



TERRITÓRIO URBANO, PODER E PRODUÇÃO DE DOENÇAS: IMPORTÂNCIA DA CATEGORIA TERRITÓRIO PARA A GESTÃO URBANA EM SAÚDE

Rivaldo Mauro de Faria

rivaldogeo@hotmail.com

Doutorando em Geografia/UNICAMP

Arlêude Bortolozzi

arleude@unicamp.br

Profa. Dra..Instituto de Geociências/UNICAMP

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo discutir a importância do território e da análise territorial para as práticas de controle, prevenção e promoção à saúde em áreas urbanas. Os usos do território conformam diferentes perfis territoriais que interferem direta ou indiretamente nas condições de saúde de um grupo social. Ao delimitar territórios com características particulares o setor saúde passa a atuar sobre as situações de saúde, permitindo antecipar a manifestação do agravo e, ao mesmo tempo, otimizar a alocação de recursos. Entendido como resultado/resultante das relações sociais de poder, o território pode ser tomado como o laboratório diagnóstico, pois permite entender os mecanismos sócio-espaciais que explicam o agravo e fornece informações essenciais para a prática da gestão urbana em saúde. As relações sociais de poder e a produção de doenças, a constituição de perfis territoriais de saúde, os usos e as funcionalidades do território são os principais aspectos discutidos no texto que visa contribuir para o debate cada vez mais ampliado das questões territoriais da saúde no Brasil.

Palavras-chave: Território urbano, saúde-doença, Geografia da Saúde

INTRODUÇÃO

Algumas considerações introdutórias

A discussão sobre a produção do território urbano tem logrado alcançar diferentes áreas do saber. A necessidade de um olhar mais integrado sobre os problemas relacionados ao fenômeno urbano proporcionou a aproximação e a invasão das fronteiras disciplinares, ao mesmo tempo em que impulsionou à produção de modelos de planejamento e gestão que permitem tratar conjuntamente processos complexos e contraditórios. Haja vista a dificuldade de pensar simultaneamente os aspectos físicos, econômicos, políticos e culturais e as diferentes escalas de análise territorial. É nesse sentido que a saúde pública, assim como outros setores ligados à prestação de serviços urbanos como o transporte, educação, moradia, etc., se viu envolvida pelas necessidades da gestão, tanto no que se refere à vigilância e controle de doenças endêmicas e epidêmicas, quanto na alocação de equipamentos e serviços especializados que atendam as necessidades de cada território.

O debate em torno das categorias espaço e território tem sido cada vez mais vigoroso no setor saúde e uma grande contribuição vem sendo dada pela Geografia, em especial pela vertente denominada Geografia Médica, tida por alguns, como em Rodenwalt (apud PESSOA, 1972) um ramo da Epidemiologia e para outros, como em Sorre (1951), um ramo da Geografia. A histórica aproximação entre a Geografia e a Epidemiologia mostrou a necessidade do setor saúde pensar o "onde" o fenômeno biológico se manifesta para, assim, produzir modelos diagnósticos que revelem o caráter variável de cada área e que explica a proliferação ou não da enfermidade. Se, por um lado, a Geografia possibilita entender o caráter variável da doença no espaço, como é o caso de alguns tipos de cânceres que se manifestam em algumas regiões específicas do globo, por outro, ela fornece informações essenciais para a construção de quadros diagnósticos que serão orientadores das ações de curto e longo prazo pelos órgãos de saúde pública. No entanto, a

realidade se complexifica quando a saúde pública é levada a pensar não só o comportamento fisiopatológico da doença, que naturalmente é variável, porque os fatores causadores sejam eles bactérias, vírus, microorganismos, etc., são igualmente variáveis, mas nos mecanismos sócio-coletivos e espaciais pelos quais a doença se manifesta. A apropriação social do espaço conforma territórios e territorialidades propícias ou não à produção do evento mórbido, tornando-o variável em intensidade e em gravidade em diferentes espaços.

O presente trabalho tem como objetivo discutir a importância da análise territorial para as práticas de controle, prevenção e promoção à saúde em áreas urbanas. Ao delimitar territórios de usos diferenciados, com características ou perfis particulares, podem-se adequar as ações de planejamento e gestão em saúde para que sejam condizentes com cada recorte do território. As relações sociais de poder e a produção de doenças, a constituição de perfis territoriais de saúde, os usos e as funcionalidades do território, são conteúdos-chave tratados nesse texto e, espera-se, poder contribuir para a importante reflexão sobre a gestão territorial em saúde nas áreas urbanas.

