paradoxal que o processo de globalização nos faça redescobrir a dimensão do corpo humano – que se revela como uma certeza materialmente sensível – ao mesmo tempo que intensifica a experiência da fluidez, da velocidade e a referência a lugares e coisas distantes. Esse movimento reconduziu a relevância da dimensão local nos processos de planejamento e intervenção e também, como não poderia deixar de ser, no cenário científico, aproximando os verdadeiros significados da realidade social através da consideração do cotidiano. Para ele, essa socialidade no cotidiano será tanto mais intensa quanto maior a proximidade entre as pessoas envolvidas. A proximidade local interessa, assim, não apenas como uma distância cartesiana entre objetos no território, mas como uma certa contigüidade física entre pessoas em uma mesma extensão, em um mesmo conjunto de pontos contínuos vivendo com a intensidade de suas inter-relações. Acrescenta, ainda, o autor que essas características fundam a escala do cotidiano, e seus parâmetros são a co-presença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização com base na contigüidade, reunindo na mesma lógica interna todos os seus elementos: pessoas, empresas, instituições, formas sociais e jurídicas e formas geográficas. O cotidiano imediato, localmente vivido, traço de união de todos esses dados, é a garantia da comunicação.

Dentro desta reflexão é que localizamos a importância da relação da solidariedade com a questão do território local para a implementação de políticas de saúde. A solidariedade é um atributo humano que se constrói, neste mundo de hoje, cada vez mais justamente nos lugares de vida. São as pessoas comuns que tomam a iniciativa da solidariedade, especialmente lá onde elas vivem.

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

No entanto, como diz a geógrafa Maria Adélia de Souza (2004), a solidariedade se manifesta sob diferentes formas: desde a mais generosa para ajudar aquele que precisa, até a solidariedade organizada para se relacionar politicamente com as instituições, com as empresas e os governos. É deste modo que poderemos inserir as pessoas nos processos de planejamento e intervenção, pois tudo isso passa a ser ingrediente de política pública, tornando assim fundamental a reflexão sobre a questão território e saúde como base das políticas de saúde.

No Brasil, a divulgação dessas propostas se encontra e se articula com o debate sobre os modelos de atenção à saúde, principalmente com a proposta de 'vigilância em saúde', um dos temas fundamentais que subsidiam a formulação de políticas e estratégias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Vigilância em Saúde como Modo Tecnológico de Organização do Trabalho no Território⁷

A expressão vigilância em saúde remete, inicialmente, à palavra vigiar. Sua origem – do latim *vigilare* – significa observar atentamente, estar atento a, atentar em, estar sentinela, procurar, campear, cuidar, precaver-se, acautelar-se (Holanda, 1999).

No campo da saúde, uma das dimensões da vida humana, estes termos se relacionam de diferentes formas, de acordo com a diversidade histórica, social, econômica e cultural. vigilância está historicamente relacionada aos conceitos de saúde e doença, presentes em cada época e lugar, às práticas de atenção aos doentes e com os mecanismos adotados para tentar impedir a disseminação das doenças. “A Vigilância, assim como a clínica e a medicina, é uma prática social e histórica, mesmo quando aparenta neutralidade e objetividade” (Meneghel; Gigante & Béria, 2002).

Desde os primórdios o homem estabelece práticas no intuito de manter a sua saúde. O isolamento é uma das práticas mais antigas de intervenção social relativa à saúde dos homens. Inicialmente, identificados com o caráter religioso que orientava as práticas de saúde na idade Média – que concebia a

⁷ Este item contou com a co-autoria do professor Carlos Batistella, igualmente autor de outros textos do presente livro.

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

doença como pecado, expiação, (Rosen, 1994; Scliar, 2002) –, a segregação e o afastamento do convívio social dos doentes/pecadores eram promovidos como forma de evitar que o mal se propagasse.⁸

No final da Idade Média, o modelo médico e político de intervenção que surgia para a organização sanitária das cidades deslocava-se do isolamento para a quarentena. Até o século XVII prevalece o modelo suscitado pela lepra, baseado na idéia da purificação religiosa e da purificação do espaço urbano, constituindo a medicina da exclusão, do exílio. Outro esquema médico-político foi estabelecido contra a peste. Nele, a quarentena, baseada na análise minuciosa da cidade, no registro permanente da saúde e da doença sobre o espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, constitui não mais um modelo religioso, mas militar. Não mais a purificação religiosa, mas a revista militar.

Três experiências iniciadas no século XVIII, na Europa, irão constituir os elementos centrais das atuais práticas da vigilância em saúde.

A medicina de Estado, surgida na Alemanha do século XVIII, com a organização de um sistema de observação da morbidade, com a normalização do saber e práticas médicas, a subordinação dos médicos a uma administração central e a integração de vários médicos em uma organização médica estatal.

A medicina urbana, com seus métodos de vigilância e hospitalização, por sua vez, não é mais do que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema político-médico da quarentena. Surgida na França, a higiene urbana tinha como preocupação central a análise das regiões de amontoamento que significassem ameaça à saúde humana, como os cemitérios e os matadouros, propondo sua realocação e o controle da circulação do ar e da água. Era a medicalização das cidades.

Por fim, com o desenvolvimento do proletariado industrial na Inglaterra, a medicina inglesa começa a tornar-se social por meio das leis dos pobres, cabendo destaque à de 1832. Caracterizada pela assistência e controle autoritário dos pobres, a implantação de um cordão sanitário que impunha o controle do corpo da classe trabalhadora através da vacinação, do registro de doenças e do controle dos lugares insalubres visava a torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes ricas (Foucault, 1982).

⁸ Sobre a construção histórica das práticas de saúde, ver Lima, texto "Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Até meados do século XIX, a saúde pública dispunha de poucos instrumentos para o controle de doenças. Os mais utilizados eram o isolamento e a quarentena. O desenvolvimento das investigações no campo das doenças infecciosas e da microbiologia resultou no aparecimento de novas e mais eficazes medidas de controle, entre elas a vacinação. Surge, então, em saúde pública, o conceito de vigilância, definido pela específica, mas limitada função de observar contatos de pacientes atingidos pelas denominadas 'doenças pestilenciais'.

