

## TERRITÓRIO, GEOGRAFIA E SAÚDE: A CARTOGRAFIA TERRITORIAL COMO INSTRUMENTO INTEGRADOR

**Igor Brasil de Araújo**

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências da Vida, Salvador, BA, Brasil  
brasilsoueu@gmail.com

**Gustavo Barreto Franco**

Universidade do Estado da Bahia, Pós-Graduação em Estudos Territoriais, Salvador, BA, Brasil  
gbfranco@uneb.br

**Agripino Souza Coelho Neto**

Universidade do Estado da Bahia, Pós-Graduação em Estudos Territoriais, Salvador, BA, Brasil  
agscneto@uneb.br

### RESUMO

O objetivo deste trabalho, de cunho teórico, é estabelecer diálogos entre as concepções de território na Geografia, na Saúde e na Estratégia Saúde da Família; e a Cartografia Territorial, a fim de preencher lacunas de sistematização teórico-práticas. O presente texto encontra-se estruturado em três seções: a primeira seção empreende um movimento de rastreamento da amplitude de significações e apropriações do conceito de território no terreno da Geografia; a segunda seção discute os diversos usos e apropriações dos conceitos de Território e Territorialização, na saúde e na Estratégia Saúde da Família; e a terceira seção apresenta a potencialidade da Cartografia Territorial como instrumento integralizador de diversas variáveis de interesse da saúde e no processo de tomada de decisão em políticas públicas. Por fim, espera-se subsidiar os estudantes, professores, trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, numa perspectiva de se fazer o planejamento e a operacionalização de práticas de saúde que (re)conheçam concretamente a dinâmica territorial.

**Palavras-chave:** Planejamento Territorial. Geografia da Saúde. Política Pública.

## TERRITORY, GEOGRAPHY AND HEALTH: THE TERRITORIAL CARTOGRAPHY AS AN INTEGRATING INSTRUMENT

### ABSTRACT

The objective of this theoretical work is to establish dialogues between the conceptions of territory in Geography, Health and Family Health Strategy; and the Territorial Cartography, in order to fill gaps in theoretical-practical systematization. The present text is structured in three sections: the first section undertakes a movement to trace the breadth of meanings and appropriations of the concept of territory in the field of Geography; the second section discusses the various uses and appropriations of the concepts of Territory and Territorialization, in health and in the Family Health Strategy; and the third section presents the potential of the Territorial Cartography as an integrating instrument of several variables of health interest and in the decision making process in public policies. Finally, it is hoped to subsidize students, teachers, workers, managers and users of health services, with a view to planning and implementing health practices that concretely recognize the territorial dynamics.

**Keywords:** Territorial Planning. Geography of Health. Public Policy.

## INTRODUÇÃO

Trata-se de um ensaio teórico que procurou estabelecer diálogos iniciais entre as concepções de território na Geografia - campo disciplinar que o assumiu como conceito-chave –, na saúde e na Estratégia Saúde da Família – que tem feito apropriações do conceito, havendo conflitos de natureza conceitual e instrumental –, e a Cartografia Territorial, com objetivo de preencher lacunas de sistematização teórico-práticas.

O presente texto encontra-se estruturado em seções. A primeira seção empreende um movimento de rastreamento da amplitude de significações e apropriações do conceito de território no terreno da Geografia. Durante este percurso, procurou-se identificar alguns fenômenos que foram interpretados a partir das diferentes concepções, mas, que, dialeticamente serviram de base empírica para dar sustentação às formulações teóricas. A segunda seção discute os diversos usos e apropriações dos conceitos de Território e Territorialização, na saúde e na Estratégia Saúde da Família. Nesse caminho, discutem-se os conflitos e divergências gerados a partir da apropriação e operacionalização destes termos, assim como seus desdobramentos. A terceira seção apresenta a potencialidade da Cartografia Territorial como instrumento integrador de diversas variáveis de interesse da saúde e no processo de tomada de decisão em políticas públicas.

Por fim, a última seção, sem querer esgotar a discussão sobre o tema, traz as possibilidades de contribuição para os pesquisadores, estudantes, professores, trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, numa perspectiva de se fazer o planejamento e a operacionalização de práticas de saúde que (re)conheçam concretamente a dinâmica territorial.

## DOS CONCEITOS DE TERRITÓRIO: APROXIMAÇÕES TEÓRICAS

O conceito de território vem encontrando uma ampla utilização na ciência, mas, também, no campo da formulação de políticas públicas e nas estratégias socioespaciais de uma variada gama de ações coletivas (COELHO NETO, 2013a).

A aplicação desse conceito no âmbito da política e planejamento governamental remonta-se a França, com a adoção do ordenamento territorial, originado na escola do *aménagement du territoire*, vinculada à geografia regional francesa da década de 1960. No caso francês, tratou-se de pensar o ordenamento do território após a segunda guerra mundial, assumindo como foco a questão das disparidades regionais e os problemas das zonas urbanas, cujas ações buscaram promover o reordenamento das infraestruturas de circulação, de energia, das reinstalações industriais e das políticas agrárias (DELMAS, 1962).

No caso brasileiro, a experiência pioneira responsável pela visibilidade adquirida pelo conceito de território foi a implantação do Programa Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Territórios Rurais (PNDSTR), proposto pelo Ministério de Desenvolvimento Agrário (MDA) em 2003 (MDA, 2005). A proposta pressupunha a construção de projeto político e de gestões compartilhadas pelos diversos agentes territoriais, seja as instituições públicas, organizações não-governamentais, entidades de classe, associações, cooperativas, enfim, todo um conjunto de atores que interagem no território. A concepção de política e gestão territorial que fundamenta o PNDSTR encontra-se centrada na construção de uma nova institucionalidade que recebe o nome de território, apoiando-se na ideia de promoção do desenvolvimento territorial, no estabelecimento do espaço rural como foco de atuação, e da gestão social como princípio que pretende garantir o envolvimento da sociedade civil no processo de construção política.

No caso baiano, em 2006, o Governo da Bahia, alinhado e apropriando-se do legado do Governo Federal, propôs a formulação dos Territórios de Identidade, compartimentando o espaço baiano em 27 territórios. Trata-se de uma regionalização que substituiu as antigas regiões econômicas e que tem cumprido o papel de levantamento e sistematização de dados para subsidiar os estudos e as políticas governamentais.

No âmbito da sociedade civil, algumas experiências de ações coletivas tem acionado o conceito de território como conteúdo de suas estratégias de luta, afirmação, empoderamento e sobrevivência, enfim, de sua reprodução social (COELHO NETO, 2013a). Almeida (2004) reforça o papel do processo de territorialização nas lutas dos movimentos sociais, como componente de reconhecimento político dos agentes sociais e de suas “terras tradicionalmente ocupadas”, uma vez

que as “comunidades tradicionais” expressam formas diversificadas de organização social e de apropriação dos recursos da natureza que conformam territorialidades específicas, estabelecidas através de relações de poder e na afirmação de identidades.