Território urbano, poder e produção de doenças

Antes de enveredar a reflexão sobre a relação entre território urbano e produção de doenças apresenta-se a importante tarefa de esclarecer qual o conceito de território está sendo utilizado nesse trabalho. Uma breve investigação etimológica da palavra território pode revelar os significados dessa expressão como “terra pertencente a” - *terri* (terra) e *torium* (pertencente a) -, de origem latina; ou como “*terreo-territor*” (aterrorizar – aquele que aterroriza) de origem grega (HAESBAERT, 2004). Trata-se de um conceito ambíguo, com oscilações de significados e compreendido de forma diferente por áreas como a Biologia (etologia), Ciências Políticas (Estado) e Antropologia (territorialidade) (BARCELLOS e PEREIRA, 2006). De modo geral, e isso pode ser notado nos diversos campos do saber, o conceito de território esteve quase sempre relacionado com as relações de poder que se estabelecem entre os grupos sociais e destes com a natureza (RAFESTIN, 1993). Nesse sentido, a sua definição se faz pela apropriação/dominação de uma área por um determinado grupo social.

A definição de um território para implementação de ações práticas em saúde irá depender diretamente da concepção teórica e política do pesquisador/planejador. Aliás, são essas diferentes concepções que fizeram alimentar diferentes abordagens territoriais (SAQUET, 2007) e cada uma permite definir territórios, não só em escalas geométricas variadas, como também com olhares os mais variados. Assim, por exemplo, a definição do território para aqueles que defendem uma abordagem política será comumente confundida com os limites do Estado-Nação. Os que dão ênfase aos aspectos econômicos irão destacar a produção, o consumo e a atuação das grandes empresas. Àqueles que se preocupam com os aspectos culturais darão maior relevância às qualidades simbólicas e ideárias e, por fim, os que enfatizam os aspectos físicos do território terão preocupações relacionadas com a utilização dos recursos e a questão ambiental (HAESBAERT, 2007). Como se trata de um termo polissêmico e interdisciplinar pode ser entendido sob diferentes nuances, podendo até mesmo ser definido como a área de atuação do crime organizado ou o território virtual presente nas relações feitas pela internet (SOUZA, 2000).

Um trabalho recente desenvolvido por Saquet (2007) permite visualizar as diferentes abordagens do conceito de território trabalhadas por autores italianos, franceses, ingleses e americanos, além da síntese dos principais autores que discutem o tema no Brasil. De acordo com esse autor, os estudos territoriais ganharam destaque na Geografia a partir da década de 1970 com o movimento de renovação crítica dessa ciência e a busca de novos modelos de análise espacial. O estudo desses trabalhos permitiu a Saquet identificar quatro tendências ou perspectivas de abordagem do território:

- a) uma eminentemente econômica. Sob o materialismo histórico dialético, na qual se entende o território a partir das relações de produção e das forças produtivas; b)

outra, pautada na dimensão geopolítica do território; c) a terceira, dando ênfase às dinâmicas política e cultural, simbólica-identitária, tratando de representações sociais centrada na fenomenologia e, d) a última, que ganha força a partir dos anos de 1990, voltada às discussões sobre a sustentabilidade ambiental e ao desenvolvimento local, tentando articular, ao mesmo tempo, conhecimentos e experiências de maneira interdisciplinar (SAQUET, 2007, p. 15).

No Brasil, destaca-se a influência de três autores ou correntes de análise territorial. A primeira foi desenvolvida a partir dos estudos de Milton Santos, seguida, alguns anos mais tarde, pelas contribuições dadas pelos pesquisadores Rogério Haesbaert e Marcos Saquet.

Milton Santos elabora uma argumentação de caráter eminentemente epistemológica, pautada em processos sociais e reconhecendo a natureza como um elemento do território; R. Haesbaert faz uma discussão teórica e ontológica centrada na reterritorialização a partir de fatores políticos e culturais, incorporando mais recentemente uma preocupação mais sistemática com a natureza e, M. Saquet, efetiva uma discussão teórico-metodológica, destacando a produção do território sob as forças econômicas, políticas e culturais [...] (SAQUET, 2007, p. 122).

Cada uma das abordagens acima pode ser transposta para uma investigação em saúde, assim como foi feito em obras de Barcellos e Monken (2005; 2007), Barcellos e Pereira (2006), Rigotto e Augusto (2007) e mais recentemente em importante coletânea organizada por Barcellos *et al* (2008). Uma vez que os objetivos da pesquisa foram previamente determinados deve-se fazer a escolha da abordagem territorial que melhor comunique esses mesmos objetivos. O presente estudo pauta-se pelo conceito de território defendido em Santos (1998b; 2006; 2008), sem querer negligenciar a relevância de outras abordagens, a exemplo do binômio território e rede, tratado na obra de Haesbaert (2004; 2007) e os estudos que vem sendo realizados sobre os processos de territorialização-desterritorialização-reterritorialização (TDR).

