

## A SAÚDE COLETIVA E A CATEGORIA 'TERRITÓRIO': ABORDAGENS DA EPIDEMIOLOGIA, CIÊNCIAS SOCIAIS E PLANEJAMENTO<sup>1</sup>

### PUBLIC HEALTH AND THE 'TERRITORY' CATEGORY: APPROACHES TO EPIDEMIOLOGY, SOCIAL SCIENCES AND PLANNING

Manoela de CARVALHO<sup>2</sup>

**Resumo:** O texto apresentado aborda a categoria 'território' como uma variável teórico-prática no contexto da saúde coletiva em suas três áreas constitutivas: epidemiologia, ciências sociais e planejamento. Do ponto de vista da construção do campo da saúde coletiva, estas áreas se ocuparam com estudos que compreendem a dinâmica de coletivos delimitados em bases territoriais para explicar diferenças no adoecimento e possíveis medidas de superação nas desigualdades encontradas, a partir de ações de saúde e/ou intersetoriais. A partir da análise de pesquisas que apresentaram panoramas destas disciplinas quanto aos estudos e práticas acerca do espaço territorial, propõe-se resgatar a necessidade de reflexão sobre a importância do território na saúde coletiva não só a partir de abordagens quantitativas, mas, da incorporação de dados e informações de cunho qualitativo para o reconhecimento das necessidades de uma população adstrita em uma área geográfica e seu modo de enfrentar o processo saúde-doença.

**Palavras-chaves:** Saúde coletiva, Planejamento, População, Localização geográfica de risco, Revisão.

**Abstract:** The text presented addresses the 'territory' category as a theoretical-practical variable in the context of public health in its three constituent areas: epidemiology, social sciences and planning. From the point of view of the construction of the field of collective health, these areas have dealt with studies that understand the dynamics of groups delimited in territorial bases to explain differences in the illness' processes and possible measures of overcoming the inequalities found, from health actions and/or intersectoral actions. Based on the analysis of researches that presented panoramas of these disciplines regarding the studies and practices about the territorial space, it is proposed to rescue the need to reflect on the importance of territory in collective health not only from quantitative approaches, but from the incorporation of data and qualitative information for the recognition of the needs of a population included in a geographic area and their way of facing the health-disease process.

**Keywords:** Public Health, Planning, Population, Geographical Localization of Risk, Review.

### Introdução

A integralidade da atenção à saúde e os demais direitos decorrentes da legislação sanitária vigente no Brasil, pressupõe que o ato de planejar ações e serviços de saúde deve contemplar as necessidades de saúde da população, identificando seus problemas e enfocando objetivos definidos a partir de valores, ideologias, utopias e vontades que podem expressar projetos, ideais de saúde e novos modos de vida (PAIM, 2007). Ao longo de sua história, o campo da Saúde

---

<sup>1</sup> O texto apresentado é o resultado de diálogos interdisciplinares realizados a partir do estudo “Contribuições ao planejamento da força de trabalho em saúde para a atenção básica” desenvolvido como tese de Doutorado em Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2012.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva (Unicamp). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

Coletiva desenvolveu instrumentos capazes de identificar problemas e necessidades de saúde dos diferentes agrupamentos humanos, sob os aspectos quantitativos e qualitativos.

Do ponto de vista da construção do campo da saúde coletiva, as áreas de epidemiologia, ciências sociais e planejamento/gestão se ocuparam com estudos que buscam compreender a dinâmica de coletivos delimitados em bases territoriais para explicar as diferenças no adoecimento e as possíveis medidas de superação nas desigualdades encontradas, a partir de ações de saúde e/ou intersetoriais. Neste sentido, observa-se que o próprio sistema de saúde vigente no Brasil propõe sua organização com base em territórios (UNGLERT, 1994; PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Este artigo trata da importância do (re)conhecimento do espaço territorial para o planejamento de políticas de saúde. Assim: 1) considera as possibilidades paradoxais de denunciar ou naturalizar as desigualdades sociais entre populações distintas, a depender do arcabouço teórico que será utilizado na interpretação dos dados coletados para analisar o processo saúde-doença; 2) aborda os estudos sobre territórios nas três áreas constitutivas da saúde coletiva e reflete sobre a utilização dos mesmos na prática dos serviços de saúde e; 3) aponta o necessário diálogo entre as três áreas, discutindo a possível combinação de dados quantitativos e qualitativos para a compreensão da dinâmica das comunidades e a sua influência na determinação de processos de adoecimento ou de promoção da saúde.

O levantamento apresentado não pretendeu ser exaustivo nem definitivo sobre o tema, utilizando como fonte artigos científicos, textos, dissertações e teses disponíveis na biblioteca virtual em saúde (bvs) que abordavam o tema território no campo da saúde coletiva na perspectiva de interesse deste ensaio. Os dados e informações utilizadas na elaboração deste estudo não envolveram a participação de seres humanos e não ocorreram conflitos de interesses. Não houve financiamento para a realização do trabalho.