Seu propósito era detectar a doença em seus primeiros sintomas e, somente a partir desse momento, instituir o isolamento. Em síntese, esse conceito envolvia a manutenção do alerta responsável e da observação para que fossem tomadas as medidas indicadas. Portanto, constituía uma conduta mais sofisticada do que a prática restritiva de quarentena.

No Brasil, o termo vigilância está presente no decreto do Príncipe Regente, de 1809, quando são propostas medidas de isolamento e de controle sanitário aos portos: "Da conservação da saúde pública; devendo haver todo o zelo, cuidado e *vigilância*, em que ela não perigues por contágio, (...)" (apud Brasil, 2005: 14).

O desenvolvimento da bacteriologia no fim do século XIX e a utilização de recursos que possibilitaram a descoberta dos microrganismos propiciaram a execução da vacinação antivariólica, iniciando uma nova prática de controle das doenças, com repercussões na forma de organização de serviços e ações em saúde coletiva (Brasil, 2005).

No Brasil, a medicina higienista começava a ganhar força e a pautar o planejamento urbano da maioria das cidades. Os problemas de saúde que aparecem como preocupação maior do poder público são as endemias e as questões gerais de saneamento nos núcleos urbanos e nos portos.

As campanhas contra a febre amarela, peste bubônica e varíola, assim como as medidas gerais destinadas à higiene urbana, caracterizavam-se pela utilização de medidas jurídicas impositivas de notificação de doenças, vacinação obrigatória e vigilância sanitária em geral.

Diversos termos utilizados pela saúde pública institucionalizada, tais como campanha, erradicação, controle, estratégia são expressivos de uma concepção militar das relações entre a sociedade e Estado. Assim, a 'eliminação do inimigo' foi traduzida no campo da saúde pública com a noção de 'erradicação', enquanto a idéia de 'controle' evoluiria para a noção de 'vigilância', correspon-

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

dente ao período da guerra fria. Assim a denominação 'vigilância epidemiológica' passou a ser usada mais amplamente a partir dos anos 50.

A partir da década de 1950, o conceito de vigilância é modificado, deixando de ser aplicado no sentido da observação sistemática de contatos de doentes para ter significado mais amplo, o de acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle.

Em 1963, Alexander Langmuir, epidemiologista norte-americano, conceituou vigilância em saúde como a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la.

Essa noção de vigilância, baseada na produção, análise e disseminação de informações em saúde, restringia-se ao assessoramento das autoridades sanitárias quanto à necessidade de medidas de controle, deixando a decisão e a operacionalização dessas medidas a cargo das próprias autoridades sanitárias (Waldman, 1998).

Em 1964, Karel Raska, epidemiologista tcheco, propõe o qualificativo 'epidemiológica' ao conceito de vigilância – designação consagrada no ano seguinte com a criação da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da OMS —, baseado no argumento de que a vigilância deveria ser conduzida respeitando as características particulares de cada doença, com o objetivo de oferecer as bases científicas para as ações de controle.

Em 1968, a XXI Assembléia Mundial da Saúde promove ampla discussão sobre a aplicação da vigilância no campo da saúde pública, que resulta em uma visão mais abrangente desse instrumento, com recomendação de sua utilização não só em doenças transmissíveis, mas também em outros eventos adversos à saúde (Waldman, 1998).

Um dos principais fatores que propiciaram a disseminação da vigilância como instrumento em todo o mundo foi a 'Campanha de Erradicação da Varíola', nas décadas de 1960 e 1970. Neste período, no Brasil, a organização do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – SNVE (1975), ocorre através da instituição do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças. Em 1976, é criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária ao passo que a Norma

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

MSGM 1565/94 define a organização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, estabelecendo a competência das três esferas de governo e as bases para a descentralização das ações e serviços de vigilância em saúde no âmbito do SUS. No caso da vigilância ambiental, começou a ser pensada e discutida, a partir da década de 1990, especialmente com o advento do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde – Vigisus (EPSJV, 2002: 90-111).

As discussões que se intensificaram a partir da década de 1990 em torno da reorganização do sistema de vigilância epidemiológica – que tornou possível conceber a proposta de ação baseada na vigilância da saúde – acabaram por influenciar novas propostas que surgiram na mesma época nos países industrializados, como as de vigilância ambiental em saúde pública (Thacker et al., 1996) ou de abordagem holística para a vigilância em saúde pública (Levy, 1996). É importante salientar que essas propostas continham pelo menos três elementos que deveriam estar integrados: 1) a vigilância de efeitos sobre a saúde, como agravos e doenças, tarefa tradicionalmente realizada pela vigilância epidemiológica; 2) a vigilância de perigos, como agentes químicos, físicos e biológicos que possam ocasionar doenças e agravos, tarefa tradicionalmente realizada pela vigilância sanitária; 3) a vigilância de exposições, por meio do monitoramento da exposição de indivíduos ou grupos populacionais a um agente ambiental ou seus efeitos clinicamente ainda não aparentes (subclínicos ou pré-clínicos), este último se coloca como o principal desafio para a estruturação da vigilância ambiental (Freitas et al., 2002; EPSJV, 2002).

O debate sobre a construção da vigilância em saúde se iniciou, no Brasil, no início dos anos 90 do último século, quando vários distritos sanitários em processo de implantação buscavam organizar os esforços para redefinir as práticas de saúde, tentando articular a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços (Teixeira, Paim & Villasbôas, 2000). Naquele momento, a preocupação incidia sobre a possibilidade de reorganizar a prestação dos serviços, buscando a integração das diferentes lógicas existentes: a atenção à demanda espontânea, os programas especiais e a oferta organizada dos serviços, com base na identificação das necessidades de saúde da população.

Com o desenvolvimento do Projeto Vigisus, a discussão acerca da vigilância em saúde se amplia, com intenso debate em diversos fóruns de saúde pública, possibilitando a consolidação da área, expressa na reorganização de

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

secretarias estaduais e municipais e no desenvolvimento de novas práticas que incorporam seus conceitos estruturantes – território/população, problemas de saúde, intersectorialidade e interdisciplinaridade.