Essas constatações permitem entender o nível de operacionalização do conceito fora dos limites da ciência. Contudo, no plano do conhecimento científico, o conceito também experimentou uma pulverização que atesta a amplitude de usos e significações, quando nos deparamos com a volumosa produção acadêmica (especialmente no campo disciplinar da Geografia) que se debruça sobre a sua discussão teórico-metodológica e seu acionamento para realizar a leitura de fenômenos de naturezas distintas.

Coelho Neto (2013b), realizando uma varredura nas principais obras da literatura geográfica anglo-saxônica, francesa e brasileira, identificou os principais componentes definidores do conceito de território: a multiescalaridade, a multidimensionalidade e a relação espaço-poder. Os dois primeiros componentes nos interessam em particular, em decorrência das possibilidades analíticas que proporcionam para pensar as múltiplas e diversas territorialidades dos grupos sociais. O modo como a literatura geográfica foi passando a tratar o conceito permitiu que outras áreas do conhecimento se apropriassem, ampliando o raio de alcance de sua utilização.

Vale ressaltar que esse alargamento do conceito, que possibilitou a ampliação dos limites tradicionais do conceito de território, circunscrito às fronteiras do Estado nacional, se deve a contribuição fundamental de Raffestin (1993, p. 152), cuja compreensão abarca outros agentes territoriais, ou seja, outros agentes que produzem os territórios, pois, “do Estado ao indivíduo, passando por todas as organizações pequenas ou grandes, encontram-se atores sintagmáticos [que realizam um programa] que ‘produzem’ o território”.

Para Raffestin (1993, p.143), o território “é o resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível”. Trata-se de “um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por consequência, revela relações marcadas pelo poder” (RAFFESTIN, 1993, p. 144). Nesta perspectiva é possível pensar num conjunto de ações organizadas por um agente social (agência estatal, organizações sociais como uma organização não governamental, um sindicato ou uma associação) tendo em vista atingir determinados objetivos, a exemplo de melhorar as condições de vida numa dada região.

Uma contribuição seminal para pensar a territorialidade é encontrada na obra de Sack (1986), considerando que a territorialidade é definida como a tentativa por um indivíduo ou grupo para afetar, influenciar ou controlar pessoas, fenômenos e relações, pela delimitação e afirmação do controle sobre uma área geográfica.

A definição de territorialidade envolve a delimitação e o controle de uma área, o que pressupõe a existência de limites e do controle concreto sobre fração do espaço. No entanto, o autor recusa a natureza imutável e fixa da territorialidade, propugnando seu caráter móvel e variável em termos de temporalidade e espacialidade, pois, “um lugar pode ser um território num momento e não (ser) em outro, e um território (territorialidade) pode criar um lugar onde não existe antes. Além disso, a afirmação da territorialidade pode ser aplicada somente por um tempo limitado” (SACK, 1986, p. 16, tradução nossa).

O referido autor aciona o exemplo do lar contemporâneo, no qual os pais pretendam evitar que os filhos acessem partes da casa, como a cozinha no momento que a comida está no fogo. Suponhamos que os pais resolvam restringir o acesso das crianças às coisas no espaço (panelas e talheres) proibindo a entrada na cozinha. Neste caso, os pais estão tentando limitar o acesso das crianças às coisas, declarando um controle sobre uma área precisa.

Souza (1995) declara que o conceito não precisa e nem deve ser reduzido a essa escala ou à associação com a figura do Estado, pois, territórios são construídos e desconstruídos nas mais diversas escalas geográficas, seja da microescala urbana de uma rua ou um bairro, até a escala internacional, como a área formada pelo conjunto de territórios dos países membros da Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN). Para o autor, em termos das escalas temporais, os territórios podem ser construídos e desconstruídos em escalas diferentes, como séculos, décadas, anos, meses, dias. Esta perspectiva, que contraria o entendimento de que o território se conforma exclusivamente na escala do Estado nacional e das longas durabilidades produtoras da identidade, abre uma ampla possibilidade de aplicação do conceito a fenômenos que

ocorrem em outras escalas espaciais e temporais. Para o autor, os territórios podem ter um caráter permanente, mas, também, podem ter uma existência periódica, cíclica.

Souza (1995) toma como exemplo os territórios da prostituição, que são comumente encontrados em áreas de obsolescência ou espaços “deteriorados” dos centros das grandes metrópoles. Estes espaços centrais, segundo o autor, apresentam um caráter cíclico com alternância habitual dos usos diurnos e noturnos. Trata-se de territórios flutuantes e móveis, cujos limites tendem a ser instáveis, com as áreas de influência deslizando pelo espaço concreto de ruas, becos e praças.

Coelho Neto (2013a, 2016) propõe uma concepção original de territorialidade, construída a partir da observação do comportamento espacial das ações coletivas no Espaço Sisaleiro da Bahia:

“a territorialidade é concebida como os nexos que os grupos sociais estabelecem entre si e com o espaço, implicando em uma apropriação material e/ou simbólica, conferindo-lhe uma significação que possibilita as redes socioterritoriais [grupos sociais] construir novas formas de reprodução social.” (COELHO NETO, 2013a, p. 388).

Empiricamente, o autor se debruçou sobre a ação de associações comunitárias rurais, cooperativas de agricultores camponeses e sindicato de trabalhadores rurais, identificando que a territorialidade se configura como uma estratégia socioespacial das redes de organizações sociais, manifestando-se a partir (a) da demarcação de um espaço-referência no planejamento estratégico e nas ações das principais organizações-rede, (b) da apropriação de elementos espaciais (remetidos à Região Sisaleira ou Território do Sisal) no desenvolvimento de suas atividades, (c) da construção de um projeto político coletivo para o Território do Sisal, e (d) da elaboração de enunciados, discursos e reivindicações de base espacial em torno da Região Sisaleira/Território do Sisal. Os sujeitos individuais e coletivos, organizados territorialmente, apropriam-se de frações do espaço, que é acionado e significado nas tramas sociais, tornando-se território (COELHO NETO, 2013a; 2016).

Um debate extremamente relevante do ponto de vista epistemológico encontra-se na densa obra de Haesbaert (1995; 1997; 2002; 2004; 2006; 2007; 2009; 2010). Dentre as contribuições provocativas e fecundas que o referido autor formula, destaca-se a perspectiva da multidimensionalidade do território.

Haesbaert (1997; 2004) vai se aproveitar de uma concepção do filósofo Henry Lefebvre que distingue domínio e apropriação. Nesta perspectiva, o domínio teria uma dimensão mais concreta, de caráter político-disciplinar, enquanto a apropriação teria uma dimensão imaterial de caráter simbólico-cultural. É partir dessa distinção que Haesbaert declara:

“O território envolve sempre, ao mesmo tempo, mas em diferentes graus de correspondência e intensidade, uma dimensão simbólico-cultural, através de uma identidade territorial atribuída pelos grupos sociais como forma de ‘controle simbólico’ sobre o espaço onde vivem (sendo, portanto, uma forma de apropriação) e uma dimensão mais concreta, de caráter político disciplinar: o domínio do espaço pela definição de limites ou fronteiras visando a disciplinarização dos indivíduos e o uso/controle dos recursos aí presentes.” (HAESBAERT, 1997, p. 42)

Talvez a mais destacada contribuição de Haesbaert seja apontar a multidimensionalidade do conceito de território, porquanto sua perspectiva reconhece a inseparabilidade das dimensões material-imaterial, defendendo sua imbricação. Neste sentido, o autor considera que o processo de territorialização conjuga processos de dominação e de apropriação, reunindo uma dimensão concreto-funcional e outra simbólico-afetiva.