Qual a importância do conceito de território em Milton Santos para o entendimento do processo saúde-doença? Vale antes lembrar, ainda que abreviadamente, as palavras do autor sobre a categoria território para, a partir daí, destacar a sua relevância para a saúde pública. De acordo com Santos (1998b, p. 15) “[...] é o uso do território, não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social”. Para o autor o território é o quadro da vida, sinônimo de espaço humano, espaço habitado, a arena de oposição e conflitos entre a sociedade civil, que generaliza e o mercado globalizado que singulariza. Ganha centralidade na abordagem de Santos a relação solidária e conflituosa que se estabelece entre, de um lado, a noção de espaço banal, entendido como o espaço vivido, o espaço de todos e a noção de redes, fruto das relações globalizadas, comandadas pela lógica do mercado. O território seria fruto de uma dialética complexa, contraditória e complementar entre o domínio das forças centrípetas, que se realizam mediante o controle local da parcela técnica da produção (ações horizontalizadas, homólogas e complementares) e o domínio das forças centrífugas, que se realizam pelo controle remoto da parcela política da produção (ações verticalizadas e hierarquizadas). Desse processo deriva uma série de mecanismos responsáveis pela configuração do território, confere densidades e funcionalidades diferenciadas, responde pelas incompatibilidades de velocidades (a exemplo de expressões como “espaços de rapidez e de lentidão” ou “espaços luminosos e opacos”), explica a seletividade e, conseqüentemente, a exclusão sócio-espacial.

A capacidade de consumo do espaço, fato que remete para a discussão da mobilidade/imobilidade espacial, o acesso aos bens territoriais, as condições infra-estruturais, entre outros fatores relacionados com a dinâmica territorial conformam realidades propícias ou não à produção da enfermidade. Não só a capacidade de adoecer e morrer difere espacialmente como também as razões que as explicam, sejam elas doenças infecciosas, crônico degenerativas, fome ou violência, etc., variam conforme a localização do indivíduo no espaço. Reside exatamente aí uma das maiores contribuições da Geografia à Epidemiologia, na medida em que permite “[...] suplantando a listagem de agravos

prevalentes e evidenciáveis, mediante notificações, para abordar e contemplar a compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes” (BARCELLOS e MONKEN, 2005, p. 902). Nesse sentido, o território pode ser tomado como o “laboratório diagnóstico”, uma vez que permite entender as causas sócio-patológicas através dos “sintomas sócio-espaciais”. Se no âmbito da Medicina Clínica os sintomas fisiopatológicos (febre, dor de cabeça, enjôo, etc.) permitem a elaboração de quadros diagnósticos, através dos quais são feitas as prescrições medicamentosas, no âmbito da Geografia da Saúde os sintomas sócio-espaciais (saneamento, ambiente, habitação, renda, acesso, etc.) permitem orientar as ações de planejamento para evitar a produção do agravo. A utilização do território como ferramenta para as práticas de gestão urbana em saúde é importante para otimizar as ações de prevenção e promoção e ao mesmo tempo diminuir os impactos das práticas corretivas. Estas últimas são tanto mais graves quanto mais onerosas, uma vez que o índice de morbimortalidade é maior e exige o uso intenso de equipamentos médicos, pessoal e medicamentos.

Haverá então um comportamento relacional entre a produção do território e a produção de doenças? O fenômeno biológico enquanto fenômeno social estaria condicionado ao território enquanto categoria de análise sócio-espacial? Muitos estudos em Geografia da Saúde têm como cerne de suas preocupações a influência dos elementos físicos sobre a produção de doenças. Obviamente, os elementos físicos da natureza têm a capacidade de fazer produzir doenças muito distintas nas diversas regiões do globo, como é o caso das doenças que assolam os países tropicais. Esses estudos são de grande valia já que permitem entender a forma como se desenvolvem e circulam os hospedeiros e os vetores no espaço. No entanto, a explicação para a produção de doenças que atingem sociedades específicas vai muito além de uma verificação das condições físicas do ambiente. A diminuição de grande parte das doenças infecciosas que atingem a sociedade brasileira pode ser explicada pela melhoria das condições de vida como saneamento, habitação e acesso aos serviços de saúde. Uma verificação do comportamento de doenças como malária, esquistossomose e a doença de chagas, por exemplo, pode evidenciar a diminuição dos focos nas áreas onde há melhor qualidade de vida e a permanência e o aparecimento desses mesmos focos nas áreas de menor desenvolvimento. Nesse caso, a relação entre as condições físicas do ambiente e a produção de doenças deixa de ter tanta relevância diante dos aspectos relacionados com as condições sociais.