Mais recentemente, são observados dois processos de institucionalização da vigilância no país: de um lado, a criação da Anvisa – autarquia vinculada ao Ministério da Saúde (Lei 9.782/99), que resultou na incorporação das competências e ações da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, adicionando novas missões, como a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados e do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares (PCIH); monitoramento de preços de medicamentos e de produtos para a saúde; atribuições relativas à regulamentação, controle e fiscalização da produção de fumígenos; suporte técnico na concessão de patentes pelo Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) e controle da propaganda de produtos sujeitos ao regime de vigilância sanitária.

De outro, em junho de 2003, o Ministério da Saúde cria a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), uma nova estrutura formada por todas as áreas técnicas do extinto Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), incluindo o Programa Nacional de Imunização (PNI), e pela reunificação dos programas e ações antes pulverizados no Ministério da Saúde, como o de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids, tuberculose, hanseníase, entre outros. O objetivo é o de aprimorar o combate, o controle e a prevenção de doenças no âmbito do SUS, bem como subsidiar a elaboração de políticas públicas e avaliar o impacto de programas e ações do ministério.

Essa fragmentação, observada na institucionalização das ações de vigilância, também é criticada no âmbito de sua construção conceitual. Para Paim (2003), não parece recomendável utilizar, para o caso da vigilância em saúde, o conceito de 'campo científico', elaborado por Pierre Bourdieu.⁹ A vigilância em saúde re-

⁹Para Bourdieu, o campo científico, como "sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores), é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial. O que está em jogo especificamente nessa luta é o monopólio da autoridade científica definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou, se quisermos, o monopólio da competência científica, compreendida enquanto capacidade de falar e de agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado" (Bourdieu, 1983: 122-123).

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

quer certa reflexão teórica e epistemológica, antes de ser aceita como 'campo científico'. Deve ser entendida, segundo Paim, como área ou âmbito de conhecimentos e de práticas. É uma proposta de ação que articula saberes e práticas.

De acordo com Teixeira, Paim e Villasbôas (1998), o sistema de saúde brasileiro, após a constituição de 1988, vem buscando construir modelos de atenção que respondam de forma eficaz e efetiva às reais necessidades da população brasileira, seja em sua totalidade seja em suas especificidades locais. Os modelos ainda hegemônicos atualmente – o médico-assistencial, pautado na assistência médica e no hospital, e o modelo sanitarista, baseado em campanhas, programas e em ações de vigilância epidemiológica e sanitária – não conseguem mais responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde que circunscrevem o cidadão comum nesse início de século.¹⁰

A busca por modelos alternativos que, sem negar os anteriores, conjuguem as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a outras formas de cuidado voltadas para qualidade de vida das coletividades, incorporando atores sociais antes excluídos do processo de produção da saúde, é estratégica para superar o ciclo biologicista, antropocêntrico, medicalizante e iatrogênico em que se encontra o sistema de saúde há quase um século.

A partir daí, outras três vertentes passam a apontar diferentes concepções em torno da noção de vigilância em saúde: uma primeira que a entende como sinônimo de análise de situações de saúde, embora amplie o objeto da vigilância epidemiológica, abrangendo não só as doenças transmissíveis, mas não incorporando as ações voltadas ao enfrentamento dos problemas. A segunda concebe a vigilância em saúde como integração institucional entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária, resultando em reformas administrativas e, em alguns casos, no fortalecimento das ações de vigilância sanitária e na articulação com os centros de saúde.

Por fim, a terceira noção coloca a vigilância em saúde como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, organizando processos de trabalho em saúde sob a forma de operações, para enfrentar problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos. Estas operações devem se dar em territórios delimitados, nos diferentes períodos do processo saúde-doença, requerendo

¹⁰ Sobre a discussão de modelos de atenção, ver Silva Junior e Alves, texto "Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas", no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

a combinação de diferentes tecnologias.

Nesta última concepção, são revistos os sujeitos, os objetos, meios de trabalho e as formas de organização dos processos de trabalho envolvidos (Quadro 1).

Quadro 1 – Modelos assistenciais e a vigilância em saúde

| Modelo | Sujeito | Objeto | Meios de trabalho | Formas de organização |
|---------------------------------------|---|--|--|--|
| Modelo médico-assistencial privatista | Médico especialização complementar de (paramédicos) | Doença (patologia e outras) Doentes (clínica e cirurgia) | Tecnologia médica (indivíduo) | Rede de serviços de saúde Hospital |
| Modelo sanitarista | Sanitaristas Auxiliares | Modos de transmissão Fatores de risco | Tecnologia sanitária | Campanhas sanitárias Programas especiais Sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária |
| Vigilância da saúde | Equipe de saúde População (cidadãos) | Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho) | Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias | Políticas públicas saudáveis Ações intersetoriais Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação) Operações sobre problemas e grupos populacionais |

F

A vigilância em saúde, entendida como rearticulação de saberes e de práticas sanitárias, indica um caminho fértil para a consolidação do ideário e princípios do SUS. Apoiada no conceito positivo do processo saúde-enfermidade, ela desloca radicalmente o olhar sobre o objeto da saúde pública – da doença para o modo de vida (as condições e estilos de vida) das pessoas.

Entendida como uma ‘proposta de ação’ e uma ‘área de práticas’, apresenta as seguintes características: intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras;

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

atuação intersetorial; ação sobre o território; e intervenção sob a forma de operações (EPSJV, 2002).

Fundamentada em diferentes disciplinas (epidemiologia, geografia, planificação em saúde, ciências sociais, pedagogia, comunicação etc.), a vigilância em saúde recorre a uma 'associação de tecnologias' (materiais e não materiais) para enfrentar problemas (danos e riscos), necessidades e determinantes socio-ambientais da saúde. Enquanto combinação tecnológica estruturada para resolver questões postas pela realidade de saúde, tem sido reconhecida como um 'modelo de atenção', ou como um 'modo tecnológico de intervenção em saúde' (Paim, 2003), ou uma via para a construção e a implementação da diretriz da integralidade (Campos, 2003).

Suas ações vão buscar no entendimento das desigualdades sociais modos pertinentes para intervir sobre o adoecimento das populações. Portanto, necessita de outro aporte conceitual para compreender a dinâmica das relações sociais que produzem na heterogeneidade econômica e social brasileira a saúde ou a doença.