### **O espaço como variável na análise da distribuição de doenças e agravos em coletivos: contribuições da epidemiologia**

A epidemiologia é o “estudo dos fatores que determinam a frequência e a *distribuição* das doenças nas coletividades humanas”, sendo utilizada como ciência e instrumental tecnológico aplicado à saúde pública em praticamente todos os ramos de atividade deste campo, tendo sido até mesmo definida como a “ciência básica da Saúde Coletiva”<sup>3</sup> (ALMEIDA-FILHO, 1994, p.). Neste caso, o termo “distribuição” refere-se à “variabilidade de frequência das doenças de ocorrência em massa, em função de variáveis ligadas ao tempo, *espaço* e *pessoa*” (ROUQUAYROL, 2007, p.322).

De Hipócrates a John Snow e os atuais estudos ecológicos com sofisticadas técnicas estatísticas e uso dos Sistemas de Informações Geográficas (BONFIM; MEDEIROS, 2008; CARVALHO; SOUZA-SANTOS, 2005), o espaço e as variáveis geopolíticas, político-administrativas e geográficas, subdivididas em fatores ambientais, populacionais e demográficos (ROUQUAYROL, 2007; 1994) e suas relações com o processo saúde-doença têm sido foco de

---

<sup>3</sup>Este *status* de “ciência”, no entanto, tem sido questionado por MINAYO, M. C. *et al.* (2003), em artigo que discute as dificuldades e possibilidades de articulação entre epidemiologia e ciências sociais no campo da saúde pública. Neste artigo as autoras chamam a atenção para uma confusão de linguagem que expressa no processo de construção da epidemiologia que tem sido ora tratada como ciência, ora como disciplina e ora como método.

interesse de epidemiologistas na busca de compreender como um contexto ambiental e sociocultural pode afetar a saúde humana.

Questões referentes ao lugar de ocorrência de determinada doença, a vulnerabilidade de grupos específicos e as disparidades regionais (ROUQUAYROL, 1994, p.77) procuram revelar as desigualdades na distribuição das condições que levam ao adoecimento e aos possíveis modos de intervenção. Torna-se comum a valorização de estudos que incorporam o espaço na análise das necessidades e desigualdades, numa perspectiva que compreende o espaço construído social e historicamente (BONFIM; MEDEIROS, 2008). Observa-se o crescente interesse da epidemiologia em estudos voltados à caracterização dos diferenciais intra-urbanos de determinadas áreas geográficas; descrição do padrão espacial de mortalidade; indicação de aspectos geográficos envolvidos no acesso/uso dos serviços de saúde e para potenciais áreas de risco para ocorrência, transmissão e vigilância de doenças (BARCELLOS *et al.*, 2002).

Nesta perspectiva, constata-se que as análises epidemiológicas que buscam compreender de que forma as desigualdades expressas no contexto territorial podem afetar a saúde de um grupo populacional podem ser uma alternativa crítica aos estudos que buscam nas características individuais as explicações para possíveis riscos à saúde e que têm sido alvo de críticas em consequência das práticas de intervenção nem sempre benéficas ou resolutivas (CARVALHO; SOUZA-SANTOS, 2005).

Embora as análises espaciais na saúde pública venham se destacando desde o final da década de 1980 as dificuldades referentes ao escasso treinamento formal de profissionais de saúde, a pouca familiaridade com os programas computacionais e o custo para aquisição da informação são obstáculos para que resultados desses estudos sejam empregados no planejamento dos serviços de saúde (CARVALHO; SOUZA-SANTOS, 2005).

No Brasil, o Ministério da Saúde busca recuperar o 'espaço' como uma categoria de análise de situações de saúde (LOYOLA, 2008, p. 7). Constata-se, por exemplo, a publicação de uma série de livros didáticos no ano de 2006 visando auxiliar na capacitação dos profissionais, onde se destacam os títulos: “Capacitação em Geoprocessamento para a Saúde”, “Abordagens espaciais na Saúde Pública”, “Sistemas de Informações Geográficas e análise espacial em Saúde Pública” e “Introdução à estatística espacial para a Saúde Pública”.

Ressalta-se que “a utilização da categoria espaço na análise da situação de saúde não se limita à mera localização de eventos de saúde” pois, se entende o espaço como “resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a promoção de doenças” (BARCELLOS *et al.*, 2002, p.130-1). Nesse sentido, compreender o processo saúde-doença como determinado socialmente implicará em análises que se distanciam dos enfoques centrados nos riscos biológicos e individualizados, ou nos comportamentos de risco, ainda que delimitados em territórios.

### **A organização social no espaço urbano e os determinantes sociais da saúde: contribuições das ciências sociais**

Ao abordar o processo saúde-doença e o homem que adoce a partir dos determinantes encontrados nas condições sociais, os profissionais e pesquisadores da área da saúde necessitam compreender e incorporar novos referenciais metodológicos e conceituais para explicar seu objeto de análise e intervenção. Assim, as ciências sociais como disciplina basilar da saúde coletiva são incorporadas ao referencial teórico para análise dos problemas relacionados ao

desenvolvimento da sociedade capitalista e, oportunamente, contribuindo com os estudos realizados sobre a determinação social da doença, as instituições e as políticas de saúde, as relações entre indivíduo e sociedade, sobre os sistemas de saúde, as representações sociais da doença, sobre as práticas oficiais e alternativas de saúde, as profissões desta área, entre outros (LOYOLA, 2008; NUNES, 2006).