A relação entre a pobreza e a produção de doenças é quase linear, ou seja, uma está diretamente ligada à outra. Há àqueles que chegam inclusive a classificar as chamadas “doenças da pobreza”. Essa questão, que a princípio parece simplista no nível do pensamento, é muitas vezes tratada de forma racionalista pelos órgãos de saúde pública e as ações que são tomadas em relação ao planejamento são igualmente racionalistas. Quase sempre a solução dada ao problema é encontrada nos grandes programas e campanhas de saúde. As famosas campanhas de vacinação fizeram diminuir o número de epidemias no país e controlar uma grande quantidade de doenças infecto-contagiosas. A importância e o papel desempenhado por essas campanhas são inquestionáveis, porém, podem ser entendidos como programas sociais parciais, pois seus mecanismos não conseguem ultrapassar as ações de prevenção e controle. Controlar e prevenir a ação do agente infeccioso pode ser uma solução temporária para um problema biológico produzido por uma realidade social complexa. Talvez esse seja o caso da dengue no Brasil, quando as ações se dão no sentido de controlar os focos do mosquito *Aedes aegypti*, mas a questão é mais profunda e tem relação com o movimento social mais amplo.

Ao tratar da questão da produção social da doença e envolver nesse debate a pobreza e a exclusão social, a Geografia pode ser fundamental no sentido de entender os processos e mecanismos que explicam a organização sócio-espacial e sua relação com a saúde. Entender os mecanismos responsáveis pela exclusão social e pela produção da pobreza não é uma tarefa simples, já que os mesmos são condicionados por uma série de fatores de ordem política, econômica, cultural e histórica. Sobretudo nesse momento em que as

relações sociais se tornam complexas, mediante as imposições de uma sociedade de consumo globalizada e urbanizada, os grupos de exclusão são cada vez maiores e as formas de exclusão cada vez mais diferenciadas. É nesse contexto que a categoria território se coloca cada vez mais necessária para o entendimento da reprodução das relações sociais e sua conseqüência na formação de espaços de exclusão social, redutos propícios à disseminação de doenças infecciosas.

Tal qual evidenciado por Santos (2004), haverá uma dialética sócio-espacial, na medida em que o espaço passa a ser condição, meio e resultado das relações sociais e, conseqüentemente, das condições de saúde. Haverá, ao mesmo tempo, o retorno do território (Santos, 1998b) marcado, de um lado, pela sua importância para a produção, circulação e consumo de mercadorias, ou seja, o próprio território se torna uma mercadoria e, por isso mesmo, fundamental para a reprodução do valor e, de outro lado, pela reafirmação de sociedades locais pelo direito de acesso e controle desse mesmo território. Nesse jogo de forças, nessa busca do poder, serão produzidos territórios os mais diferenciados e assim também sociedades as mais diferenciadas.

A questão da exclusão social, da pobreza e da produção da doença faz parte desse jogo de forças que se estabelece no território usado. Diferentes interesses se coadunam envolvendo o papel desempenhado pelo Estado, pelas grandes empresas e pela sociedade civil. O resultado desse processo será objeto de uma crítica feita por Santos (1998a, p. 43) sobre a produção de espaços sem cidadãos, “[...] áreas desprovidas de serviços essenciais à vida social e individual [...]”. Trata-se mesmo de “territórios da doença”, ou seja, territórios com capacidade para a disseminação de determinadas enfermidades, áreas consagradas pelas desigualdades e injustiças sócio-espaciais.

Gestão territorial da saúde em áreas urbanas: do perfil epidemiológico ao perfil territorial da saúde

As novas abordagens do conceito de território que vem sendo trabalhados nas últimas décadas, em especial na obra de Milton Santos, têm como característica principal o rompimento com a tradicional visão política dessa categoria. Até recentemente o território era definido como a área de atuação do Estado e, por isso, suas divisões compreendiam apenas as instâncias do poder público federal, estadual e municipal. Ao entender o território enquanto apropriação social (política, econômica e cultural) um salto qualitativo foi dado, tanto no que se refere às escalas, quanto às funções que cada recorte territorial admite. É nessa perspectiva que essa categoria ganha dinamicidade, alterando-se a partir do jogo conflituoso (de poder) próprio das relações sociais.