Essa nova visão da saúde como uma acumulação social é expressa em um estado de bem-estar que pode indicar acúmulos positivos e/ou negativos. Portanto, compreende que a dinâmica das relações socioambientais estabelecidas em uma população e em um território é o que define suas necessidades de cuidados à saúde.

Partindo do conceito ampliado de saúde (Brasil, Art. 196 da Constituição Federal, 1988) ela se distancia da idéia de morte para se aproximar do entendimento de qualidade de vida, como um ponto de encontro, um produto social em permanente transformação. Para tanto, propõe mudanças radicais, que vão desde: a) a concepção do processo saúde-enfermidade – de negativa para positiva; b) do paradigma sanitário – de flexneriano para a produção social da saúde; c) das práticas em saúde – da atenção médica para a vigilância em saúde; d) de uma nova ordem governativa da saúde nas cidades – da gestão médica para a gestão social (Mendes, 1993).

Nesse sentido, a vigilância em saúde pode ser colocada como eixo de um processo de reorientação dos modelos assistenciais do SUS (Teixeira; Paim & Villasbôas, 1998), o que justifica sua importância para os processos de descentralização e municipalização da gestão e das ações de saúde.

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O conceito de interdisciplinaridade imanente à vigilância em saúde reconstrói para o campo da saúde pública a possibilidade de pensar e fazer saúde com base no contexto de cada realidade social, em que os acontecimentos que afetam a qualidade de vida das populações são decorrentes de interações e situações diversas. Dessa forma, necessita, para sua apreensão, de um olhar plural sobre a realidade e os fatos.

Essa reconstrução cognitiva acerca dos problemas de saúde, ao mesmo tempo que afirma a complexidade e a dinâmica da vida cotidiana, indica o espaço local como lugar singular para transformações das práticas em saúde. Significa que as respostas a serem buscadas deverão refletir a realidade e se embasar em diferentes campos do saber, colocando para o trabalhador de saúde uma reflexão constante sobre o quê, como e com quem fazer.

A complexidade se expressa em diferentes territórios, resultado das relações sociais de produção, que se traduzem nas condições de vida e situação de saúde de populações específicas. A noção de território trabalhada na vigilância em saúde, como vimos anteriormente, é aquela derivada do pensamento de Milton Santos (1996), que o entende como um conjunto indissociável de sistema de objetos e ações, em permanente interação, possibilitando aos atores sociais a construção diferenciada de significados. O reconhecimento desses significados, por intermédio do processo de territorialização de informações, é estratégico para a reorganização das práticas sanitárias locais na perspectiva da melhoria da qualidade de vida das populações.

O pensar sistemático sobre o conhecimento, o objeto e o trabalho em saúde dá suporte para a operacionalização do trinômio 'informação-decisão-ação', dimensões estratégicas para o planejamento, uma vez que coloca, tanto para o diagnóstico quanto para a ação, a importância do olhar de cada ator social sobre o seu cotidiano. Assim, os processos de trabalho da vigilância em saúde apontam para o desenvolvimento de ações intersetoriais, visando responder com efetividade e eficácia aos problemas e necessidades de saúde de populações e de seus contextos geradores.

Cabe ressaltar que modelos assistenciais, na concepção assumida pela proposta da vigilância em saúde, correspondem ao 'conteúdo' do sistema de serviços de saúde, e não ao seu 'continente'. Como dizem respeito ao cuidado e à atenção, apontam para o modo pelo qual as pessoas e a população interagem com o sistema de saúde. Assim, os cidadãos, usuários ou consumidores não se

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

relacionam diretamente com a infra-estrutura, com o financiamento, com a organização ou com a gestão. Esses componentes do sistema de serviços de saúde, por mais fundamentais que sejam para estudiosos, pesquisadores e gestores, representam dimensões abstratas para a população. O que esta percebe, concretamente, é a atenção, o cuidado, o serviço prestado. E a vigilância em saúde, ao combinar tecnologias de diversas ordens, requalifica tal conteúdo ao articular ações voltadas para a promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação, sob a forma de operações em um território definido. Logo, para fins de análise, cumpre distinguir modelos de atenção (conteúdo), modelos de gestão e modelos de organização de serviços (contínente).

Se 'modelos assistenciais' ou 'modelos de atenção' forem definidos como combinação de tecnologias ou práticas estruturadas em função de problemas e necessidades de saúde (e não como algo exemplar ou 'tipo ideal' que deveria balizar toda a atenção à saúde no Brasil), não parece pertinente admitir a construção de 'um novo modelo assistencial' para uma sociedade tão heterogênea como a brasileira. Ainda que inspirados pelas diretrizes da integralidade, participação e descentralização, estabelecidas pela Constituição de 1988 e pela legislação sanitária, os modelos de atenção em construção não podem ser únicos ('um'), mas distintos em função das relações sociais vigentes e dos diferentes problemas e necessidades da população deste imenso país.

Para Carvalho (2005), embora a corrente da vigilância em saúde venha contribuindo para a consolidação do SUS e aponte corretamente para a reorganização do modelo assistencial, é preciso indicar suas debilidades teóricas e práticas.

Para o autor, a vigilância em saúde tende a desconsiderar a importância do saber clínico acumulado ao longo da história, repetindo a contraposição entre um modelo centrado na saúde pública e um modelo centrado na medicina. Nesse sentido, a ênfase no papel da epidemiologia e do planejamento na determinação das necessidades de saúde e a pouca atenção dada, na organização dos serviços de saúde, ao papel da demanda espontânea aliada ao saber clínico, nos fazem refletir sobre o quanto essa abordagem é incapaz de responder adequadamente à temática das necessidades em saúde. Carvalho (2005) assinala ainda que a subordinação do universo do sofrimento à lógica dos fatores e condições de risco aponta para uma perspectiva estruturalista que não dá conta de responder ao complexo mundo das necessidades dos usuários. Em nome do

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

coletivo, a vigilância em saúde tende a desconsiderar os planos do desejo e do interesse individual que conformam o sujeito.