As ciências sociais também têm contribuído nas pesquisas sobre as necessidades em saúde, conduzindo estudos relevantes para o campo da saúde coletiva na medida em que, além de possibilitar a compreensão das características e particularidades das práticas dos trabalhadores de saúde, também revelam as percepções da população adscrita a um território sobre suas necessidades em saúde e formas particulares de lidar com as mesmas (NAKAMURA; MARTIN, 2009). As relações entre as diferentes comunidades, o sistema de saúde e os processos de adoecimento foram amplamente discutidas em conjunto de publicações que hoje são consideradas clássicas na área de antropologia da saúde (LOYOLA, 1984; CARDOSO, 1999; DUARTE; LEAL, 1998; ALVES; MINAYO, 1994).

Segundo Najar e Peres (2007), o estudo das cidades e da relação entre cidadãos e as cidades não é recente. Desde o final do século XIX, vários estudiosos vêm analisando as cidades sob diferentes enfoques e concepções, considerando-as como ‘cenário adequado’ ao desenvolvimento do capitalismo, da industrialização, da racionalização e da divisão do trabalho. De modo geral é possível observar duas tendências no interior dos estudos realizados na área: uma focalizada nas mudanças dos costumes, hábitos, valores, crenças e sensibilidades dos habitantes das metrópoles e outra que “ênfatizava a dimensão espacial que caracterizava as relações sociais”, onde se destacam os estudos da Escola de Chicago.

Concomitantemente ao período da I Guerra Mundial, iniciou-se no Departamento de Sociologia da Universidade de Chicago pesquisas e estudos empíricos de Sociologia Urbana e da Migração, abordando as relações étnicas, a condição do negro na sociedade norte-americana e as pesquisas sobre os grupos marginalizados no espaço urbano (EUFRASIO, 2009). Sem embargo, a pobreza e a imigração, além da questão eugênica, eram problemas importantes do contexto social e econômico dos Estados Unidos que favoreceram os estudos urbanos da Sociologia no período de fundação da Universidade de Chicago em 1895 (BECKER, 1996).

A influência do pensamento sociológico advindo da Escola de Chicago na área da saúde pode ser observada nas pesquisas realizadas sobre as populações marginalizadas, que viviam em ‘guetos’, mas também nos estudos sobre a delinquência juvenil e o modo como distintos grupos se localizavam na cidade de Chicago. Desde aquela época, procurou-se ‘mapear’ os diferentes grupos étnicos, as espécies de atividades e até incidência e localização da doença mental na cidade. Em síntese, alguns conceitos e características destes estudos influenciam ainda hoje estudos vinculados, principalmente, à área das ciências sociais na saúde coletiva. A principal delas talvez seja justamente a necessidade de reconhecer características locais dos próprios lugares para compreender determinados comportamentos sociais.

Esta tendência de pesquisas marcou um período de desenvolvimento da metodologia qualitativa dos estudos sociológicos, contrapondo-se a um modelo único de pesquisa e tecendo críticas à hegemonia dos pressupostos experimentais da pesquisa convencional baseada na mensuração. Porém, ainda atrelados ao positivismo, estes estudos empenhavam-se em fundamentar e formalizar seus métodos recorrendo a alguns pressupostos quantitativos. “O trabalho do grupo de Becker [...] sobre a cultura estudantil de uma escola de medicina é exemplar no esforço de conciliar a pesquisa qualitativa com a quantificação padronizada de observações” (CHIZZOTTI, 2003). Também recorriam a termos e conceitos oriundos das

ciências naturais para explicar problemas de ordem social, como 'ecologia humana', 'competição', 'simbiose' (solidariedade), 'sucessão', 'estabilidade' (sustentabilidade), interdependência entre indivíduos, instituições sociais e meio ambiente.

Ao identificarem que a organização da cidade não é harmônica, mas heterogênea, desigual e conflituosa, estes estudos vinculavam as questões da violência urbana, da segregação étnica, cultural e social à questão espacial e ao ambiente e não à estrutura de organização da sociedade capitalista. As reflexões advindas desta escola abordavam os problemas urbanos dos espaços físicos e os conflitos sociais 'naturalizando' as diferenças encontradas e propondo ações focalizadas nos segregados. Remetia-se à noção de segregação que, na sociologia, está limitada às relações entre os fenômenos sociais e os espaços nos quais eles se inscrevem, ou seja, são “expressões espaciais que assumem os fenômenos sociais” (NAJAR; PERES, 2007).

Como as políticas sociais, incluindo as de saúde, guardam estreita relação com a concepção de Estado no qual se inscrevem e com o padrão de proteção social por este Estado implementado, é importante ressaltar que a Escola de Chicago, especificamente a corrente do Departamento de Economia desta universidade, defendia a mais restrita intervenção do Estado capitalista na vida social. A 'liberdade econômica', a 'cooperação espontânea e voluntária' entre os indivíduos e a competição das empresas privadas no mercado, para estes economistas, possuem mecanismos capazes de equalizar as relações e equilibrar os desajustes surgidos na 'evolução' desta estrutura complexa (HÖFLING, 2001). Portanto, sugerem-se estudos mais aprofundados sobre este referencial nas análises das políticas de saúde e sua influência para a compreensão dos problemas sociais adscritos nos territórios a partir das ciências sociais no campo da saúde coletiva.