A proposta do território como categoria e instrumento para a prática da gestão em saúde vem se afirmando exatamente num momento em que a epidemiologia se vê envolvida pelo debate epistemológico em torno de conceitos ainda não totalmente resolvidos para essa ciência, a exemplo das dubiedades biológico-social e do individual-coletivo (MELO-FILHO, 1996). Trabalhos como o de Laurell (1983) e Breilh (1991), Almeida-Filho (1989), entre outros, representam o esforço pela produção de instrumentos teórico-metodológicos que permitam tratar o processo saúde-doença como processo social. A abordagem geográfica vem contribuindo para fortalecer o debate da determinação social do fenômeno biológico, fornecendo ferramentas, através das quais a Saúde Pública tem orientado as práticas de gestão. No entanto, é bem verdade também que o instrumental teórico fornecido pela Geografia, em especial o conceito de território, não é adequadamente aplicado pelos órgãos de Saúde Pública. De acordo com Barcellos e Monken (2005) a estratégia territorial vem sendo “utilizada de 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”.

A visão deficiente do território, para usar uma expressão do setor saúde, pode ser identificada de duas formas e compromete a gestão integrada dos problemas de saúde em

áreas urbanas. A primeira refere-se ao entendimento do território tido apenas como o local de circulação de agentes patogênicos infecciosos. Não é de estranhar que a aproximação entre a Geografia e a Epidemiologia se fez mais forte através dos chamados estudos ecológicos, sobretudo os “Complexos Patogênicos” do geógrafo Max. Sorre e a “Teoria dos Focos Naturais” do parasitologista Pavilovsk (CZERESNIA E RIBEIRO, 2000). A necessidade de entender a cadeia de transmissão da doença (a clássica tríade de Leavell e Clark: agente, hospedeiro e ambiente) levou ao entendimento do espaço como algo meramente físico, imóvel, destituído da vida social. Trata-se de uma questão extremamente determinística que levou, por exemplo, à conceituação das chamadas doenças tropicais, como se houvesse uma ciência social trópica e uma ciência social temperada (SANTOS, 2003).

A segunda deficiência refere-se ao entendimento estritamente político do território, os seus limites coincidem com as instâncias do poder federal, estadual e municipal, e na escala intra-urbana, os zoneamentos e bairros. A atuação do Estado é sem dúvida fundamental para o entendimento da configuração do território, sua ação pode conferir densidades e funcionalidades diferenciadas, ordenar os usos, promover o desenvolvimento ou o atraso de determinadas frações do território. Porém, além do aspecto político, com o aspecto político, apresentam-se os fatores econômicos, históricos e culturais, que respondem pela produção de territórios e territorialidades que nem sempre estão circunscritas aos limites impostos pelo Estado-Nação. Cita-se como exemplo os Planos Diretores, tomado como a solução para o problema das necessidades e particularidades do lugar, a partir da delimitação de zonas que contemplam as características de cada subespaço. No entanto, sabe-se, com raríssimas exceções, que a sua implantação se fez, quase sempre, para atender protocolos e exigências político-burocráticas. Uma de suas principais críticas “[...] é a que diz respeito à amplitude de seus propósitos para uma realidade complexa e mutante, que é a urbana na atualidade” (ULTRAMARI e REZENDE, 2008, p. 730). Então, orientando-se pelos zoneamentos ou pelos tradicionais bairros, o setor saúde não consegue integrar suas ações no sentido de atender territórios de usos e características diferenciadas. Daí as incompatibilidades na alocação de serviços especializados que visam atender as demandas de cada recorte urbano.

A gestão territorial em saúde deve ser acompanhada de um olhar crítico acerca dessa categoria, sob o risco de mudar a prática sem alterar a forma e o conteúdo das ações. Cita-se como exemplo a utilização de ferramentas cartográficas, tão em voga nos dias atuais. Nos postos de saúde, pode-se deparar, freqüentemente, com mapas figurativos da sua área de atuação, que pouco, ou quase nada representam para a efetiva tomada de decisões. A utilização das ferramentas cartográficas deve ser acompanhada dos devidos cuidados, sobretudo no que se refere à escala, que deve, antes de tudo, considerar os fenômenos que se quer representar. Deve-se esclarecer que a atividade cartográfica como um fim em si mesmo não dá conta da análise territorial. Uma coisa é analisar e estabelecer relações, outra é a utilização de mapas para representar, no sentido de servir de ilustração. No entanto, se acompanhada de concepções teóricas (e políticas) integradas, que busque estabelecer relações no território utilizado, a atividade cartográfica se transforma numa ferramenta, sem a qual o planejamento perderia sua capacidade de atuação.