Por fim, a ênfase dada ao método epidemiológico na priorização dos problemas de saúde põe em questão a afirmação de que a vigilância da saúde teria como objeto a saúde, e não a doença. Ocorre uma contradição entre as premissas e suas estratégias. Por um lado, anuncia-se a necessidade de superação do paradigma biomédico mediante o paradigma da produção social da saúde e, por outro, delineiam-se estratégias que têm como eixo a epidemiologia, um saber construído tendo em vista o paradigma biomédico da prática clínica.

Outra vertente crítica diz respeito à intersetorialidade, tida como uma das formas de organização do processo de trabalho da vigilância em saúde. Para Lefèvre e Lefèvre (2004), esse raciocínio desloca a saúde de seu campo, promovendo ações e atitudes ingênuas, fantasiosas e voluntaristas. Se a saúde é resultante de uma soma de setores (habitação, emprego, renda, meio ambiente etc), a sua ação ficaria perdida em meio ao alto grau de generalidade da ação política global.

Vigilância em Saúde e a Atenção Básica: os territórios do Programa Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF) foi proposto em 1994 como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, baseada no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes. A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF. Essa tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (Pereira & Barcellos, 2006).¹¹

¹¹ Sobre o trabalho na Estratégia Saúde da Família, ver também Corbo, Morosini e Pontes, texto "Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde", no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Um dos termos largamente empregados para descrever a relação serviço-território-população é a adscrição, que diz respeito ao território sob responsabilidade da equipe de saúde da família (Brasil, 1997). Esta relação é explicitada em documentos que tratam da organização do programa, segundo os quais cada equipe teria a responsabilidade pela cobertura de uma área geográfica que contenha um número de famílias que possam ser acompanhadas pela equipe.

No que se refere à organização da atenção básica, fica evidente a intenção de demarcar territórios para regular e estabelecer normas para a atuação das equipes de saúde, traduzidas em expressões como espaço territorial, área de abrangência de unidade, adscrição de clientela e referência e contra-referência.

No caso da Estratégia de Saúde da Família (ESF), são definidos recortes territoriais, que correspondem à área de atuação das equipes, segundo agregados de famílias a serem atendidas (no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas), que podem compreender um bairro, parte dele, ou vários bairros, nas áreas urbanas ou em várias localidades, incluindo população esparsa em áreas rurais.

No PSF, o menor nível de atenção é a família. Os níveis maiores correspondem à microárea, área, segmento e município. A microárea é formada por um conjunto de famílias que congrega aproximadamente 450 a 750 habitantes, constituindo a unidade operacional do agente de saúde. A área no PSF é formada pelo conjunto de microáreas, nem sempre contíguas, onde atua uma equipe de saúde da família, e residem em torno de 2.400 a 4.500 pessoas. Em alguns documentos do PSF, define-se a área de atuação de uma equipe segundo o número de famílias entre 600 e 1.000 famílias (Brasil, 1997). A última unidade é chamada segmento territorial considerado um conjunto de áreas contíguas que pode corresponder à delimitação de um Distrito Sanitário, ou a uma Zona de informação do IBGE, ou a outro nível de agregação importante para o planejamento e a avaliação em saúde.

Como o programa focaliza o atendimento na saúde das famílias, está implícito um conjunto de ações intradomiciliares. Mas também é preconizada a atuação de vigilância em saúde sobre os ambientes comunitários, de reprodução social, pois estes determinam os problemas e as necessidades

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

sociais de saúde. A unidade espacial, que é a base territorial do sistema de saúde, é este território, que corresponde à área de abrangência de cada unidade básica de saúde.

Neste processo de delimitação de áreas, são identificados os seguintes territórios:

- TERRITÓRIO-DISTRITO – delimitação político-administrativa usada para organização do sistema de atenção;
- TERRITÓRIO-ÁREA – delimitação da área de abrangência de uma unidade de saúde, a área de atuação de equipes de saúde;
- TERRITÓRIO-MICROÁREA – área de atuação do agente comunitário de saúde (ACS), delimitada com a lógica da homogeneidade socioeconômica-sanitária;
- TERRITÓRIO-MORADIA – lugar de residência da família.

A 'territorialização', segundo estes princípios, é vista como uma etapa da implantação do Programa de Agentes Comunitários (Pacs) e do PSF. As equipes devem definir *a priori* a população a ser atendida, o que é colocado, inclusive, como requisito para o financiamento do programa pelo Ministério da Saúde. Este processo implica o cadastramento e adscrição de uma população a ser atendida por cada agente e ESF. Alguns requisitos importantes para a delimitação das áreas e microáreas do PSF são:

- A área deve conter um valor máximo de população de modo a permitir um atendimento às suas demandas de saúde (um agente de saúde deve ser responsável por no máximo 150 famílias ou 750 pessoas);
- A área deve conter uma população mais ou menos homogênea do ponto de vista socioeconômico e epidemiológico, caracterizando 'áreas homogêneas de risco';
- A área deve conter uma unidade básica de saúde (UBS) que será a sede da ESF e local de atendimento da população adscrita;
- Os limites da área devem considerar barreiras físicas e vias de acesso e transporte da população às unidades de saúde.

Este conjunto de requisitos torna a tarefa de definição das áreas um processo intrincado de administração de interesses por vezes contraditórios. Segundo estes requisitos, a área deve ser delimitada segundo critérios

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

populacionais, político-comunitários, fisiográficos, epidemiológicos e de organização dos serviços, que são de difícil convergência.

Como podemos observar no Quadro 2, cada um desses territórios constitui um objeto de ação diferenciado e se sustenta em campos de conhecimento distintos. A lógica de existência destes recortes diz respeito ao próprio objetivo de atuação: as práticas de saúde.