Em termos sumários, Haesbaert (2004) identifica que o território vem sendo abordado em duas perspectivas principais: materialista e idealista. Os estudos desenvolvidos em uma perspectiva materialista têm privilegiado a dimensão físico-concreta, compartimentada em três concepções. A naturalista, que considera o território com base nas relações entre sociedade e natureza, moldadas através do comportamento natural dos homens em relação ao seu meio físico. A concepção jurídico-política concebe o território “como espaço delimitado e controlado através do qual se exerce um determinado poder, na maioria das vezes – mas não exclusivamente – relacionado ao poder

político do Estado” (HAESBAERT, 2004, p. 40). Na concepção econômica, por sua vez, o território é visto “como fonte de recursos e/ou incorporado no embate das classes sociais e na relação capital-trabalho, como produto da divisão ‘territorial’ do trabalho” (HAESBAERT, 2004, p. 40). A perspectiva ‘idealista’, que valoriza o imaterial, abstrato, “prioriza a dimensão simbólica e mais subjetiva, em que o território, é visto, sobretudo, como produto da apropriação/valorização simbólica de um grupo em relação ao seu espaço vivido” (HAESBAERT, 2004, p. 40).

Outra discussão fortemente presente no debate geográfico, diz respeito ao entendimento que aponta para as distintas lógicas espaciais que diferenciam as redes e os territórios. Segundo Coelho Neto (2013c), decorre dessa assertiva duas compreensões gerais que se opõem e que concorrem para a problematização do debate. Uma primeira perspectiva assentada numa marcada distinção entre rede e território, considerando-os como portadores de lógicas espaciais inconciliáveis e que não são passíveis de serem pensadas como perspectivas que se integram e se complementam. Por outro lado, também admitindo que as noções de rede e de território apresentam distinções, a outra perspectiva trabalha com as ideias de implicação e reciprocidade segundo diferentes modos de operacionalização.

Certamente, a raiz da aparente oposição se encontra nos sentidos tradicionalmente construídos e largamente utilizados e difundidos para cada termo. A noção de território concebida como uma superfície/área com limites bem demarcados que configuram uma contiguidade espacial. E a noção de rede, fundamentalmente apoiada numa racionalidade reticular (PARROCHIA, 1993), caracterizada pela linearidade e pela mobilidade/circulação (COELHO NETO, 2013c, p. 27).

Desse modo, rede e território conformam uma dicotomia, constituída por duas lógicas antagônicas e dissonantes que se relacionam em tensão. Coelho Neto (2013c) elabora com base nos termos que aparecem em Haesbaert (1997; 2002; 2004) e Painter (2009), um quadro-síntese elencando os termos que compõem os diversos raciocínios associados às noções de rede e de território. O autor identifica um conjunto de termos-referência da dicotomia território-rede que expressam formas/configurações matemáticas/espaciais, indicando que o território equivale à superfície/área, plano, contiguidade, espaço areolar e fixos. A rede, por sua vez, equivale a nós/linhas, retas, descontinuidade, espaço linear e fluxos.

Por outro lado, mesmo admitindo as distintas dinâmicas entre as redes e os territórios, defende-se sua imbricação para pensar as formas espaciais na contemporaneidade. Haesbaert (2002) na análise da espacialidade da rede terrorista Al Qaeda vai nesta direção, uma vez que sustenta sua compreensão na articulação entre a lógica zonal atribuída ao território e a lógica reticular imputada à rede. Para lançar luz sobre a complexa organização territorial que envolve o funcionamento da rede terrorista, o autor recorre às noções de territórios-zona e territórios-rede, consideradas como “tipos ideais”, separáveis apenas no plano da análise, mas, estreitamente imbricadas no âmbito da realidade efetiva. Essas duas lógicas distintas, mas, implicadas, comporia de modo indissociável o conteúdo territorial, sendo elementos para pensar a dinâmica socioespacial na contemporaneidade (COELHO NETO, 2013c).

Uma síntese das contribuições em favor do alargamento do conceito de território pode ser verificada no texto de Coelho Neto (2013b), apontando exatamente na direção de uma ressignificação da multiescalaridade, da multidimensionalidade e da relação espaço poder.

“Questionamento da concepção de território, concebido, exclusivamente, a partir de limites espaciais e temporais bem definidos e imutáveis, reduzido às fronteiras do Estado nacional e às longas durabilidades geradoras de identidade espacial. Reforço do caráter político do espaço através do conteúdo do território, como produto/produzidor da relação espaço-poder, considerando que as diferentes matrizes interpretativas sobre o poder permitem distintos aportes para pensar a territorialidade humana. Problematização das concepções polarizadoras, unidimensionais e excludentes sobre o território, apontando para a superação da dicotomia material-simbólico e para perspectivas que contemplem a ideia de multidimensionalidade.” (COELHO NETO, 2013b, 49-50)

O conjunto de acepções apresentadas e os exemplos empíricos analisados à luz do conceito de território é uma sinalização importante da amplitude do conceito que vem inspirando seu

acionamento por outros campos disciplinares, como é o caso de sua apropriação por disciplinas situadas na área da saúde e que é objeto da próxima seção.

## **DOS USOS DO CONCEITO DE TERRITÓRIO NA SAÚDE E NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

O Sistema Único da Saúde (SUS) foi criado com a Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei 8080/90, e normatizado operacionalmente pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) 1991, 1993 e 1996, Norma de Assistência a Saúde (NOAS) de 2001, Pactos pela Saúde 2006 e do Decreto Presidencial 7508/2011 (BRASIL, 1988; 1990; 1991; 1993; 1996; 2001; 2006a; 2011).

Quanto ao funcionamento e organização da Atenção Básica, visando garantir um maior e mais facilitado acesso ao cuidado, à prevenção de doenças e à promoção da saúde, o governo brasileiro implantou, em 1994, o Programa da Saúde da Família (PSF), que em 2006 passou a ser chamado de Estratégia da Saúde da Família (ESF); e foi estruturada pela Política Nacional de Atenção Básica em 2006, modificada e atualizada em 2012, e reformulada em 2017 (BRASIL, 2006b; 2012).

Em todos estes documentos que operacionalizam, normatizam e trazem diretrizes para o funcionamento das ações e serviços de saúde, não há um consenso sobre o uso do conceito de território, que, na maioria das vezes, se concentram em dividir as responsabilidades administrativas e técnicas do ponto de vista da gestão do sistema e dos serviços e aparecem com sentidos e nomenclaturas distintas: distritos sanitários, microárea, território saúde e outros.