Entretanto, os pressupostos da Escola de Chicago não são considerados hegemônicos dentro das Ciências Sociais atualmente. O fortalecimento das pesquisas antropológicas e também da Sociologia Francesa vem resultando em leituras sustentadas em fundamentos teóricos e metodológicos mais holísticos e sustentados na observação das práticas e experiências das comunidades. Neste sentido, é válido observar o texto pioneiro de Mauss (1974), no qual se encontra a análise do corpo por meio da observação simultânea de suas dimensões biológicas, sociais e psíquicas, e também a obra de Boltanski (2004), com a constatação das íntimas relações entre as práticas de saúde de uma população com a estrutura de classe.

De modo geral, as ciências sociais vêm produzindo uma quantidade de investigações significativas a respeito do sistema de saúde e dos processos de adoecimento dentro de perspectivas macro e micro-estruturais, nos quais se destacam os estudos de comunidade e os etnográficos. Estes aspectos devem ser considerados, quando da análise de princípios como os da universalidade, integralidade e equidade/igualdade nas políticas de saúde que estão relacionados, por exemplo, ao conceito de 'áreas homogêneas de risco', largamente difundido nos serviços de saúde a partir do modelo de vigilância em saúde e da territorialização, apresentada a seguir.

### **A territorialização e o planejamento em saúde**

A proposta de territorialização em sistemas de saúde não é genuinamente do campo do planejamento e gestão dos serviços de saúde. Trata-se da incorporação de conceitos e técnicas de outros campos disciplinares, especialmente da geografia, ao campo da saúde coletiva, a partir da noção de organização dos serviços de saúde baseada na implantação de distritos sanitários. A criação dos distritos sanitários passa pela definição de certo espaço geográfico, populacional e

administrativo, criando-se instâncias de coordenação do conjunto de estabelecimentos de saúde localizados neste espaço (UNGLERT, 1994; MENDES, 1994).

As experiências iniciais de criação dos distritos sanitários levaram a outras experiências nos serviços de saúde na década de 1990, como, por exemplo: na utilização do enfoque estratégico situacional do planejamento; nas discussões referentes à acessibilidade<sup>4</sup> da população aos serviços; no levantamento das necessidades de adstrição da população e da organização de sistemas de referência e contra-referência<sup>5</sup>; na implantação de técnicas e instrumentos não-convencionais para a coleta de dados sobre a saúde da população sob responsabilidade de um serviço e; nas mudanças nas formas e mecanismos de participação da população nas decisões e controle dos serviços (MENDES, 1994).

Naquele período, a defesa da estruturação do sistema de saúde numa base territorial contou com experiências bem sucedidas de outros países como Suécia, Finlândia, Inglaterra, Cuba e Costa Rica. No campo do planejamento, a proposta da territorialização, concebida como o processo de apropriação do território pelas equipes de saúde e demais atores sociais envolvidos na organização dos serviços locais de saúde, está pautada na metodologia do planejamento ascendente. Dentro desta perspectiva, os dados para a definição das ações devem ser recolhidos pelos próprios sujeitos envolvidos na realidade a ser transformada pelo processo de trabalho das equipes de saúde (UNGLERT, 1994).

A territorialização tem a função de demarcação dos limites das áreas de atuação dos serviços, de reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente nessas áreas, facilitando as relações entre os diversos serviços existentes. Além disso, o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população adstrita também é uma consequência desejável do processo de territorialização (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). Como observa Raffestin (1993), o território se forma a partir do espaço, configurando-se como o resultado de uma ação conduzida por sujeitos sociais que visa se apropriar deste espaço de forma concreta ou abstratamente, territorializando-o.

Diversos trabalhos foram produzidos na década de 1990 e início dos anos 2000 para orientar a execução de processos de territorialização e adstrição de população usuária dos serviços do SUS (MENDES, 1994; TOMAZI, 1996; DALMASO; SALA; SENNA, 2000; SILVA *et al.*, 2000). Vários estudos analisam em que medida essa ferramenta é utilizada pelas equipes de saúde, quais as dificuldades encontradas nesta prática e proposições para superá-las (MONKEN; BARCELLOS, 2005; MONKEN, 2003; CARVALHO, 2003).

Estes estudos revelam que alguns conceitos de território e espaço são reduzidos a uma compreensão meramente administrativa-cartográfica, não conseguindo apreender as relações de poder e as interações simbólico-afetivas, supervalorizando dados epidemiológicos quantitativos e

---

<sup>4</sup> A universalidade do acesso ao direito à saúde, definida a partir da institucionalização do SUS, tem exigido esforços de gestores e profissionais de saúde para planejar estratégias que viabilizem o amplo acesso aos serviços de saúde a todos que deles necessitem, em momento oportuno, a fim de garantir não apenas o tratamento e cura da doença mas, a prevenção de agravos relacionados à saúde, bem como a promoção de condições de vida e de trabalho mais saudáveis.

<sup>5</sup> Os serviços de saúde do SUS estão organizados em uma rede hierarquizada de diferentes níveis de complexidade para garantir a atenção integral aos problemas de saúde da população, sem interrupções no tratamento. Desta forma, o usuário do SUS pode ser encaminhado de um nível (atenção básica) a outro (atenção especializada) para receber a assistência necessária ao seu caso específico, e após ter recebido o atendimento nesse outro nível, o usuário é “devolvido” ao nível que o encaminhou com as devidas providências a serem tomadas para garantir a continuidade da assistência e a integração entre os níveis do sistema que, no seu conjunto, são responsáveis pelo atendimento integral ao usuário do SUS; a este processo denomina-se “referência e contra-referência” no SUS (BRASIL, 2011).

desencadeando um processo de planejamento nos moldes tradicionais, normativos (MONKEN; BARCELLOS, 2005; MONKEN, 2003; CARVALHO, 2003). Além disso, observa-se na prática dos serviços de saúde que o processo de territorialização foi conformado em um determinado molde, com uma sequência de atividades a serem realizadas em oficinas, concebendo a territorialização como uma atividade estanque e apartada das atividades cotidianas que também contribuem no reconhecimento desse território e na caracterização da população e de seus problemas de saúde.

Haesbaert (1997) é um dos pesquisadores contemporâneos que mais vem produzindo sobre os processos de territorialização no Brasil. Segundo ele, os territórios precisam ser compreendidos dentro de três dimensões simultâneas. A primeira refere-se ao seu aspecto jurídico-político, segundo a qual, o território é considerado como um espaço delimitado e controlado por um poder organizado, frequentemente estatal. A segunda dimensão é a cultural, que observa os processos de construção simbólica e subjetiva para a apreensão e identificação do território. Por fim, a última dimensão é a econômica, na qual se destacam os aspectos materiais, produtivos, os conflitos entre as classes sociais e as contradições da relação capital-trabalho.

Os estudos de Brandão (2007) alertam para a necessidade de identificar fatores 'exógenos' ao território local, destacando como os processos de homogeneização, integração, polarização e hegemonia são essenciais para a análise das estruturas e dinâmicas sociais, historicamente determinadas, em sua dimensão espacial. Para viabilizar projetos no interior desses territórios é necessário 'desarranjar as coalizões conservadoras', construir e destruir consensos e arranjos políticos, haja vista os conflitos de interesses e a correlação de forças sociais e políticas presentes no território. Não suficiente, o autor critica a vertente que sugere o reconhecimento de território apenas pela construção de identidades, afirmando a necessária delimitação dos interesses econômicos e políticos deste território e de escalas hierárquicas 'acima' deste.

Programar processos de planejamento em saúde implica explicitar os interesses que se desvirtuam do projeto do Sistema Único de Saúde (SUS), os grupos que representam tais interesses e mobilizar forças políticas para enfrentá-los no sentido de reverter esta correlação de forças. Para Brandão (2007), olhar para um território com intenção de apreendê-lo para instituir mudanças requer mapear os poderes instituídos neste espaço em três setores: o privado, o público e o poder das forças sociais e, ainda, como estes poderes estão articulados aos outros níveis (ou escalas) territoriais (regional, nacional, mundial). Para este mapeamento, nenhum instrumento de captação será suficiente por si só, sendo necessário mesclar e somar vários instrumentos.

Santos e Rigotto (2010, p.) concordam que “a estratégia da territorialização em saúde, sobretudo no contexto das ações da Atenção Básica, reduz bastante a potência analítica e a eloquência descritiva acerca das inúmeras características da vida das pessoas que emergem num dado território”. Para contribuir com a superação desta prática, os autores apresentam um roteiro que orienta a abordagem do território pelas equipes de saúde, propõe o uso de diferentes instrumentos e fontes dos dados e supõe uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e do papel do Estado na garantia do direito à saúde.

Para que os serviços de saúde que constituem a atenção primária possam de fato interferir na dinâmica social de uma determinada área geográfica, no sentido de produzir condições promotoras de saúde, eles precisam ter a possibilidade de identificar nesta área, além de indicadores demográficos e epidemiológicos que expressam parcialmente o 'quanto' aquela população está adoecida ou o risco para seu adoecimento, outros elementos que pudessem explicar 'como' esta população enfrenta o processo saúde-doença e quais os interesses para o enfrentamento (ou não) da doença.

Concordar com o princípio de participação popular no SUS e sua crucial importância para a consolidação dos demais princípios e diretrizes deste sistema, exige que profissionais de saúde e pesquisadores da área de saúde coletiva questionem-se quanto às condições que definem uma 'comunidade' circunscrita em uma área de abrangência. Quais as condições existentes em uma determinada área geográfica que interfere nos modos dos sujeitos se relacionarem com os serviços de saúde? O que faz uma população ter mais necessidade por serviços de saúde do que outras? Por que algumas unidades de saúde ou equipes de saúde da família tem maior ou menor demanda, mesmo com quantidade semelhante de habitantes em seus territórios adstritos? O que faz uma população mais ativa ou mais passiva em relação à assistência prestada, ou em relação à exigência dos seus direitos?

No entanto, algumas dificuldades ainda precisam ser superadas para que dados qualitativos sejam incorporados no processo de reconhecimento do território pelas equipes de saúde. Talvez, a maior delas resida nas condições objetivas que estas equipes dispõem para coletar tais dados e analisá-los dando algum sentido prático para os mesmos. Os serviços de saúde têm mais ou menos consolidados os instrumentos para coleta e análise dos dados quantitativos, haja vista o desenvolvimento dos sistemas de informações em saúde de uso do setor de vigilância em saúde. Contudo, ainda não há tradição das equipes levantarem e valorizarem dados que contem a história daquela comunidade, como chegaram até ali e o que esperam do futuro.

Estruturar os serviços e os processos de trabalho das equipes de saúde a partir das necessidades de saúde requer o esforço das equipes para traduzir e atender, da melhor maneira possível, necessidades que são sempre complexas. O reconhecimento e o enfrentamento destas necessidades da população em certo território, é que possibilitarão mudanças no modelo assistencial a partir da proposta da atenção básica. Portanto, é necessário compreender como estas necessidades são identificadas e enfrentadas, a partir da perspectiva dos trabalhadores de saúde e dos usuários (NAKAMURA; MARTIN, 2009).

Na proposta de Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000, p.), os serviços de saúde deveriam aproveitar a qualidade de serem 'contexto instaurador de necessidades' para serem 'espaços de emergência de necessidades' ainda não 'trabalhadas' do ponto de vista técnico, propondo-se a resgatar valores que foram negativados ao longo da história da organização dos serviços de saúde, abrindo-se à instauração de novos sistemas de valores. Para tanto, de acordo com os autores, é necessário 'evitar a redução de necessidades de saúde a processos fisiopatológicos [...]'; revalorizar a busca por assistências progressivamente totalizadoras, ao invés da somatória dos atos especializados [...]; instituir a dimensão subjetiva das práticas em saúde como parte da inovação tecnológica'.

Talvez, a incipiente incorporação da abordagem qualitativa no levantamento de informações para o planejamento da assistência pelos serviços de saúde seja a medida da distância entre o serviço e a academia. Nakamura e Martin (2009) indicam a possibilidade de estudos etnográficos sistemáticos para identificar as necessidades de determinados grupos populacionais não visíveis de forma imediata e a aplicação de instrumentos estruturados com ênfase na abordagem epidemiológica. A observação participante e a entrevista em profundidade poderiam ser úteis para o trabalho das equipes de saúde ou de apoiadores de mudanças nestas equipes.

A área de abrangência das equipes de saúde da família/atenção básica compõe-se de diferentes grupos sociais, com diferentes dinâmicas e condições de vida. As características do serviço deveriam ser definidas regionalmente para adequarem-se as variações e efetivamente

constituírem-se em porta de entrada preferencial desta população. Desde o horário de funcionamento, a composição das equipes e as práticas clínicas deveriam estar adequadas a estas necessidades. Por exemplo, populações de até 4.000 habitantes podem ser compostas por maior ou menor número de idosos acamados, ou então, por trabalhadores que não conseguirão acessar os serviços de saúde nos horários definidos atualmente, por uma população mais ou menos ativa em relação ao controle social que deve exercer sobre a política de saúde local, ou ainda, por um percentual maior ou menor que a média nacional de doenças crônicas.

Estas informações a respeito das características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas da população deveriam estar à disposição das equipes e dos conselhos locais de saúde para que juntos pudessem definir a melhor estratégia de atenção primária a ser ofertada e a melhor composição dos meios para enfrentar tais problemas. O atual Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) tem limites importantes para o reconhecimento desta dinâmica social e dados mais detalhados sobre a população, indicando a necessidade da construção de novos instrumentos para o levantamento de tais características dentro de um território, conforme defendem Pereira e Barcellos (2006, p.):

Nesse caso, seriam necessárias outras fontes de informação, não só advindas da agregação dos dados de famílias (SIAB), mas principalmente **geradas por instrumentos que captem a existência de características da coletividade, tanto variáveis emergentes da interação humana, como as redes sociais, valores e formas de organização, como ambientais, que contextualizam as condições de vida** no espaço geográfico (grifos nossos).

Para preencher as lacunas dos atuais sistemas de informação de saúde, alguns municípios vêm buscando alternativas para conhecer as características de uma determinada população a ser assistida por equipes de saúde da rede básica e melhorar a produção de informações para apoiar os processos de decisão no campo da saúde. Pereira e Paranhos (2002) apresentaram a proposta do “Projeto Mapeando Saúde”. Implantado em julho de 2001, utilizou um Sistema de Informação Geográfica para o mapeamento de condições de saúde de uma população assistida por uma equipe de Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais. De acordo com esses autores, desde a implantação do SUS, um ponto crítico para a inversão do modelo assistencial no Brasil é a produção de informações que subsidiem o processo de gestão, pois:

[...] o problema se configura na utilização de metodologias e ferramentas (sistemas de informação) que suportem a complexidade social da realidade sobre a qual ela atua. Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), de âmbito nacional, utilizados no município, fornecem parcialmente os dados necessários à construção dos indicadores sociais, a partir dos quais se planejam e orientam as ações em saúde no nível local (PEREIRA; PARANHOS, 2002, p.).

Os autores citados apontam para a necessidade de investir mais na diversificação da formação da equipe e na contratação de novos profissionais para compreender o fenômeno complexo do processo saúde-doença e manejar instrumentais que possibilitem o conhecimento da situação de saúde de determinada população, como os sistemas de informação (PEREIRA; PARANHOS, 2002). Em outros termos, a composição de equipes multidisciplinares e altamente qualificadas poderia facilitar o processo de levantamento e análise de dados, assim como o planejamento das ações a serem executadas em determinado território.

Alguns estudos mencionam obstáculos para o cumprimento das determinações legais no âmbito da saúde, possivelmente, em função da discordância entre as demandas das populações atendidas pela estratégia Saúde da Família e os meios e condições disponíveis para atender a essas demandas. Em artigo que analisa a possibilidade de a estratégia Saúde da Família (ESF) garantir o direito à saúde da população, as autoras chamam a atenção para a dificuldade de

[...] pensar em *todos* como um conjunto igualitário de demandas individuais e coletivas, perante as gritantes desigualdades sociais associadas a oportunidades diferenciadas de inserção no processo produtivo, no acesso à informação e educação, à moradia e todos aqueles elementos relacionados a um padrão de vida digna (GARBOIS; VARGAS; CUNHA, 2008, p.) (grifo do autor).

Desvendar as singularidades de cada um dos territórios sob responsabilidade das equipes de saúde da rede básica tem sido objeto de várias pesquisas em todo o Brasil. Em estudo realizado por pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas, foram identificadas necessidades de idosos em áreas de abrangência de Unidades de Saúde tradicionais e com a ESF nas regiões nordeste e sul do Brasil. O estudo apresentou, entre outros resultados, a crescente demanda desta população por serviços de saúde que atendam às necessidades de idosos com maior ou menor autonomia, pouco acesso aos serviços essenciais e com potencial para, cada vez mais, necessitar de cuidados domiciliares (PICCINI et al.; 2006). Alterações na estrutura etária da população também induzirão à produção de novas necessidades, que precisarão de atendimento por equipes de saúde com condições de fazê-lo.

Para subsidiar a distribuição mais equânime dos recursos municipais, Belo Horizonte, por exemplo, tem utilizado, desde 1993, os indicadores de vulnerabilidade social (NAHAS, 2000). A operacionalização da vulnerabilidade possibilita avaliar, de um modo objetivo, ético e político, as condições de vida que expõem os indivíduos e grupos ao problema, assim como, permite avaliar os elementos que favorecem a construção de alternativas reais para seu enfrentamento. Este conceito pretende superar o caráter individualizante e probabilístico do conceito de risco apontando para o conjunto de aspectos coletivos, contextuais, de disponibilidade ou carência de recursos destinados à proteção e que podem levar à suscetibilidade a agravos ou doenças (NICHIIATA; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2009; MUÑOZ-SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

### **Considerações finais**

Identificou-se que no campo da saúde coletiva, a análise do território enquanto espaço de produção e construção social do processo saúde-doença tem sido realizada em suas três áreas constitutivas. Partindo deste marco teórico-conceitual, analisar espacialmente o perfil de saúde de uma população passa a ser uma alternativa às vertentes hegemônicas que tratam o processo do adoecimento no âmbito individual numa concepção naturalista do sujeito. Nesse sentido, ressalta-se que cada uma das áreas apresenta métodos e técnicas específicas para apreender aspectos relacionados com os espaços geográficos, e que a articulação entre as três pode enriquecer a prática e organização dos serviços de saúde para o alcance de seus objetivos.

Planejar estratégias para viabilizar a consolidação dos princípios da universalidade, da integralidade e igualdade, inscritos na legislação sanitária vigente, exige o enfrentamento destes interesses e, para isso, sua explicitação nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários e

nos processos de territorialização para o reconhecimento das necessidades e direitos da população. Para tanto, o desenvolvimento de abordagens multidisciplinares para o levantamento de dados e intervenção nas populações adstritas a um território configura-se como um recurso indispensável.

### Referências

ALMEIDA-FILHO N. Anotações sobre a história da epidemiologia In: ROUQUAYROL, M.Z. (org) *Epidemiologia e saúde*. 4 ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994.

ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. de S.. *Saúde e Doença Um Olhar Antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

BARCELLOS, C. *et al.* Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. *Informe epidemiológico do SUS* 11(3): 129-138, 2002.

BECKER, H. A escola de Chicago. *Mana* 2(2): 177-188, 1996. disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/mana/v2n2/v2n2a08.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2010.

BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

BONFIM, C.; MEDEIROS, Z. Epidemiologia e geografia: dos primórdios ao geoprocessamento. *Revista Espaço para a saúde*, Londrina, v.10, n.1, p. 53-62, dez. 2008.

BRANDÃO, C.A. *Território e desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global*. Campinas (SP): Editora da Unicamp, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde-CONASS. *Atenção Primária e promoção da saúde*. Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2011.

CARDOSO, M. *Médicos e Clientela*. São Carlos: UFSCar, 1999.

CARVALHO, M. S.; SOUZA-SANTOS, R. Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21 (2):361-378, mar-abr, 2005.

CARVALHO, N. M. *Os territórios da saúde e a saúde dos territórios: discutindo o processo de territorialização em saúde a partir do caso de um serviço de atenção primária em Porto Alegre, RS*. [Dissertação] Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. *Revista Portuguesa de Educação [on line]* 2003, 16 (2):221-236 Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37416210> ISSN 0871-9187

DALMASO, A. S; SALA A. ; SENNA D. M. Adscrição da população e recepção da clientela. In: SCHEREIBER LB, NEMES MI, MENDES-GONÇALVES RB. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Ed.Hucitec; 2000.

DUATE, L. F. D.; LEAL, O. F. *Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas Etnográficas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

EUFRASIO, M. A. A escola de Chicago de sociologia: perfil e atualidade. In: *Anais do 33 encontro do CERU*, 2009, disponível em: [http://www.fflch.usp.br/ceru/anais/anais2008\\_2\\_ceru01.pdf](http://www.fflch.usp.br/ceru/anais/anais2008_2_ceru01.pdf). Acesso em: 07 jul. 2010.

GARBOIS, J. A; VARGAS, L. A; CUNHA, F. T. S. O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2008, 18(1): 27-44 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312008000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000100003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 abr. 2010.

HAESBAERT, R.. *Des-territorialização e identidade: a rede "gaúcha" no nordeste*. Niterói: EdUFF, 1997.

HÖFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. *Cadernos Cedes*, ano XXI, n. 55, nov 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539.pdf> Acesso em: 28 fev. 2012.

LOYOLA, M. A.. *Médicos e Curandeiros – Conflito Social e Saúde*. São Paulo: DIFEL, 1984.

LOYOLA, M. A. A saga das ciências sociais na área da saúde coletiva: elementos para a reflexão. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v.18, n.2, p.251-275, 2008.

MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EDUSP, 1974.

MENDES, E. V. (org). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco. 2 ed. 1994.

MINAYO, M. C. de S. et al. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 97-107, 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100008>.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública* [online] v.21, n.3, p. 898-906, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000300024&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300024&lng=en). Acesso em: 08 set. 2009.

MONKEN, M. *Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância em saúde*. [tese] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

MUÑOZ-SÁNCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência e Saúde Coletiva* [online] v.12, n.2, p.319-324, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lng=en). Acesso em: 10 ago.2010.

NAHAS, M. I. P. *Metodologia de construção de índices e indicadores sociais, como instrumentos balizadores da gestão municipal da qualidade de vida urbana: uma síntese da experiência de Belo Horizonte*. 2000. Disponível em: [http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/migracao\\_urbanas/02pronex\\_16\\_Metodologia\\_Construcao\\_Indices.pdf](http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/migracao_urbanas/02pronex_16_Metodologia_Construcao_Indices.pdf). Acesso em: 13 abr. 2011.

NAJAR, A. L.; PERES, F. F. A divisão social das cidades e a promoção da saúde: a importância de novas informações e níveis de decupagem. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.12, n.3, p. 675-682, 2007.

NAKAMURA, E.; MARTIN, D. El método etnográfico en investigaciones sobre necesidades en salud: un análisis sociocultural. In: EGRY, E.Y.; HINO, P. (org.) *Las necesidades en salud en la perspectiva de la atención básica: guía para investigadores*. São Paulo: Dedone editorial, 2009.

NICHIATA, L.Y.I.; TAKAHASHI, R.F.; BERTOLOZZI, M.R. Perspectivas evaluativas de las vulnerabilidades en salud. In: EGRY, E.Y.; HINO, P. (org.) *Las necesidades en salud en la perspectiva de la atención básica: guía para investigadores*. São Paulo: Dedone editorial, 2009.

NUNES, E. D. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: uma revisão da produção científica. *Revista de Saúde Pública*. 40 (n. Esp.): 64-72, 2006.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. *et al.* (org) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica Saúde*, v.2, n.2, p.47-59, 2006. Disponível em: <http://www.hygeia.ig.ufu.br/viewarticle.php?id=26>. Acesso em: 03 set. 2010.

PEREIRA, R.; PARANHOS, L. S. Utilização do cadastro técnico multifinalitário no mapeamento de condições de saúde – a experiência do município de Montes Claros/MG. *Informática Pública* [online] v.4, n.1, p.55-70, 2002. Disponível em: [http://www.ip.pbh.gov.br/ANO4\\_N1\\_PDF/ip0401pereira.pdf](http://www.ip.pbh.gov.br/ANO4_N1_PDF/ip0401pereira.pdf). Acesso em: 29 jun. 2009.

PICCINI, R. X., FACCHINI, L. A., TOMASI, E., THUMÉ, E., SILVEIRA, D.S., SIQUEIRA, F.V. *et al.* Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* [online] v.11, n.3, p.657-667, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300014&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300014&lng=en). Acesso em: 17 set. 2009.

ROUQUAYROL, M. Z. Contribuição da epidemiologia. In: CAMPOS, G.W. *et al.* (org) *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª reimpressão. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

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

ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e saúde*. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1994.

SANTOS, A.L., RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho educação e saúde* [online] v.8, n.3, p.387-406, 2010. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462010000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 23 fev. 2011.

SCHRAIBER, L.B., MENDES- GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B., NEMES, M.I.B., MENDES-GONÇALVES, R.B. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000, 29-47.

SILVA, A.M.R., OLIVEIRA, M.S.M., NUNES, E.F.P.A., TORRES, Z.F. A unidade de saúde e seu território In: ANDRADE, S.M., SOARES, D.A., CORDONI JUNIOR, L. *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. UEL, 2001, 145-160.

TOMAZI, Z.F. Conhecer a realidade local para o planejamento descentralizado. In: SILVA, S.F. *A construção do SUS a partir do município*. São Paulo: Hucitec; 1996.

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E.V. (org) *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco. 2 ed. 1994.

Artigo recebido em 16-09-2018  
Artigo aceito para publicação em 18-07-2019