Quadro 2 – O território das práticas de vigilância em saúde no PSF

| Território | Lógica de existência | Extensão territorial | Objeto de Ação | Delimitação Territorial/ Fronteiras |
|--------------------|---|--|---|--|
| Distrito Sanitário | – 'caráter político-administrativo-assistencial' | – Município; Subprefeituras; regiões administrativas; bairros; consórcio de municípios; | Técnico-administrativo assistencial | – Físico-Jurídicas |
| Área | – Abrangência geográfica de Unidades de Saúde – 'caráter administrativo-assistencial' | – Entorno delimitado pelos fluxos de trabalhadores da saúde e da população; e pelas barreiras físicas; | – Organização básica da prática de assistência à demanda; | – Físico-jurídicas; |
| Microárea | – Homogeneidade socioeconômica-ambiental e sanitária-cultural – 'caráter socioeconômico-cultural-ambiental'; | – 'Áreas com relativa homogeneidade de condições de vida e situação de saúde'; | – Contexto de vulnerabilidade e em saúde – para a intervenção da Vigilância em Saúde; | – Condições de vida e situação de saúde; |
| Moradia | – 'Família nuclear ou extensiva'; | – Domicílio; – Habitação; – Condomínios; | – Vigilância em Saúde: hábitos sanitários e cidadania; | – Físico/jurídicas; |

A organização do sistema de saúde por meio de distritos sanitários tem como propósito organizar, no sentido político e técnico, a assistência em saúde em uma determinada extensão territorial. Esta extensão pode corresponder a

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

um município como um todo ou a um conjunto de subprefeituras, regiões administrativas, bairros ou de um consórcio de municípios definidos de acordo com determinados limites físicos reconhecidos por intermédio de normas e leis.

A área de abrangência de uma unidade de saúde e sua delimitação territorial define-se também através do critério técnico-administrativo, pois visa à organização da assistência em um determinado serviço de saúde com seus limites demarcados pela sua população adscrita, bem como pela extensão territorial de atuação da sua equipe de saúde. Geralmente, compreende um bairro ou uma parte dele, ou ainda um conjunto de bairros e localidades de um município.

Dentre os territórios definidos pelo PSF, a chamada microárea de risco constitui-se, sem nenhuma dúvida, a mais polêmica e de difícil definição quanto à sua delimitação territorial. Área prioritária para as ações do PSF tem como definição de sua extensão de intervenção as especificidades socio-ambientais, econômicas e culturais, que delimitam desigualdades territoriais. O PSF deve procurar atuar em territórios onde as condições de urbanização são piores do ponto de vista ambiental e de infra-estruturas de saneamento, redes de transporte, serviços públicos e de renda definidos através, portanto, das suas condições de vida e situação de saúde. São áreas 'segregadas espacialmente' que circunscrevem uma área de atuação para a equipe de saúde, por se tratarem de contextos de vulnerabilidade para a saúde.

O que caracteriza a existência do território da moradia é o próprio espaço da habitação, tendo como extensão territorial a delimitação do domicílio – casas (seus limites de terreno), apartamentos em condomínios residenciais, conjuntos habitacionais etc. Campo de atuação por excelência do PSF, os territórios da moradia delimitam problemas relacionados aos hábitos, comportamentos sanitários e posse de recursos individuais e de equipamentos domiciliares, como serviços de saneamento, eletrodomésticos etc. A análise da posse desses recursos e a forma precária ou não de utilização no contexto domiciliar irão definir os contextos de vulnerabilidade para a saúde dos moradores do domicílio.

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O Planejamento das Ações de Vigilância em Saúde e o Processo de Territorialização

O ponto de partida para a organização do trabalho das ações de vigilância em saúde é a territorialização do sistema local de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde (Teixeira; Paim & Villasbôas, 1998).

O processo de territorialização compõe uma das ferramentas básicas da vigilância em saúde, que é o planejamento estratégico situacional (PES).¹² O enfoque estratégico-situacional foi proposto originalmente pelo chileno Carlos Matus (Matus; Rivera & Javier, 1989) como possibilidade de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica, contemplando simultaneamente a formulação de políticas, o planejamento e a programação dentro de um esquema teórico-metodológico de planificação situacional para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde.¹³ Tem como base a teoria da produção social, segundo a qual a realidade é indivisível, e entende que tudo que existe em sociedade é produzido pelo homem.

O PES incorpora conceitos indispensáveis para pensar e fazer em saúde. Estes conceitos devem estar focados e se ater ao que afeta diretamente as diversas variáveis existentes nas condições de vida e situação de saúde dos territórios, que, por sua vez, condicionam os problemas de saúde. Com isso, esperamos que não aponte somente para as opções específicas da produção dos serviços de saúde.

Teixeira (1999) assinala quatro aspectos fundamentais a favor do uso do PES:

- O fato de o objeto do planejamento ser os problemas e as oportunidades reais de intervenção supera a fragmentação reducionista da realidade pelas disciplinas que se materializa conseqüentemente nos setores nos quais se organiza a intervenção;

¹² Os fundamentos teóricos do PES são baseados na teoria das situações e no pensamento estratégico (Matus, 1993).

¹³ Sobre planejamento em saúde, ver Abrahão, texto "Notas sobre o planejamento em saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- A concepção de processo constituído em momentos que não seguem uma seqüência rígida, o que possibilita uma articulação entre as experiências dos vários setores;
- A proposta de modularização do produto do planejamento que sintetiza os elementos do processo de trabalho previsto (objetivos; atividades, produtos, e resultados, responsáveis, participantes, prazos e recursos), que flexibiliza a organização, facilitando a intersetorialidade ao possibilitar a participação de distintos atores sociais;
- Estas propostas de gestão do plano e gerência de operações trazem embutidas uma teoria de governo que abre também interessantes espaços para mudança nas práticas institucionais, administrativas, democratizando as relações e intensificando as ações comunicativas entre dirigentes, técnicos e usuários dos serviços.

O caráter-base do objeto do planejamento é se remeter à concepção de situação. Esta concepção é entendida por Matus (1993) como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social, que não separa sujeito e objeto. Isto permite várias formas de planejamento, em que os atores sociais do processo tomam decisões e estabelecem ações voltadas à consecução dos seus próprios objetivos setoriais, que se defrontam com outras posições de outros atores.

Esta abordagem possibilita uma perspectiva interdisciplinar na análise dos problemas, abrindo chances ao diálogo entre os atores envolvidos e a identificação do que cada setor pode fazer no sentido da intervenção sobre os determinantes, condicionantes ou fatos que expressam os problemas. A operacionalização de ações intersetoriais exige um processo de planejamento e programação que materializa um espaço de poder compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas dos diversos atores envolvidos, estabelecendo uma instância de diálogo e pactuações para a efetivação da intervenção. Esta abordagem implica também a incorporação do enfoque por problemas, que são analisados por diversos ângulos, e que traduz a contribuição das instituições envolvidas no seu enfrentamento e solução.