Território, nos documentos técnicos, aparece como regiões formadas por agregados de municípios em termos administrativos e burocráticos (MONKEN e BARCELLOS, 2005; GONDIM et al, 2008). As divisões territoriais no SUS se caracterizam formalmente como áreas de atuação, administrativas, gerenciais, econômicas e políticas, resgatando o conceito de território como instância de poder. Desta forma, é perceptível que os Sistemas de Saúde se organizam sobre uma base territorial, e assim, a distribuição dos serviços segue uma delimitação de áreas de abrangência, coerentes com os níveis de complexidade dos serviços ofertados (PEREIRA e BACELLOS, 2006).

As NOBs preocupavam-se em explorar necessidades de saúde de acordo com as características do município (categoria geográfica de maior ênfase). De maneira geral, as NOBs, tinham por objetivo político maior fortalecer o processo de municipalização, mesmo sem maior autonomia sobre os recursos comparado à esfera federal (MORAES e CANÔAS, 2013).

A NOAS implementa a categoria região como uma fragmentação do território e identifica sub-regiões dentro de uma região como forma de melhor operacionalizar a gestão da saúde e de forma articulada, conformando-se regiões com base nas realidades locais. Este processo veio como estratégia de superação da descentralização excessiva provocada pelas NOBs, com identificação de prioridades de intervenção com limites que superavam o município, a fim de se construir regiões que garantissem o acesso a todas as ações e serviços de saúde demandados (TEIXEIRA, 2002).

O Pacto pela Saúde trouxe a incorporação do princípio de solidariedade, visando alcançar maior eficiência nas respostas do SUS, ao tempo que define responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população (MACHADO et al., 2009). E, concretamente, circunscrevendo e ratificando o percurso histórico das políticas, impregnando o conceito de território enquanto espaço político de distribuição das ações e serviços de saúde, tem-se, mais recentemente, o Decreto 7508/11 que incorpora o "Mapa da Saúde", como descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema (BRASIL, 2011).

Adentrando especificamente ao contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) (especificamente à ESF) a mesma foi concebida com objetivo de proceder a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 2012).

A ESF adota a diretriz de vínculo e propõe a adscrição de clientela (BRASIL, 2012), de até 4 mil pessoas em um determinado território, que se adscvem a uma equipe composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar/técnico de enfermagem, 1 dentista e auxiliar/técnico de saúde bucal e até 12 agentes comunitários de saúde (ACS) numa mesma equipe, e com no máximo 750 pessoas cadastradas por ACS. Esta equipe passa a ser a “porta preferencial de entrada” do serviço de saúde, não tendo um esquema para atendimento da demanda espontânea, mas incorporando ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação.

Segundo Franco e Merhy (2004), é dada à ESF a missão de mudar o modelo assistencial para a saúde. Contudo, não há uma real desburocratização do acesso aos serviços. A ESF tem sua base teórica articulada ao campo da vigilância à saúde, quase restritivamente centrada no território, de acordo com as concepções desenvolvidas pela Organização Pan-Americana de Saúde. Ou seja, inspira-se em ações e cuidados oferecidos no ambiente. Não prioriza a prática clínica, nem toma como desafio uma abordagem individual. Desta forma, segundo os autores, aprisiona o trabalho vivo em normas e regulamentos, transformando suas práticas em “trabalho morto” dependentes.

Com relação ao modelo médico hegemônico hospitalocêntrico, para além da adscrição, o modelo da ESF possui diferenças acentuadas, tais como: incorporação do conceito de saúde como qualidade de vida e direito de cidadania; ações pautadas na coletividade, sem desprivilegiar o contexto indivíduo e subjetivo das práticas; a hierarquização da rede de serviços em níveis de complexidade crescentes articulados e coordenados pela ESF; intervenção por equipe multidisciplinar, com planejamento e pautados em dados epidemiológicos e priorizado por famílias ou grupos de risco; estímulo à participação popular e controle social; práticas extramuros direcionadas para os territórios; e funcionamento pautado na organização da demanda e no acolhimento com resolutividade dos problemas de saúde da comunidade (ANDRADE et al., 2004; BRASIL, 2012).

Entretanto, na prática, a estratégia convive com conflituosos desafios e contradições. As características elencadas anteriormente não são operacionalizadas e nem percebidas de forma homogênea no interior das equipes, dentre equipes de uma mesma unidade, entre unidades diferentes numa mesma cidade, muito menos entre realidades distantes. Persiste um caráter prescritivo das ações de saúde como se elas precisassem ser ditadas a priori, ausentando-se a criatividade e a busca por projetos de felicidade individuais e coletivos (talvez como resultado da frágil formação do trabalhador, voltada exclusivamente para o manejo de patologias com recurso da clínica tradicional). Insiste-se num trabalho fragmentado, sem incorporação de práticas em equipe, e, principalmente, a ausência de operacionalização e consolidação de um conceito de território potente o suficiente para disparar transformações no modo de andar a vida da comunidade (MERHY et al, 2013).

Pereira e Bacellos (2006) discutem que, na ESF, é perceptível uma preocupação em se operacionalizar o conceito de território, no entanto, sem promover uma ampla discussão acerca de seus múltiplos sentidos. A ansiedade na operacionalização sem uma discussão acerca do sentido mais apropriado provoca, na maioria das vezes, um depósito de atributos e características acerca de uma população, sem maiores utilidades práticas e dinâmicas. Estes autores conseguem diferenciar três concepções e três características atribuídas a este território. Enquanto concepção, o território é conceituado enquanto (a) modo de entender a sua área de trabalho; (b) como forma com que a ESF se organiza; ou (c) a maneira com que se estabelecem os vínculos com a população e o território. Já quanto às características atribuídas, tem-se: a) um território amorfo que comporta os usuários que são atendidos; b) um local com atributos de difícil compreensão; ou c) um local com características próprias que interferem na forma com que os usuários que o habitam pensam e agem.

Monken e Barcellos (2005) trazem que o território se constrói e se desconstrói permanentemente, onde inclusive se verifica a interação entre os usuários dos serviços com os trabalhadores no nível local. Esta população vive num espaço que compartilhado, com problemas de saúde definidos e interagindo com gestores de diferentes unidades que oferecem serviços de saúde. Desta perspectiva bidirecional, tanto o reconhecimento do território caracteriza os problemas de saúde que exigem intervenções de diversos atores, quanto também é capaz de aferir a avaliação de impacto dos serviços sobre a saúde da população (SANTOS e RIGOTTO, 2010).

Porém, simultaneamente, Guimarães et al. (2003), conceituam o território como espaço disforme, porém delimitado, em que se prevalece, nesta delimitação, a máxima homogeneidade que agrega condições onde a prática do planejamento e intervenção das ações de saúde, de forma multi e intersetorial, possa ser comum e resolutive para a população adscrita. Apesar de suas diferenças e descontinuidades, haveria um “padrão de homogeneidade” que dá sentido à delimitação realizada e “facilita” sua articulação e seu processo de trabalho com o território.

De forma diferente, Faria (2013, p. 132) apresenta uma concepção com bases no direito à saúde, em que o território, pode ser tomado, “de um lado, como uma possibilidade de efetivação do direito e, de outro, como resultado e consequência dessa possibilidade de efetivação”, pois a questão do direito à saúde está estritamente atrelada ao território e a forma com que os serviços estão dispostos territorialmente. Desta forma, conjugam-se os princípios doutrinários de universalidade e equidade, como questões de justiça social. Assim, o direito à saúde envolve o direito ao território, pois a saúde se constitui muito mais como um problema social que médico. O direito à saúde, segundo o autor, não se efetiva sem a garantia de outros direitos, como o direito à vida; e por isso o SUS precisa se fazer sistêmico e integrado, numa perspectiva de totalidade. Complementa que “o território é o ponto de partida, não os critérios utilizados para definir limites” (FARIA, 2013, p. 138).

Para Faria (2014), ao discutir as redes de atenção à saúde, toma o território e as redes de atenção como dimensões intercambiáveis, interdependentes e dialéticas, devendo a atenção ser organizada sobre uma realidade territorial, em que estruturas e ações atendam a estas realidades. Seria lógico a adequação da rede de atenção à saúde (incluindo-se prioritariamente as unidades básicas de saúde com ou sem Saúde da Família) aos territórios reconhecidos pelos seus usos, numa perspectiva de oferta de serviços adequados às necessidades e perfis do território. O território “é sistêmico, integrado, por vezes desarticulado e fragmentado, mas não isolado” (FARIA, 2014, p. 174).

Do ponto de vista da ESF, o conceito de território sempre esteve atrelado à área de atuação das equipes, o limite de atuação do serviço e a população sob sua responsabilidade (FARIA, 2013). Assim, orienta-se que as divisões territoriais da ESF deveriam ser realizadas com lógica centrada e exclusiva no quantitativo de população a ser atendida (PENA et al, 2009). Cabe então, à ESF adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado (BRASIL, 2012).

Nesta acepção, compreende-se que o território constitui a área de atuação do serviço, em que para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família o parâmetro de uma UBS para, no máximo, 18 mil habitantes; e, para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para, no máximo, 12 mil habitantes (BRASIL, 2012). Na tentativa de ordenar o território com possibilidades práticas de intervenção, Guimarães et al. (2003) propuseram, de forma reducionista, a subdivisão em: território-área (área de abrangência de uma equipe de saúde); território-microárea (correspondente à área coberta por um agente comunitário de saúde) e território-moradia (residências ocupadas pela família).

Neste território delimitado, busca-se mapear as áreas de risco (do ponto de vista dos determinantes ambientais e sociais da saúde) e compreender-se as dinâmicas de produção de vida da população, conhecer os problemas de saúde mais importantes, suas causas e consequências (GONDIM et al., 2008; CARDOSO et al., 2008). Neste sentido, o conceito de território é próximo a uma noção de território utilizado, espaço histórico, político, dinâmico, cotidiano, onde se constroem as identidades e valores, de maneira simbólica, como um lugar de apropriação de direitos e saberes de grupos sociais que possuem uma identidade com aquele território construída no decorrer da história, ou seja, um local construído historicamente e onde ocorrem as relações de vida e de trabalho da população que se apropria dos valores simbólicos destas relações e que ao mesmo tempo é considerado como local de ações políticas (MORAES e CANÓAS, 2013).

O entendimento do território por parte dos trabalhadores e usuários do sistema influencia a forma como ele é incorporado nas práticas da ESF, que também sofre, em maior ou menor grau, interferência da gestão do sistema. Segundo Pereira e Barcellos (2006), as concepções de território sofrem um descompasso entre os diferentes entes federados. O Ministério da Saúde, como forma de tentar facilitar o processo de oferta de serviços, muitas vezes não reconhecem que os territórios

micropolíticos de inserção dos serviços devem ser os protagonistas para os processos de organização, distribuição e oferta de serviços. Desta forma, muitas vezes, o município ou mais especificamente, as unidades e as equipes de Saúde da Família necessitam adequar as normas vindas verticalmente da esfera federal e estadual às reais necessidades e dinâmicas do território.

O reconhecimento de problemas de saúde no território deve ir além do cômputo de doenças e suas prevalências e incidências (mediante as notificações), e partir para abordagem e problematização acerca das vulnerabilidades e dos determinantes sociais do processo saúde-doença. O conhecimento do território pode ser o ponto de partida, confluindo-se um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários, além de incorporar também, do ponto de vista coletivo, as diferenças de posições ocupadas pelas pessoas na sociedade (MIRANDA et al, 2008; TEIXEIRA, 2002; TEIXEIRA et al.,1998). Segundo Santos e Rigotto (2010), urge a construção de uma nova “vigilância em saúde”, que problematize o processo saúde-doença com base no território e seus contextos de uso e disputas dos variados projetos, conectados à dinâmica de transformações do território.

Costa Neto (2000), ao descrever os passos para a implementação de programas locais, aponta que o cadastramento da comunidade, a consolidação de informações e a identificação de áreas de risco, para em seguida se elaborar um plano de ação conjuntamente com o mapeamento da área de atuação da USF. Santos e Rigotto (2010), ao enfatizar as vigilâncias em saúde do trabalhador e ambiental, sugerem uma outra metodologia para compreender o processo saúde-doença na dinâmica viva dos territórios, através de diversos instrumentos, como: dados secundários, questionários, grupos focais, rodas de conversa, entrevistas, construção de mapas e desenhos.

Monken (2008) salienta o equívoco explícito de se empregar a territorialização como distribuição dos serviços de saúde, como apontado nos documentos técnicos. Mas que deve ser empregada enquanto processo de análise dos diferentes contextos de uso de um território, uma tecnologia. Pereira e Barcellos (2006) trazem que, neste processo, esta tarefa adquire três sentidos diferentes que se complementam: a) a demarcação de limites nas áreas de cobertura dos serviços; b) reconhecimento do ambiente, da comunidade e dinâmica social que se estabelece entre eles; e c) a construção de relações horizontais com os demais serviços de maior complexidade do sistema (até podendo-se adentrar para a incorporação com outros setores da sociedade).

Monken e Barcellos (2005) ainda complementam que a identificação dos territórios representa um caminho metodológico de organização do processo de trabalho e práticas de saúde. Considera uma delimitação espacial prévia de atuação de um serviço de saúde, oportunizando um melhor (re)conhecimento e apropriação do espaço local e das relações da população com os serviços de saúde no território.

Faria (2013) reconhecendo as diversas alusões ao termo territorialização, prefere intitular este processo enquanto técnica, pois se apresenta como uma proposta de intervenção em uma realidade, ou enquanto técnica de planejamento e gestão dos serviços no SUS. É, segundo o autor, uma política de Estado, um processo de apropriação do espaço pelos serviços de Atenção Primária ou de “criação” de territórios de atuação das unidades, utilizada para planejar a localização e os modos de imersão territorial dos demais serviços de saúde. Especificamente, na Atenção Primária/ESF, sua operacionalidade deve acontecer numa base territorial muito bem definida. Desta maneira, a territorialização cria territórios para os serviços; é essa a função do ato territorializador. Porém, é importante refletir sobre o motor provocador desse processo, ou seja, sobre a relação de poder que o desencadeia e o seu resultado prático. A perspectiva dos perfis apresenta um caminho que permita pensar os usos do território como condição primeira do planejamento dos serviços de atenção primária. Os perfis são reconhecidos, delineados, não criados. Há inúmeras formas de fazê-lo, cada qual importante conforme os objetivos que se apresentam.

Desta forma, os perfis territoriais são reconhecidos e delineados e os territórios são “criados para” os serviços de saúde como forma de planejar a sua localização e organização. A territorialização não pode se limitar à definição do limite da equipe de saúde, mas sim a base para o relacionamento de responsabilização entre trabalhador de saúde e usuário (FARIA, 2013; 2014).

Faria (2013) salienta sobre a dificuldade de delimitação do território, pois alguns gestores reduzem seu fazer a traçar uma linha no mapa, criando um significado do senso comum. As tentativas de combater o reducionismo não são recentes, como aponta os trabalhos de Mendes (1993), Unglert

(1995) e Monken (2008). Faria (2013) reconhece que criar limites para os serviços não é fácil. E participar dos processos de territorialização do serviço e mapeamento da área da abrangência é atribuição de todos os profissionais da ESF. Porém, o problema está em como operacionalizar uma territorialização, distante das formações burocráticas e engavetadas.

Convencionalmente, recai-se sobre uma territorialização burocrática porque, politicamente, o Estado, através do Ministério da Saúde, já impõe os limites baseados nas possibilidades de oferta do serviço. A demarcação geográfica (cadastramento e adscrição) comumente acontece antes do (re)conhecimento dos grupos sociais que existem no território, numa lógica “serviço-oferta-território”. Diga-se: o serviço como agente apropriador, a oferta padronizada como relação de poder, e o território (e a construção de seus limites territoriais) como uma área a ser apropriada, numa relação de imposição, ordem. Constrói-se uma prática de planejamento físico-geométrica e administrativa, não condizente com a estrutura territorial existente, produzindo fragmentação do cuidado e desperdício de recursos e não na lógica de recortes e delimitações com base na oferta e no serviço (FARIA, 2013; 2014).

Santos e Rigotto (2010) ainda salientam que os modelos operacionais e teóricos construídos sobre o processo de territorialização tem caído numa armadilha de reduzirem a potência analítica e descritiva acerca das características da vida das pessoas e tem sido tratado de forma parcial, com fins administrativos e gerenciais dos serviços, apenas.

Como estratégia de superação de conflitos diante do processo de territorializar os serviços, seria necessário a construção de novos e eficazes instrumentos de (re)conhecimento das multiterritorialidades, com o aparecimento de indicadores que subsidiariam o processo de definição de territórios (IANNI e QUITÉRIO, 2006). Para que a superação aconteça, é necessário que as equipes da ESF sejam atentas, comprometidas, responsabilizadas por identificar os processos produtivos do território, suas relações com o ambiente e a saúde locais, e inclusive as relações destes territórios com os fluxos das diversas naturezas externas ao seu espaço – invocando-se as relações de intersectorialidade, e as articulações com outros territórios, mesmo que distantes, porém conectados (RIGOTTO, 2008).

A transformação do olhar do trabalhador, da gestão dos serviços e dos usuários para o território pode trazer como consequências: uma esperança para mudança do modelo de atenção à saúde na ESF construindo ações a partir das demandas do território, construção do vínculo dos trabalhadores e dos serviços com o território, respeito às singularidades sociais e históricas, além da instituição de uma possibilidade de um trabalho pautado na promoção da saúde e estímulo à cidadania (SANTOS e RIGOTTO, 2010).

## **POR UMA PERSPETIVA DE INTEGRAÇÃO: CARTOGRAFIA TERRITORIAL**

A cartografia territorial é uma ferramenta de utilização transdisciplinar que perpassa diversas áreas de conhecimento, inclusive a da saúde, de modo a permitir, por meio da representação, a espacialização dos elementos e secundariamente a contribuir para a sua interpretação, tanto na fase de diagnóstico como na fase de prognóstico. A leitura do território a partir da exibição gráfica (Ex.: mapa) admite apoiar ações contundentes de planejamento e gestão dos atores sociais, dando uma nova visão da natureza e da realidade, assim como subsidiar o processo de trabalho de uma forma mais integrada e exitosa.

No campo da cartografia, existem outras formas de representação do território, como por exemplo, os mapas mentais e croquis que fazem uso da subjetividade, associadas à expressão individual, e conseqüentemente apresentam uma gama de possibilidades de leituras. Os recursos cartográficos citados, não atenderiam a proposta de uma cartografia territorial aplicada à saúde, pois além de não seguir padrões normativos, a leitura tornar-se-ia polissêmica, tendo em vista a falta de utilização das convenções cartográficas (Ex.: projeção; escala; orientação geográfica; séries de símbolos, cores e códigos), as quais são utilizadas de forma a garantir uma padronização internacional das representações cartográficas, permitindo que a linguagem utilizada nos mapas seja mundial.

O processo de levantamento de dados dos aspectos geométricos, ambientais, demográficos, epidemiológicos, econômicos, sociais e culturais do território, permitem aos profissionais de saúde realizar um melhor planejamento das ações, com novas formas de interação do serviço com a comunidade, resultando no desenvolvimento de ações gerenciais efetivas.

Longley et al. (2013) apontam algumas aplicações da cartografia territorial na saúde, exemplificando a importância de localização de pessoas com problemas de saúde (Etapa: inventário), e posterior análise espacial e temporal de disseminação de doenças versus condições sanitárias (Etapa: análise), de modo a permitir a identificação de possíveis focos da doença (Etapa: gestão/tomada de decisão), revelando/explicitando coisas que, de outro modo, seriam invisíveis/implícitas. Destaca-se o caso mais emblemático de correlação de cartografia e saúde, o trabalho do médico sanitário John Snow na identificação das causas da cólera em 1854, comprovando a partir de um mapa que a cólera era transmitida ao se beber água contaminada e não através da contaminação do ar, pois o miasma ainda era considerado a causa da cólera. O surto de cólera estava centrado em torno de uma bomba de água pública na rua Broad do bairro Soho da cidade de Londres, fato que validou a sua teoria e que creditou o uso da análise espacial para a descoberta científica.

De posse de uma base planialtimétrica (mapa contendo os elementos: sistema viário, edificações, hidrografia, curvas de níveis e áreas verdes), há necessidade de se coletar pontos georreferenciados, por meio de um equipamento de baixo custo, como o GPS (Global Positioning System - Sistema de Posicionamento Global) ou por identificação visual na base a partir da vivência in loco. No caso da saúde, os trabalhadores da ESF precisam coletar as coordenadas geográficas ou planimétricas dos domicílios, por meio do GPS, no momento de visita. Contudo, o treinamento especializado da equipe para operacionalização do GPS seria imprescindível para cumprir com êxito a demanda.

Em 2009, o Ministério das Cidades publicou a portaria de número 511 sobre as diretrizes para a criação, instituição e atualização do Cadastro Técnico Multifinalitário (CTM) nos municípios brasileiros. O CTM é o inventário territorial oficial e sistemático do município, embasado no levantamento do limite de cada parcela (menor unidade do cadastro, definida como uma parte contígua da superfície terrestre com regime jurídico único), que recebe uma identificação numérica inequívoca (BRASIL, 2009). Logo, os dados coletados no “domicílio” poderiam ser associados ao da “parcela”, a qual é identificada pela Secretaria da Fazenda, estabelecendo de fato o CTM, tendo vista que é um instrumento transversal e estratégico que não contempla apenas os dados imobiliário de cunho exclusivo para arrecadação de imposto, e sim também de dados socioeconômicos, infraestrutura, segurança, de saúde e ambiental.

Acrescenta-se ainda a potencialidade de otimização dos processos de identificação e atualização territorial, pois é comum nas ocupações “ilegais” o desconhecimento da dimensão dos domicílios (parcelas), ou seja, a ausência de cadastros e mapeamentos confiáveis e atualizados, desta maneira a parceria entre as secretarias municipais aperfeiçoaria o registro territorial, o aumento da arrecadação de impostos e um planejamento urbano adequado de ações contundentes de políticas fiscais, de regularização fundiária, segurança, saúde etc., aumentando a capacidade de resposta e melhora de tomada de decisão.

A partir da aquisição dos dados do território (acessibilidade, renda, rede de esgoto, perfil epidemiológico, por exemplo), é possível a realização, em ambiente computacional, chamado de Sistema de Informação Geográfico (SIG), da sobreposição e fusão de dados, permitindo uma melhor compreensão de problemas, respaldando intervenções por parte da ESF, da rede de serviços de saúde, e do poder público. De acordo com Cruz e Menezes (2009), 90% das decisões efetuadas por órgãos municipais, estaduais ou federais estão relacionados a fenômenos posicionados no espaço geográfico.

Assim, entende-se que a cartografia territorial explicitará a melhor forma de utilização dos recursos existentes, por meio de um planejamento estratégico, com as reais necessidades e demandas prioritárias. Portanto, o domínio da cartografia territorial é imprescindível para o sucesso das ações: definições e domínios de escala do fenômeno (geográfica, espacial ou de análise) e cartográfica, fontes de informação, estabelecimento dos métodos de coleta e de análise. Borges e Bretas (2016) defendem a importância de que o governo constitua e torne acessíveis as bases informacionais para apoio de decisões, que ajudem na compreensão dos temas, em especial, por permitir identificá-los em perspectiva espacial; e que os processos decisórios são dependentes de informação de qualidade, de fácil legibilidade, o que inclui a representação do território.

Por fim, a cartografia territorial reunirá as características do território em diversas escalas, desde o perfil socioeconômico até a localização dos equipamentos urbanos (Ex.: unidade de saúde, igreja e

praça), dispondo como resultado a promoção da análise territorial e conseqüentemente a busca por melhoria na qualidade de vida e dos direitos da população.

A cartografia territorial tem auxiliado na organização e análise espacial de dados sobre ambiente, sociedade e saúde, permitindo a elaboração de diagnósticos de situação e o intercâmbio de informações entre setores. Esse conjunto de técnicas vem sendo gradativamente incorporado a práticas de saúde, em meio ao conflituoso debate no Brasil sobre a incorporação do conceito de território no campo da saúde coletiva (ROJAS et al., 1999; CZERESNIA e RIBEIRO, 2000).

A vigilância em saúde e outras correntes, que priorizam o território como espaço de construção das práticas de saúde, necessitam de instrumentos que incorporem a dimensão do lugar, como expressão do relacionamento entre grupos sociais e seu território. A compreensão de aportes geográficos do modo de vida dos usuários tem grande potência explicativa e analítica, e demanda a identificação de situações-problema para a saúde e, com base nisso, de planejamento e organização das ações e práticas nos serviços, em especial na APS e ESF (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde é uma das áreas importantes e atrativas na qual a cartografia territorial pode contribuir para a solução de problemas práticos. Os aspectos que se expressam no território são dinâmicos, tornando-se necessária a permanente atualização das informações para utilização em anos seguintes.

Mesmo sem um consenso acerca das concepções de território, nos campos da geografia e da saúde, a cartografia territorial consolida-se como um instrumento importante para subsidiar, principalmente, a ESF diante das redes de atenção à saúde. Pois, permite trabalhar diferentes variáveis ao mesmo tempo e auxilia, desde o (re)conhecimento do território para, posterior, operacionalizar um planejamento não burocrático e o monitoramento das ações em saúde sobre um determinado território.

Desta forma, desde que se escolha um sentido para o território na saúde de forma aplicada, é possível operacionalizar uma territorialização capaz de sistematizar variáveis, definir limites de territórios e construir graficamente representações dinâmicas da forma como o processo saúde-doença se apresenta. Neste sentido, a Geografia tem muito a contribuir com a saúde e precisa fazer parte desta construção coletiva de debate, apreensão, entendimento, delimitação (re)conhecimento de territórios.

Conclui-se que este trabalho aborda uma perspectiva integradora problemática e atual, que, sem dúvida, tem sua importância na formação de futuros profissionais e na (re)(des)construção das práticas de trabalhadores de saúde, gestores e usuários, engajados no entendimento de territórios de maneira contrária às apropriações e operacionalizações burocráticas que tem ocorrido na área da saúde.

### REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. W. B. de. Terras tradicionalmente ocupadas: processos de territorialização, movimentos sociais. **Revista Brasileira de Estudos urbanos e Regionais**, v. 6, p. 9-32, 2004. <https://doi.org/10.22296/2317-1529.2004v6n1p9>
- ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I. C. de H. C.; FONSECA, C. D. da. A estratégia de saúde da família. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 88-101.
- BORGES, K. A. de V.; BRETAS, N. L. Infraestrutura de dados espaciais e participação cidadã. In: MOURA, A. C. M. (Org.). **Tecnologias de geoinformação para representar e planejar o território urbano**. Rio de Janeiro: Interciência, 2016. p. 3-21.

BRASIL. **Portaria n. 511, de 7 de dezembro de 2009**. Diretrizes Nacionais para o Cadastro Territorial Multifinalitário (CTM). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 22 de setembro 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 258, de 27 de janeiro de 1991**. Aprova a Norma Operacional Básica SUS 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 de janeiro de 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica SUS 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 de maio de 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova, nos termos do texto desta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população, e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. Diário oficial da União, Brasília, DF, 6 de novembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de assistência à saúde**. Regionalização da Assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União, 30 mar. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. **Decreto nº 7508, de junho de 2011**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 04 de setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

COELHO NETO, A. S. **A trama das redes socioterritoriais no espaço sisaleiro da Bahia**. 2013. 426p. Tese (Doutorado em Geografia). Instituto de Geociências, UFF, Niterói, 2013a.

COELHO NETO, A. S. Componentes definidores do conceito de território: a multiescalaridade, a multidimensionalidade e a relação espaço-poder. **GEOgraphia**, v. 15, p. 23-52, 2013b. <https://doi.org/10.22409/GEOgraphia2013.v15i29.a13652>

COELHO NETO, A. S. Redes e territórios. **Mercator**, v. 12, p. 19-34, 2013c. <https://doi.org/10.4215/RM2013.1228.0002>

COELHO NETO, A. S. Territorialidade: uma proposição teórico-conceitual. In: AMORIM, I. B. De; SILVA, A. M. G. da; CASTRO, S. B. D. de (Org.). **Educação, territorialidade e formação docente: contextualizando pesquisas**. Curitiba: Editora CRV, 2016, p. 15-29.

COSTA NETO, M. M. da. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: MS, 2000.

CARDOSO, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. dos. **Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.

CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M.. O conceito de espaço em epidemiologia: uma abordagem histórica e epistemológica. **Caderno Saúde Pública**, v. 16, p. 595-605, 2000. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000300002>

CRUZ, C. B. M.; MENEZES, P. M. L. de. A cartografia no ordenamento territorial do espaço geográfico brasileiro. In: ALMEIDA, F. G. de; SOARES, L. A. A. (Org.). **Ordenamento territorial**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009. p. 195-224.

DELMAS, C. **L'aménagement Du territoire**. Paris: Presses Universitaires de France, 1962.

FARIA, R. M. de. A territorialização da Atenção Primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Hygeia**, v. 9, p.131-147, 2013.

FARIA, R. M. de. O território e as redes de atenção à saúde: intercambiamentos necessários para a integração das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. **Boletim de Geografia**, v. 32, p. 173-191, 2014. <https://doi.org/10.4025/bolgeogr.v32i2.20055>

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas, SP)**. São Paulo: Hucitec, 2004.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M.; ROJAS, L. I.; BARCELLOS, C.; PEITER, P.; NAVARRO, M.; GRACIE, R.. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a Territorialização. In: MIRANDA, A. C. de; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. (Org.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.237-255.

GUIMARÃES, A. P. et al. **Organização territorial dos serviços municipais de saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: PBH, 2003.

HAESBAERT, R. Desterritorialização: entre as redes e os aglomerados de exclusão. In: CASTRO, I. E. et al. (Org.) **Geografia: conceitos e Temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. p.165-206.

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

HAESBAERT, R. A multiterritorialidade do mundo e o exemplo do Al Qaeda. **Terra Livre**, v. I, p. 37-46, 2002.

HAESBAERT, R. **O Mito da Desterritorialização**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HAESBAERT, R. Concepções de território para entender a desterritorialização. In: SANTOS, M.; BECKER, B. K. (Org.) **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006. p.43-71.

HAESBAERT, R. Território e Multiterritorialidade: um debate. **GEOgrafia**, Niterói, v. 17, p. 19-46, 2007.

HAESBAERT, R. Dilemas de conceitos: espaço-território e contenção territorial. In: SAQUET, M. A.; SPOSITO, E. S. **Território e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular, 2009. p. 95-120.

HAESBAERT, R. Território e Região no desafio dos conceitos para uma política de ordenamento territorial. In: COELHO NETO, A. S.; SANTOS, E. M. C.; SILVA, O. A. da. (Org.). **(GEO)grafias dos movimentos sociais**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010, p. 155-170.

IANNI, A. M. Z.; QUITÉRIO, L. A. D. A questão ambiental urbana no PSF: avaliação da estratégia ambiental numa política pública de saúde. **Ambiente e Sociedade**, v. 9, p. 169-80, 2006. <https://doi.org/10.1590/S1414-753X2006000100009>

LONGLEY, P. A.; GOODCHILD, M. F.; MAGUIRE, D. J.; RHIND, D. W. **Sistemas e ciência da informação geográfica**. Porto Alegre: Bookman, 2013.

MACHADO, R. R.; COSTA, E.; ERDMANN, A. L.; ALBUQUERQUE, G. L. de; ORTIGA, Â. M. B. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, p. 181-187, 2009. <https://doi.org/10.5216/ree.v11.46918>

- MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1993.
- MERHY, E. E.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO - MDA. **Referências para uma estratégia de desenvolvimento rural sustentável no Brasil**. Documentos Institucionais, n. 01. Brasília: MDA/SDT, 2005.
- MIRANDA, A. C. de; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. <https://doi.org/10.7476/9788575413746>
- MONKEN, M. Contexto, Território e o Processo de Territorialização de Informações: Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: BARCELLOS, C (Org). **A Geografia e o Contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO ABRA. SCO; ICICT; EPSJV, 2008, p.141-164. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 333-345, 2005.
- MORAES, D. E.; CANÔAS, S. S. O conceito de "Território" e seu significado no campo da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Desenvolvimento Social**, v. 1, p. 49-57, 2013.
- PAINTER, J. Territoire et réseau: une fausse dichotomie? In: VANIER, M. (Org.) **Territoires, territorialité, territorialisation: controverses et perspectives**. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2009. p. 65-73.
- PARROCHIA, D. **Philosophie des réseaux**. Paris: PUF, 1993.
- PENA, A. Z.; ARAÚJO, A. T. C.; PEREIRA NETO, C.; OLIVEIRA, J. M. de; ALVES, L. C. R.; MATOS, A. N. F. **Um olhar sobre o Território no Programa Saúde da Família**. 2009. Disponível em: <<http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/umolharsobreoterritorionoprogramasaudedafamilia.pdf>>. Acesso em 12 de junho de 2017.
- PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. v.2, p. 47-55, 2006.
- RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.
- RIGOTTO, R. M. **Desenvolvimento, ambiente e saúde: as implicações da (des)localização industrial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- ROJAS, L. I.; BARCELLOS, C.; PEITER, P. Utilização de mapas no campo da epidemiologia no Brasil: reflexões sobre trabalhos apresentados no IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 8, p. 25-35, 1999. <https://doi.org/10.5123/S0104-16731999000200004>
- SACK, R. D. **Human territoriality: its theory and history**. London: Cambridge University, 1986.
- 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**, v. 8, p. 387-406, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>
- SOUZA, M. J. L. O. Território: sobre espaço de poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO. I. E. de; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. (Org.) **Geografia: Conceitos e Temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. p. 77-116.
- TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos Saúde Pública**, v. 18, p. 153-162, 2002. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700015>
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILLASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 7, p. 7-28, 1998. <https://doi.org/10.5123/S0104-16731998000200002>

UNGLERT, C. V. de S. **Territorialização em saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente**. 1995. 221p. Tese (Livre docência) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, SP, 1995.

---

Recebido em: 17/10/2018

Aceito para publicação em: 12/02/2019