A inserção do território na prática da gestão em saúde vem sendo preconizada em programas de atenção primária em saúde, como o Programa Saúde da Família (PSF) e a Atenção Primária em Saúde Ambiental (APSA). O conceito de distrito sanitário talvez seja o que mais aproximou o setor saúde de uma prática territorial. De acordo com Villarosa (1993, p. 11) “o distrito sanitário recebe e interpreta a demanda de saúde que provém de um determinado território”. Trata-se de um sistema local de saúde, que busca descentralizar as ações através da instalação de equipamentos e serviços como Unidades Básicas de Saúde, Postos de Saúde, Unidades de Vigilância Sanitária, entre outros, e tem como finalidade atender as necessidades de frações específicas do espaço.

“É inerente ao distrito sanitário uma dimensão territorial (MENDES, 1993, p. 13)”. No entanto, aqui, diferente da concepção determinística e estritamente política destacadas anteriormente, o território é tomado como uma categoria assimétrica, que resulta das localizações diferenciadas de distintos conjuntos sociais no seu interior (MENDES, 1993). A assimetria, ao contrário da harmonia ou do padrão, supõe entender o território sob dimensões variáveis, produzidas pelas diferentes formas de apropriação social do espaço. Estas conformam diferentes feições ou perfis territoriais, através dos quais a prática da gestão urbana em saúde pode se orientar. A idéia de perfil pode se aplicar bem aqui, conceito que remete para o entendimento dos recortes do espaço. De acordo com Moreira (2007, p. 80) “o recorte espacial é o princípio do conceito de território: o recorte qualificado por seu sujeito”. O perfil ou recorte espacial pode ser entendido como resultado de ações sociais territorializadas, é representado por diferentes feições espaciais, dotadas de características, contorno e dimensões variáveis. No contexto urbano, é possível delimitar territórios de usos diferenciados, com perfis ou feições as mais variadas, que interferem direta ou indiretamente nas condições de saúde da sociedade (FARIA, 2008). A prática de atenção primária em saúde pode se utilizar desses perfis, para adequar suas ações para que sejam condizentes com cada realidade ou perfil territorial. O conceito de perfil territorial da saúde pode abarcar o conceito de perfil epidemiológico, incorporando variáveis sócio-espaciais no planejamento e na gestão. Enquanto esse último é construído a partir dos índices de morbidade e mortalidade de um determinado grupo social, o primeiro é determinado pelas diferentes funções e usos do território. Ou seja, enquanto o perfil epidemiológico parte do resultado, de dados evidenciáveis a partir das fichas de notificação, o perfil territorial parte do processo, dos fatores espaciais condicionantes das situações de saúde-doença.

A manifestação do perfil de saúde-doença, também denominado perfil epidemiológico ou patológico, pode ser evidenciada territorialmente, como entidades determinadas. Trata-se, nesse caso, de “analisar e apreender os aspectos espaciais e funcionais do território [...] e elaborar, a partir daí, os critérios para criar perímetros homogêneos no seu interior” (MEYER, 2006, p.39). Tais perímetros homogêneos se referem aos limites onde se verificam relações sócio-espaciais particulares e, por isso também, a manifestação de perfis biológicos particulares, que se adaptam e resultam das condições territoriais locais. De acordo com Faria (2008) a análise dos diferentes perfis territoriais pode encontrar duas finalidades importantes para a gestão urbana em saúde. Em primeiro lugar, uma vez que os perfis revelam os principais condicionantes sócio-espaciais que explicam o agravo, pode ser utilizado para ordenar as práticas de prevenção, antecipando a produção e disseminação da enfermidade, através de campanhas, programas e instalação de equipamentos especializados. Em segundo lugar, o perfil territorial pode ser uma importante ferramenta para a promoção à saúde, haja vista ser esta a prática que atua sobre os determinantes sociais e não apenas sobre os fatores físico-clínicos da doença.

A gestão territorial procura atuar sobre o processo saúde-doença entendido como

[...] a síntese do conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, produzindo, nos diferentes grupos sociais, o aparecimento de riscos ou potencialidades característicos, por sua vez manifestos na forma de perfis ou padrões (grifo nosso) de doença ou saúde (BREILH e GRANDA, 1989, p. 40).

A manifestação de perfis ou padrões, ao contrário do que parece, é algo extremamente dinâmico, sobretudo no contexto urbano, onde o território é cada vez menos resultado e cada vez mais processo, entidade inacabada. Reside aí uma das maiores dificuldades para o setor saúde na atualidade, pois da mesma forma que a sociedade hoje é marcada pela velocidade, resultado do mundo globalizado dos fluxos e das redes, o fenômeno biológico é marcado pela dinamicidade, uma vez que viu ampliada a sua capacidade de disseminação e, conseqüentemente, reduzida a sua capacidade de controle e intervenção. Basta observar as preocupações dos órgãos de saúde internacionais com as doenças ditas globais, a exemplo da AIDS.

A mudança no cenário social e geográfico se fez acompanhar de mudanças na forma de adoecer e morrer. O processo de urbanização e a melhoria das condições de higiene fez reduzir drasticamente as causas de morte por doenças infecciosas, ao mesmo tempo em que tornou possível uma vida mais longa. Acreditava-se, enfim, ter dado solução às chamadas “doenças da pobreza”. No entanto, o que se observa no início do século XXI é o revigoramento de doenças potencialmente controladas, como a tuberculose, hepatites virais, diarreias agudas, esquistossomose, leptospirose, etc., que encontraram naqueles espaços urbanos de exclusão, redutos para sua reprodução. Por outro lado, a emergência de doenças crônico-degenerativas colocou em cheque os tradicionais métodos da ciência epidemiológica, sobretudo os estudos da ecologia das doenças. As formas de reprodução e disseminação dessas enfermidades são muito mais complexas e variáveis no espaço e tempo.

Mais uma vez o território se apresenta como um veículo diagnóstico dos problemas de saúde na coletividade, uma vez que permite entender o processo através do qual as situações de saúde são reproduzidas. O território-processo, expressão que deriva da abordagem de Santos (1998b, 2004), é marcado pelos diferentes usos e funcionalidades, pode ser entendido como fruto de diferentes intencionalidades, ordena-se a partir dos comandos técnicos da localidade e das normas da globalidade. Trata-se do quadro onde a vida se desenvolve, é marcado atualmente pela transescalaridade e transitoriedade, sem deixar de ser aquilo que nos pertence (princípio da palavra territorialidade). Portanto, é aí, nesse território fragmentado e fragmentador, que o planejamento se coloca como instrumento para a produção de espaços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção do conceito de território vem sendo cada vez mais preconizado tanto nas ações relacionadas à vigilância quanto na alocação de equipamentos e serviços de saúde. Ao que parece, referem Monken *et al* (2008), o território vem se tornado o novo elo de fertilização entre a Geografia e a Saúde. De fato, são muitos os trabalhos que vem discutindo as possibilidades da categoria território nos estudos de Geografia da Saúde e nem sempre estão circunscritos às fronteiras da Geografia. Este trabalho buscou traduzir experiências que vem sendo realizadas no Instituto de Geociências da Unicamp e representa essa ampliação do debate geográfico dos problemas de saúde no Brasil. Um dos aspectos mais importantes derivados desse processo são as muitas contribuições teórico-metodológicas, inclusive no que se refere ao uso do conceito de território na investigação epidemiológica, culminando no enriquecimento e fortalecimento da Geografia da Saúde no país.

O conceito de território proposto em Milton Santos é uma dessas inúmeras possibilidades que se colocam à Geografia da Saúde. Os usos do território, processo que se estabelece a partir da apropriação social do espaço, das suas funções e funcionalidades, levou a pensar na possibilidade da definição de perfis ou feições territoriais. Entre os aspectos positivos que se observa nessa abordagem é a ênfase nos aspectos sociais e o desvencilhamento da visão estritamente política e física do território. Daí a possibilidade de pensar em territórios de dimensões variáveis, que conformam usos (territorialidades) muito particulares e que interferem, direta ou indiretamente, nas condições de saúde de grupos sociais específicos. Nesse sentido, o território pode ser entendido como o quadro diagnóstico das condições de saúde-doença, fornece informações essenciais que permitem categorizar determinantes espaciais da enfermidade e contribui para nortear a instalação de equipamentos e serviços de saúde. Em sistemas locais de saúde, sobretudo no âmbito da atenção primária, essa abordagem pode contribuir para a alocação de serviços que atendam as características de cada território, com feições ou perfis territoriais distintos. Não só isso, como também permite aos órgãos de saúde potencializar as ações de prevenção e promoção, cumprindo, assim, os seus objetivos mais importantes nesse nível de atenção. Enfim, o território pode ser utilizado como um instrumento, não o único, capaz de integrar as ações de saúde para que

sejam condizentes com as realidades sócioespaciais a que se destinam e suas reais necessidades.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia Sem Números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

BARCELLOS, Christovam *et al.* **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BARCELLOS, Christovam; PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. O território no Programa Saúde da Família. **HYGEIA – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2 n. 2, p. 47-55, 2006. Disponível em: www.hygeia.ig.ufu.br. Acessado em 12 de dezembro de 2007.

BARCELLOS, Christovam; MONKEN, Maurício. Vigilância em Saúde e Território Utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

BARCELLOS, Christovam; MONKEN, Maurício. **O Território na Promoção e Vigilância em Saúde**. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea. (Org.). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 177-224.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://www.bvsms.saude.gov.br>. Acessado em 20 de maio de 2008.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: Editora Unesp: Editora Hucitec; 1991.

BREILH Jaime; GRANDA, Edmundo. **Investigação da saúde na Sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico**. 2. ed. São Paulo: Cortez; 1989.

CUNHA, Rosani Evangelista da; SANTOS, Fausto Pereira dos. **Os desafios do gestor local: estruturas organizacionais e os mecanismos de controle**. In: BRASIL, Ministério da Saúde (org). **Gestão Municipal da Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001, p. 267-283. Disponível em: <http://www.bvsms.saude.gov.br>. Acessado em 20 de maio de 2008.

CUNHA, João Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da. **Sistema Único de Saúde: princípios**. In: BRASIL, Ministério da Saúde (org). **Gestão Municipal da Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001, p. 285-319. Disponível em: <http://www.bvsms.saude.gov.br>. Acessado em 20 de maio de 2008.

CZERESNIA, Dina; RIBEIRO, Adriana Maria. O Conceito de Espaço em Epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 595-613, 2000.

FARIA, Rivaldo Mauro de. **Território Urbano e o Processo Saúde-Doença: Perfil territorial da saúde no São Geraldo em Pouso Alegre-MG**. Campinas. Dissertação de Mestrado, 2008.

HAESBAERT, Rogério. **O Mito da Desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

_____. **Concepções de território para entender a desterritorialização**. In: SANTOS, M. *et al.* (org.). **Território, Territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lamparina Editora, 2007, p. 43-71.

LAURELL, Asa Cristina. **A Saúde Como Processo Social**. In: Nunes Everardo Duarte. (org). *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Editora Global; 1983. p. 133-158.

MELO-FILHO, Djalma A. de. Antinomias e “saturas” epistemológicas entre biológico-social e individual-coletivo no âmbito da epidemiologia social. **Revista Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 383-91, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Construção Social da Vigilância Saúde no Distrito Sanitário**. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org.). *Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec:Abrasco, 1993, p. 7-19.

MEYER, Regina Maria Proserpi. O Urbanismo: entre a cidade e o território. **Revista da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência**, v. 58, p. 38-41, 2006.

MONKEN, Maurício *et al.* **O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente**. In: BARCELLOS, Christovam *et al.* *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 23-41.

MOREIRA, Ruy. **O espaço e o contra-espaço: as dimensões territoriais da sociedade civil e do Estado, do privado e do público na ordem espacial burguesa**. In: SANTOS, M. *et al.* (org.). *Território, Territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Lamparina Editora, 2007, p. 72-108.

PESSOA, Samuel Bantley. **Ensaio Médico-Sociais**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1978.

RAFFESTIN, C. **Por Uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática; 1993.

RIGOTTO, Raquel Maria; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. Saúde e Ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl. 4, p. 475-501, 2007.

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

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: técnica e tempo. Razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

_____. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 9. ed. São Paulo: Cortez; 2006.

_____. **O Espaço do Cidadão**. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1998a.

_____. **O retorno do Território**. In: SANTOS, Milton *et al.* (org.). *Território: Globalização e Fragmentação*. 4. ed. São Paulo: Hucitec:Anpur, 1998b. p. 15-20

_____. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 309-314, 2003.

_____. **O dinheiro e o território**. In: SANTOS, M. *et al.* (org.). *Território, Territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Lamparina Editora, 2007, p. 11-21.

SORRE, Max. **Lês Fondements de la Géographie Humaine. Primeiro Tomo: Lês Fondements Biologiques (Essai d'une écologie de l'homme)**. 3. ed. Paris: Armand Colin, 1951.

SOUZA, Marcelo Jose Lopes. **O Território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento**. In: CASTRO, Iná Elias de. *et al.* (org). *Geografia: conceitos e temas*. 2. ed. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2000, p. 55-75.

UNGLERT, Carmem Vieira de Souza. **Territorialização em Sistemas de Saúde**. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org). **Distritos Sanitários: processo social de mudança nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1993, p 221-235.

VILLAROSA, Francesco Notarbartolo di. **A estimativa rápida e a divisão do território no Distrito Sanitário**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1993.

ULTRAMARI, Clovis e REZENDE, Denis Alcides. Planejamento Estratégico e Planos Diretores Municipais: Referenciais e Bases de Aplicação. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 12, n. 3, p. 717-739, 2008.