Portanto, Teixeira (1999) argumenta que, para o desenvolvimento metodológico, o planejamento situacional deve incluir: a 'análise de situação' (identificação, priorização e análise dos problemas); o desenho da 'situação-

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

objetivo' para definição dos cenários prováveis; o 'Desenho de estratégias' para a definição de linhas de ação, análise de viabilidades das ações e a elaboração de projetos viabilizadores; e a 'programação' de uma série de passos operacionais que envolvem decisões e ações específicas.

No entanto, o PES tem de ser pensado de forma contínua e ascendente por meio de um território definido. Essa base territorial deverá conter as informações localizadas da situação de saúde e das condições de vida do território. A territorialização permite espacializar e analisar os principais elementos e relações de uma população, que determinam em maior ou menor escala seu grau de qualidade de vida.

A análise territorial implica uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problema naquela população e naquele território, indicando suas inter-relações espaciais. Possibilita, ainda, identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções. Isto permite a escolha de ações mais adequadas, apontando estratégias e atores que foram identificados no processo de pesquisa, que melhor as operacionalizem, e viabiliza o uso da epidemiologia como ferramenta poderosa para o planejamento por intermédio da microlocalização dos problemas de saúde.

Os mapas de saúde, que podem hoje em dia ser feitos com programas simples de geoprocessamento, permitem, entre outras funções, a comparação de taxas de incidência ou mortalidade em diferentes lugares, gerando hipóteses sobre causas. Além disso, os padrões espaciais de distribuição de determinado agravo são indicadores da maneira como cada território está estruturado demográfica, social e ambientalmente. Os fluxos de pacientes, do local de residência ao local de atendimento, podem ser visualizados por meio de mapas. Também fontes de contaminação ambiental podem ser detectadas pela concentração de agravos relacionados ao problema em torno do foco. Além disso, os mapas permitem localizar grupos populacionais segundo suas vulnerabilidades, contribuindo na orientação de medidas preventivas (Santos & Barcellos, 2006).

O poder público, ao planejar suas ações de saúde sobre populações específicas, pode estender, através do território, seu campo de atuação formal sobre os espaços, que, por sua vez, devem ser observados permanentemente, pois os territórios modificam-se conforme as dinâmicas das relações sociais, mudando ou não a correlação de forças existentes. Territorializando as condições concretas de vida e de saúde de grupos populacionais, eles próprios e as

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

autoridades de saúde podem reconhecer a situação de saúde, possibilitando assim elaborar práticas de saúde promotoras de melhor qualidade de vida.

A atenção voltada para a produção social da saúde das populações gera a necessidade de esclarecer as mediações que operam entre as condições reais em que ocorre a reprodução dos grupos sociais no território e a produção da saúde e da doença, tornando imperativo desenvolver estratégias de investigação, com seus correspondentes instrumentos de coleta e análise de informações que permitam traduzir os avanços teóricos em metodologias de análise.

Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a essa nova prática, é importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, pois estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersectorialidade. O território utilizado pela população pode ser assim operacionalizado, devido à concretude produzida pelas práticas humanas tanto as planejadas e inerentes às políticas governamentais de intervenção setorial como as práticas circunscritas à vida social cotidiana.

Portanto, a territorialização é um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas em vigilância em saúde, por meio da delimitação de áreas e microáreas do PSF previamente determinadas. A territorialização de atividades de saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas no interior do SUS, como o PSF, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e vigilância.

No entanto, em muitos casos, reduz-se o conceito de território, sendo este utilizado de uma forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção.

Segundo Eugênio Vilaça Mendes (1993), muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território do distrito sanitário ou do município, onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrati-

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

vo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza e se expressa em um território em permanente construção.

O reconhecimento desse território pelos profissionais de saúde, principalmente os que têm seu processo de trabalho essencialmente como agente de campo, intervindo na vida cotidiana de comunidades, é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas e necessidades de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população.

O processo de elaboração de diagnósticos territoriais de condições de vida e situação de saúde deve estar relacionado tecnicamente ao trinômio estratégico informação-decisão-ação (Teixeira; Paim & Villasbôas, 1998). A fase de informação faz parte do processo de obtenção de dados primários e de sua sistematização, com objetivo principalmente descritivo. As variáveis contidas em seus instrumentos de pesquisa, orientadas por categorias de análise, devem ser construídas visando à interpretação dos dados, conforme o arcabouço teórico-metodológico. As categorias escolhidas devem conduzir e facilitar o processo de tomada de decisão.¹⁴

Na fase onde a prática vislumbra a ação, as operações identificadas e planejadas são subsidiadas pelas fases anteriores, através da apreensão interativa da realidade territorial. Essa é uma prática transformadora e comporta o significado do território para os agentes deste processo, tanto os profissionais de saúde como os de outros setores de ação governamental, como também para a própria população. Trata-se de uma prática transformadora por reconhecer as diversas percepções existentes acerca do território e pelo fato de estabelecer uma base de ação onde o entendimento da vida social do território seja compre-

¹⁴ A discussão sobre informação no âmbito da atenção básica está contida em Keneth, Coeli e Moreno, texto "Informação e avaliação em saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, e ainda em Soares, Gomes e Moreno, texto "Sistema de Informação da Atenção Básica", no livro *Modelos de Atenção e Saúde da Família*, ambos nesta coleção (N. E.).

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

endido em sua essência por intermédio de uma construção própria com novos significados para os profissionais responsáveis.

Muitas vezes, nos diagnósticos de condições de vida e de situação de saúde, os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares são listados e tratados como conteúdos desarticulados do território analisado. Tradicionalmente, algumas análises de situação são realizadas descrevendo o conteúdo do território, tratado como mero receptáculo que contém determinadas características e aspectos.

Por isso, uma proposta de práticas de saúde baseada no território deve considerar os sistemas de objetos naturais e construídos pela sociedade, identificar os diversos tipos de ações no território, como são percebidos pela população, e até que ponto as regras de utilização dos recursos do território e da população promovem determinados hábitos, comportamentos e problemas de saúde, cujas características são passíveis de identificação.

Neste sentido, é importante que o reconhecimento dos contextos de uso do território possa identificar suas singularidades e seus problemas baseado em uma abordagem territorial, reconhecendo os usos e as diferentes apropriações do espaço feitas pela população bem como as suas implicações para a saúde coletiva.

Nesta abordagem, a reprodução social está relacionada diretamente com a reprodução material da vida cotidiana, traduzida pelas condições concretas de existência da população. Essa reprodução material produz contextos diversos em que a situação de saúde da população está relacionada às condições de vida. Estes contextos são constituídos por uma diversidade de usos, como reflexo de uma rede de interações diversas no âmbito sociopolítico-econômico-cultural-territorial implicados no processo social como um todo.

Por fim, a análise social no território deve ser construída de forma a contribuir na identificação de informações, para a operacionalizar as tomadas de decisão e para a definição de estratégias de ação nas "diferentes dimensões do processo de saúde-doença" (Teixeira; Paim & Villasbôas, 1998), ou seja, em termos das necessidades sociais; nos grupos de risco; na situação de exposição; nos danos e óbitos; seqüelas; e nas doenças e agravos. Estas dimensões não estão separadas, e sim relacionadas, e muitas vezes são causas, efeitos ou condições que direcionam para situações-problema com contextos muito particulares, dada a diversidade de uso do território pe-

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

los atores sociais. É deste modo, que o reconhecimento do território pode ser operacional para as ações de saúde, devido à sua concretude, sintetizando a totalidade social e suas particularidades.

Referências

- AKERMAN, M. *Saúde e Desenvolvimento Local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica*. São Paulo: Hucitec, 2005. v.1.
- ALBUQUERQUE, M. F. M. Debate sobre o artigo de Czeresnia & Ribeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 16: 612-613, 2001.
- BARCELLOS, C. Organização espacial, saúde e qualidade de vida. In: I SEMINÁRIO NACIONAL SAÚDE E AMBIENTE NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO, 2000, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. v.2. p.27-34. (Série Eventos)
- BOURDIEU, P. Gostos de classe estilos de vida. In: ORTIZ, R. (Org.) *Coleção Grandes Cientistas Sociais*. São Paulo: Ática, 1983.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1886/GM de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso (Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/01. Portaria MS/GM n. 95, de 26 de Janeiro de 2001). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Curso Básico de Vigilância Epidemiológica*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005.
- BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. & ZANCAN, L. *Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: a experiência em Manguinhos - RJ*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2002.
- CAMPOS, C. E. A. Os desafios da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2): 569-584, 2003.
- CARVALHO, S. R. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- EPSJV. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde. Projeto Político Pedagógico. *Termo de Referência para a Educação Profissional em Vigilância em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2002.

O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- FREITAS, C. M. et al. Segurança química, saúde e ambiente: perspectivas para a governança no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1): 249-256, 2002.
- GOHN, M. da G. *O Protagonismo da Sociedade Civil: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias*. São Paulo: Cortez, 2005.
- HOLANDA, B. A. *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1976. (Edição revista e ampliada em 1999)
- LEFÉVRE, F. & LEFÉVRE, A. M. C. *Promoção de Saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Vent, 2004.
- LEVY, B. S. Editorial: toward a holistic approach to public health surveillance. *American Journal of Public Health*, 86(5): 624-625, 1996.
- MANCINI, E. A. *Redes de Colaboração Solidária: aspectos econômicos-filosóficos – complexidade e libertação*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: Ipea, 1993.
- MATUS, C.; RIVERA, U. & JAVIER, F. *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989.
- MENDES, E. V. *Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1993.
- MENEGHEL, S. N.; GIGANTE, L. P. & BÉRIA, J. U. *Cadernos de Exercícios de Epidemiologia*. Canoas: Ulbra, 2002.
- MONKEN, M., & BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3): 898-906, 2005.
- MONKEN, M, et al. *Demandas de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST: elementos para a formulação de proposta didático-pedagógica voltada para a promoção à saúde da população do campo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (Projeto aprovado no Programa Estratégico de Apoio a Pesquisa em Saúde)
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Sundsvall. Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Suécia, 1991. Disponível em: <www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall.pdf>. Acesso em: 22 maio 2007.
- PAIM, J. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Revista de Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2): 557-567, 2003.
- PEITER, P. et al. Espaço geográfico e epidemiologia. In: SANTOS, S. & BARCELLOS, C. (Orgs.) *Abordagens Espaciais na Saúde Pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B – Textos Básicos de Saúde)

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

- PEREIRA, M. P. B. & BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia*, 2(2): 47-59, 2006.
- PUTNAM, R. *Comunidade e Democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 2000.
- ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Unesp, Abrasco, 1994.
- SANTOS, M. A *Natureza do Espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- SANTOS, S. & BARCELLOS, C. *Abordagens Espaciais em Saúde Pública*. Brasília: Ministério da Saúde, Fiocruz, 2006.
- SEABRA, C. M. & LEITE, J. C. *Território e Sociedade: entrevista com Milton Santos*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.
- SCLIAR, M. *Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: Senac, 2002.
- SEN, G. Empowerment as an approach to poverty. In: *Informe de Desenvolvimento Humano*. Bangalore: Pnud, 1997. (Documento Base)
- SOUZA, M. A. Uso do território e saúde: refletindo sobre 'municípios saudáveis'. In: SPERANDIO, A. M. G. (Org.) *O Processo de Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis*. 1.ed. Campinas: Ipes Editorial, 2004, v.2.
- SOUZA SANTOS, B. de. *A Crítica da Razão Indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.
- TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento em saúde. *Ciência e Tecnologia em Saúde Coletiva*, 4(2): 287-303, 1999.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. & VILLASBÔAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, 7(2): 7-28, 1998.
- TEIXEIRA, C.; PAIM, J. S. & VILLASBÔAS, A. L. (Orgs.) *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: ISC, 2000.
- THACKER, S. B. et al. Surveillance in environmental public health: issues, systems, and sources. *American Journal of Public Health*, 86(5): 633-638, 1996.
- WALDMAN, E. A. *Vigilância em Saúde Pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania)