



## GEOGRAFIA DA SAÚDE E SAÚDE COLETIVA: CONTRIBUIÇÕES À COMPREENSÃO DO TERRITÓRIO EM SAÚDE

**Denecir de Almeida Dutra**  
[denecir.dutra@terra.com.br](mailto:denecir.dutra@terra.com.br)  
Doutorando em Geografia - UFPR

### RESUMO

Destaca-se, neste trabalho uma discussão preliminar sobre o papel do território utilizado pelas populações na compreensão das situações de saúde. Desse modo, objetivou-se abordar a Geografia da Saúde e suas áreas de atuação, bem como as noções de território, contribuindo assim para a multidisciplinariedade da Saúde Coletiva. Metodologicamente realizou-se um resgate bibliográfico através de artigos, livros e textos que contemplam a temática abordada, tendo em vista que este consiste em um artigo de revisão sobre os aspectos gerais da Geografia da Saúde e Saúde Coletiva, e as Concepções do Território para uso da Saúde. Considerando as discussões aqui apresentadas, conclui-se que reconhecer o território em saúde vai além de visualizar e identificar os equipamentos sociais ou abordar os informantes-chaves. Temos que compreender a gênese do território seus significados, suas representações e interconexões entre as comunidades, pois num território há diversas formas de ver e interpretar tal espaço.

**Palavras-chave:** Geografia da Saúde, Saúde Coletiva, Território.

### INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade o homem vem estabelecendo relações entre as doenças e o meio em que vive, abordando-os de forma diferenciada, conforme o aprimoramento e o processo evolutivo da Ciência. Evidencia-se assim a intersecção entre a Saúde e a Geografia, e esta interação contribui para o aprimoramento do aporte epistemológico que fundamenta a Saúde Coletiva.

Neste sentido, a localização meramente de uma doença, de uma localidade, região ou paisagem atingida por uma enfermidade, não basta para obter o real planejamento de ações intervencionistas, seja no contexto epidemiológico, biológico ou de políticas públicas. Isto nos remete à compreensão da Geografia da Saúde, desde sua gênese até o momento atual. Que contribui para uma melhor percepção das imbricações entre a Saúde Coletiva e a Geografia da Saúde, ou seja, não basta olhar para o objeto de análise, interações filosóficas inertes neste ou naquele eixo técnico-científico, deve-se buscar a inter e multidisciplinariedade incipientes em alguns ramos da Ciência, e a Saúde Coletiva é um exemplo disso.

É possível observar que a Geografia da Saúde e a Saúde Coletiva tem se preocupado com o processo saúde-doença das populações. Ambas aceitam como premissa geral que os padrões de morbimortalidade e saúde não ocorrem de forma aleatória em populações humanas, mas sim em padrões ordenados que refletem causas subjacentes (CURSON, 1986) num dado território.

Enquanto a Geografia da Saúde se concentrou mais nos padrões espaciais, no seu relacionamento com a saúde, nos serviços de assistência à saúde, na crença de que a inter-relação espacial da saúde com outras variáveis proporciona uma entrada para a busca das causas; a Saúde Coletiva tem se aplicado mais na investigação de associações causais entre estados de saúde e exposição ambiental, além da execução de ações de promoção e prevenção da saúde no contexto primário.

Portanto, neste trabalho, é destacado o papel do território utilizado pelas populações na compreensão das situações de saúde, utilização que ocorre em face de diferentes

contextualidades, entendidas por meio da análise processual das práticas sociais cotidianas, bem como o reconhecimento do território, voltado para a saúde, mediante a incorporação de determinadas categorias geográficas. Desse modo, objetivou-se abordar algumas imbricações entre Geografia da Saúde e a Saúde Coletiva, com ênfase para as noções de território, contribuindo assim para a multidisciplinariedade da Saúde Coletiva.

Metodologicamente realizou-se um resgate bibliográfico através de artigos, livros e textos que contemplam a temática abordada, tendo em vista que consiste em um artigo de revisão; definido pela NBR 6022/1994 da ABNT como o artigo que “resume, analisa e discute informações já publicadas”.

## **GEOGRAFIA DA SAÚDE E SAÚDE COLETIVA**

A Geografia da Saúde, desde a sua origem tem sido calcada na resolução de problemas, permitindo a identificação de lugares e situações de risco, passando a atuar no planejamento territorial de ações de saúde e no desenvolvimento das atividades de prevenção e promoção de saúde, vigilância epidemiológica e ambiental. Portanto, um dos principais compromissos da Geografia da Saúde no Brasil é contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS e a redução das desigualdades sociais.

Após a criação da Lei Federal nº 8.080 de 19/09/1990 que regulamenta o Sistema Único de Saúde - SUS, no Brasil, o aparato legal vem dando subsídios para que se ampliem discussões dentro da Geografia da Saúde, principalmente na definição do espaço de atuação dos programas de saúde.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), criada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 95 de 29/01/2001, regulamentou as diretrizes gerais para a organização regionalizada da assistência à saúde no Brasil. Com base em sua segunda edição (Portaria do Ministério da Saúde nº 373 e 27/02/2002), os convênios entre o Ministério da Saúde (MS) e os demais níveis de governo consideraram as prioridades assistenciais de cada estado, subdividido em regiões e microrregiões definidas no Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR).

Desse modo, cada unidade da federação teve autonomia para definir a sua divisão regional, base necessária para a elaboração do plano diretor da assistência à saúde. Sendo que a Portaria MS nº 373, que regulamentou a NOAS, definiu a região de saúde como sendo:

Região em saúde é a base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando-se as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. (GUIMARÃES, 2005).

Portanto, está claramente identificado que é no espaço geográfico que se desenvolvem as interações entre os diferentes segmentos das sociedades humanas e destas com a natureza resultando nas condições de saúde das populações.

Além disso, as ações e serviços de saúde funcionam em uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como diretrizes: descentralização dos serviços, atendimento integral e universal e participação da comunidade.

Na atualidade, está estabelecido que para melhor entender-se o processo saúde-doença em qualquer comunidade, faz-se necessário entender o ser humano no seu meio físico, biológico, social e econômico. Estes meios são considerados como fatores determinantes e condicionantes deste processo, estabelecendo a ocorrência e a prevalência das doenças nos territórios, bem como seus comportamentos que são influenciados por tais fatores (LEMOS e LIMA, 2002).

No entanto, não convém ficar apenas na “prestação de serviço” e sim aprofundar os debates teóricos que permeiam os conceitos básicos da geografia desde seu processo de

sistematização até os dias atuais; resgatar o debate epistemológico da Geografia da Saúde e relacioná-la com a Saúde Coletiva é algo que se faz necessário.

Neste contexto, cabe salientar que instituições voltadas para o estudo da Saúde Coletiva, datam de 1881, com a criação do curso de Medicina Social em Munich, na Alemanha (NUNES, 2005). A própria emergência de uma Saúde Coletiva tem como uma das raízes, o convencimento racional e afetivo de que as explicações sobre nossa realidade de saúde fornecida pelo conhecimento então existente não eram suficientes e, até, algumas vezes, dificultavam ou distorciam o próprio entendimento das doenças. Outra raiz tem origem nos processos de produção do conhecimento, sendo a tomada de posição teórica a da modificação do curso do pensamento de base empírica, até então dominante (TAMBELLINI e CÂMARA, 1998).

Portanto, a Saúde Coletiva constitui-se por um conjunto de teorias e práticas que se organiza e diferencia para compreender, explicar e modificar o processo de saúde-doença, em seus aspectos materiais e não-materiais, na dimensão coletiva, assim como as formas de respostas socialmente organizadas para o enfrentamento das necessidades de saúde (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000). Tomando esses aspectos da realidade como objeto de trabalho, no Brasil, a Saúde Coletiva experimentou crescimento considerável na última década.

Paim e Almeida Filho (2000), afirmam ainda que, “a Saúde Coletiva pode ser entendida como, campo científico, onde se produzem conhecimentos e saberes a cerca do objeto saúde e, onde operam distintas disciplinas que o contemplam sobre vários ângulos; e como âmbito de práticas, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes, dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como setor saúde”.

Intrínseco a este caráter multidisciplinar e politemático, os limites amplos e pouco definidos do campo, trazem mesmo algumas características peculiares. A aquisição das disposições específicas exigidas em um dado campo científico se realiza por meio da formação, e isto é, do processo que envolve a relação entre as disposições primárias (domésticas e ou cotidianas) e as constrições próprias à estrutura do campo (aquisição do *habitus*), (BOURDIEU, 2001).

Para Tambellini (1996, p. 49):

A Saúde Coletiva é entendida como um campo de práticas teóricas e de intervenção concreta na realidade que tem como objeto os processos de saúde e de doença nas coletividades. A visão de saúde construída, a partir da saúde coletiva é bastante ampla, levando em conta dimensões biológicas, sociais, psíquicas e ecológicas, trabalhando e articulando as faces individual e coletiva, que correspondem respectivamente às doenças vividas pelo doente e ao processo saúde-doença. Portanto, procura-se olhar a saúde, enquanto questão, a partir de uma medicina social que irá entender este processo, pensando a produção e distribuição de agravos à saúde em suas várias formas, dimensões e conteúdos presentes na sociedade e seus territórios.

Segundo Paim e Almeida Filho (1998, p. 309):

A constituição da saúde coletiva, tal como vem se concretizando nas duas últimas décadas, permite uma delimitação compreensivelmente provisória desse campo científico, enquanto campo de conhecimento e âmbito de práticas. Enquanto campo de conhecimento, a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los.

Nessa perspectiva, a saúde coletiva pode ser considerada como sendo de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração

de saúde e as ciências sociais em saúde. Este contempla o desenvolvimento de atividades de investigação sobre o estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os processos de trabalho e doenças e agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária. São disciplinas complementares desse campo a estatística, a demografia, a geografia, a clínica, a genética, as ciências biomédicas básicas, entre outras. Esta área do saber fundamenta um âmbito de práticas transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e transetorial (RIBEIRO, 1991).

### **CONCEPÇÕES DO TERRITÓRIO PARA USO DA SAÚDE**

Hoje a realização da saúde demanda, sobretudo, o uso intensivo de informação, que está cada vez mais relacionado ao consumo e ao cuidado. O cidadão informado tem melhores condições de lidar com as características dos usos do território e buscar, assim a realização de suas aspirações de bem estar (SOBROZA, 2005).

De acordo com Milton Santos (1979), no território usado, a expressão desenvolvimento se dá pelas formas de conteúdo que são difundidas. O território usado se torna impregnado dessas formas-conteúdo que reproduzem as lógicas desiguais de acumulação de recursos para os usos presentes e futuros do território. Como ressalta o autor, o planejamento territorial executado tanto pelo Estado, foi e é um grande instrumental de implementação das formas-conteúdo ligadas a racionalidade que possibilita a reprodução capitalista-acumulação, competitividade e desigualdades sócio-espaciais.

Assim, os lugares vão se caracterizando pelas densidades e usos que abrigam, isso cria o embate da desigualdade de usos do território. Exemplo, são os serviços de saúde que estão inevitavelmente concentrados em determinados lugares e, conseqüentemente, são mais acessíveis as pessoas que estão mais próximas do que àquelas pessoas que estão mais distantes (ALBUQUERQUE, 2006). Além disso, o uso do território pela saúde ganha novas formas-conteúdos, dotadas de mais técnica, ciência e informação, que acabam por concentrar-se nos mesmos espaços e atrair fluxos para sua utilização.

Segundo Souza (2007, p. 78), o território é fundamentalmente um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder. Este aspecto pode ser importante para a compreensão da gênese de um território ou do interesse de mantê-lo. O poder corresponde a habilidade humana de não apenas agir, mas de agir em uníssono, em comum acordo. O poder é jamais propriedade de um indivíduo; pertence ele a um grupo e existe apenas enquanto o grupo mantiver-se unido (ARENDRT, 1985, p.24)

Deste modo, a territorialidade, está diretamente relacionada com relações de poder. Todavia é necessário observar que nem toda relação de poder é territorial ou inclui territorialidade.

Neste contexto, Claval (1979), aborda que há dois tipos de relações de poder: do homem sobre a natureza e dos homens sobre os homens; cujas interrelações influenciam o território do seguinte modo: a) poder puro ou absoluto (um manda e o outro obedece); b) poder de submissão (relação tradicional entre chefe e empregado); c) poder de desigual (acordos entre patrão e empregado como o dissídio coletivo); e d) dominação inconsciente (ocorre num grupo hierarquicamente homogêneo, mas que dele emerge um líder).

Assim, as influências humanas interferem na maneira de se organizar o espaço geográfico. Tendo como base esse entendimento podemos verificar como o conceito de território tem sido trabalhado na Geografia e de como o mesmo está sendo incorporado na prática da saúde e apropriado, principalmente pela Saúde Coletiva.

De acordo com Pereira e Barcellos (2006) podem-se verificar algumas vertentes básicas das noções de território, propostas por Haesbaert (2004b), a partir de uma *perspectiva parcial, integradora, relacional e multiterritorial*.

*A perspectiva parcial é a que concebe a territorialidade como aquela exercida a partir de uma única linha de percepções, que acabam nos direcionando a vertentes distintas utilizadas na Geografia, tais como a visão política, cultural, econômica e*

naturalista. A *perspectiva integradora* observa-se o território como reflexo de todas as dimensões sociais, política, cultural, econômica e naturalista. Portanto compreende o território como algo interconectado, integrado com a dinâmica de outros territórios. Na concepção *relacional* considera-se que as relações sociais e evolutivas ocorrem no espaço em um determinado tempo, sendo o território fruto de uma relação complexa entre os processos sociais e o espaço material. A perspectiva da *multiterritorialidade*, conceito defendido pelos geógrafos, em linhas gerais pode ser concebida como um processo de reterritorialização constante, seja de uma área (território-zona) ou de uma série de áreas (território-rede) que o ser humano e as sociedades vivenciam contínua e simultaneamente (PEREIRA e BARCELLOS, 2006, p.50).

Isto nos remete entender o território como algo dinâmico e constante que possui fluidez, interconexão, dando origem a processos como TDR (territorialização, desterritorialização e reterritorialização). A territorialização seria fruto de uma estratégia para tomar posse de um espaço geográfico, a desterritorialização seria o abandono espontâneo ou forçado da territorialização e a reterritorialização constitui-se na construção de uma nova territorialização, que não necessariamente ocorre no mesmo local (HAESBAERT, 2004b).

Segundo Pereira e Barcellos (2006), tendo conhecimento dessas perspectivas devemos observar algumas considerações de Haesbaert (2004b) sobre a TDR:

a) cada tipo de territorialização (parcial, relacional e integradora) possui um tipo de desterritorialização correspondente; b) A territorialização pode ocorrer numa área (território-zona), mas também pode ocorrer através do movimento, como por exemplo, a territorialização dos nômades (território-rede); c) A desterritorialização pode ocorrer com o deslocamento, mas também na imobilidade (por exemplo, com pessoas que vivem de forma precária e não têm condições de migrar do local onde vivem), porém ela não é total; e d) Cada ser humano e cada sociedade exercem mais de um tipo de territorialidade, ou seja, podem produzir e/ou habitar ao mesmo tempo em mais de um tipo de território.

No âmbito da saúde, em especial da Saúde Coletiva, a territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, considerando-se uma atuação em uma delimitação espacial previamente determinada. A territorialização de atividades de saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas no interior do Sistema Único de Saúde, Programa de Saúde da Família, da Vigilância Ambiental em Saúde, das Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e vigilância (MOKEN e BARCELLOS, 2005).

Segundo Pereira e Barcellos (2006, p. 51), as divisões territoriais utilizadas no SUS, tais como o município, o distrito sanitário e a área de abrangência de serviços de saúde são áreas de atuação, de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político. Esse poder existente também é instituído através das redes de relacionamento humano que se constituem no espaço (GIDDENS, 1989).

Salienta-se que os Sistemas de Saúde também se organizam sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição dos serviços de saúde segue a uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser coerentes com os níveis de complexidade das ações de atenção e considerar as vertentes básicas das noções de território, mencionadas anteriormente.

As diretrizes estratégicas do SUS (Lei 8080) têm uma forte relação com a definição do território, sendo que o município representa o nível inferior onde é exercido o poder de decisão sobre a política de saúde no processo de *descentralização*. Nesse território, as práticas de saúde avançam para a *integração das ações* de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações (MENDES, 1993). A organização desses serviços segue os princípios da *regionalização* e *hierarquização*, delimitando uma base territorial formada por agregações sucessivas como a área de atuação dos agentes de saúde, da equipe de saúde da família e a área de abrangência das unidades básicas de saúde.

Ao invés de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território do distrito sanitário ou do município, onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (MENDES, 1993).

Segundo Monken e Barcellos (2005), o reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico. Essa proposta, contida no novo modelo de vigilância em saúde, é justificada pelo agravamento das desigualdades sociais associado a uma segregação espacial aguda, que restringem o acesso da população a melhores condições de vida.

A concepção tradicional de saúde, pautada no modelo médico-assistencial, fez com que o setor saúde ficasse impotente em face dos problemas provocados pelo intenso processo de aglomeração e exclusão social (WALTNER-TOEWS, 2000). Dessa forma, vem se fortalecendo a idéia das ações de promoção da saúde, orientadas para as ações coletivas e intersetoriais, independentemente do sistema de atenção à saúde. A atenção voltada para a produção social da saúde das populações gera a necessidade de esclarecer as mediações que operam entre as condições reais em que ocorre a reprodução dos grupos sociais no espaço e a produção da saúde e da doença.

De acordo com esta perspectiva, Guimarães (2005) expõe que:

É por causa dessas características que o território concebido e, ao mesmo tempo, em processo de construção pela política nacional de saúde é muito mais do que a extensão territorial dos municípios brasileiros. Várias outras estratégias espaciais, que apresentam a territorialização como um trunfo político, poderiam ser enumeradas – como a delimitação das áreas de abrangência das unidades de saúde, os distritos sanitários ou os programas de saúde da família. Em todas essas experiências, o processo de territorialização do SUS está produzindo uma diferenciação entre espaços da vida cotidiana, que poderia ser reconhecida como um processo de regionalização em diferentes escalas.

Diante do exposto podemos pressupor que está ocorrendo de fato uma multiterritorialidade segundo o conceito de Haesbaert (2004b), conjugando a territorialidade do setor saúde como gestor de serviços com vistas à atenção, promoção e prevenção, com outras territorialidades locais, fruto de um conjunto de fatores que influenciam positiva ou negativamente no resultado final da qualidade dos serviços de saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando as discussões evidenciadas neste artigo, e a base teórica e conceitual utilizada, conclui-se que reconhecer o território em saúde vai além de visualizar e identificar os equipamentos sociais ou abordar os informantes-chaves. Temos que compreender a gênese do território seus significados, suas representações e interconexões entre as comunidades, pois num território há diversas formas de ver e interpretar o espaço seja no contexto pessoal ou grupal, onde é vivida a experiência do outro, e o espaço mítico-conceitual que, ainda ligado a experiência, “extrapola para além da evidência sensorial e das necessidades imediatas e em direção a estruturas mais abstratas; engloba também as relações de poder estabelecidas num dado momento e local” (TUAN, 1979, p.404).

Portanto, compreender o território em saúde envolve a interpretação das percepções individuais e coletivas, bem como as dinâmicas sócio-culturais que interagem na

representação espacial refletindo as diferenças territoriais, que repercute nas diferenças sociais.

A Geografia da Saúde e a Saúde Coletiva vêm buscando metodologias e aprimoramentos epistemológicos frente à problemática da interpretação do espaço na dinâmica da saúde, bem como sua delimitação pelos processos de territorialização e regionalização. Assim, a busca por aprofundar conceitos no encontro das áreas de saúde e o território é crucial, pois quando uma definição das relações entre elas se produz, sua decodificação na prática tem conseqüências reais, tanto para o território quanto para a população que o habita.

Desse modo, se queremos compreender o impacto da atividade humana sobre o território e sobre a saúde, é necessário criar estratégias específicas que, a partir de conhecimentos disciplinares e práticas setoriais, caminhem para uma abordagem transdisciplinar.

Convém salientar, neste momento, o exposto por Iñiguez-Rojas (1998), que a Geografia defende frente a saúde, não um simples reservar de climas, contaminantes, de micróbios, de vetores de transmissão infecciosa, etc; e sim um espaço historicamente estruturado, onde também se expressam as conseqüências benéficas e destrutivas da organização social (BREILH et al., 1988).

O espaço é freqüentemente utilizado, tanto por geógrafos como por demais profissionais da área da saúde como sinônimo de área, superfície ou lugar (MAUSNER E KRAMER, 1985; SOUNIS, 1985; LILIENFIELD E LILIENFIELD, 1986; JENICEK E CLÉROUX, 1987; ROUQUAYROL, 1994). Assim a distribuição espacial é uma distribuição geográfica, a partir da qual se podem estabelecer relações com premissas etiológicas, naturais ou sociais dos casos estudados, esta temática é comumente empregada pela Geografia da Saúde e contribui para o fortalecimento da Saúde Coletiva.

Neste contexto, verifica-se que a Geografia da Saúde em conjunto com a Saúde Coletiva tem alcançado um forte impulso, inclusive subsidiando decisões políticas e econômicas em saúde, como o próprio caso da distribuição territorial de recursos, em função dos trabalhos que vem sendo desenvolvidos, inclusive aqueles vinculados com as técnicas de análise e abordagens com o resgate de teorias para estudos de representação do processo saúde-doença, bem como de sua conexão com o chamado território.

## REFERÊNCIA

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 6021** - Apresentação de artigos em publicações periódicas. Rio de Janeiro: AABT. Agosto de 1994.

\_\_\_\_\_. **NBR 6023** - Informação e documentação Referências – Elaboração Rio de Janeiro: AABT. Agosto de 2002.

ALBUQUERQUE, M. V. de **Território Usado e Saúde**: respostas do Sistema Único de Saúde à situação geográfica de metropolização em Campinas/SP. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana, FFLCH/USP. 2006. p. 153

ARENDT, H. **Da violência**. Brasília: Editora da UNB, 1985.

BARCELLOS, C.; MACHADO, J. M. H. A organização espacial condiciona as relações entre ambiente e saúde: o exemplo da exposição ao mercúrio em uma fábrica de lâmpadas fluorescentes. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 21 Set 2006.

BOURDIEU, P. **Meditações Pascalianas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2001.

BRASIL. **Lei Federal** nº 8.080 de 19/09/1990. Regulamenta o Sistema Único de Saúde-SUS no Brasil. Brasília. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria** do nº 95 de 29/01/2001. Regulamenta as diretrizes gerais para a organização regionalizada da assistência à saúde no Brasil. Brasília. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria** nº 373 e 27/02/2002. Complementa a Portaria do nº 95 de 29/01/2001. Brasília. 2002.

BREILH, A.; CAMPAÑA, A.; GRANDA, E. **Geografía de las Condiciones de Salud-Enfermedad en el Ecuador**. Quito: CEAS. 1988

CLAVAL, P. **Espaço e poder**. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1979. 222p

CURSON, P. Geography, Epidemiology and Human Health. In: CLARKE, J.I. **Geography and Population**. Oxford: Pergamon Press, 1986. p.93-101.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

GIGGS, J. Introduction to the 10th issue/23th volume of Social Science and Medicine. **Social Science and Medicine**, Amsterdam, v. 23, n. 10, 1986.

GUIMARAES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 21 Set 2006

HAESBAERT, R. Des-caminhos e perspectivas do território. In: RIBAS, A. D.; SPÓSITO, E. S.; SAQUET, M. A. **Território e desenvolvimento: diferentes abordagens**. Francisco Beltrão – PR: UNOESTE, 2004a.

\_\_\_\_\_. **O mito da desterritorialização: do ‘fim dos territórios’ à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004b, 400p

IÑIGUEZ-ROJAS, L. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, out-dez, 1998.

JENICEK, M.; CLÉROUX, R. **Epidemiología. Principios. Técnicas. Aplicaciones**. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas. 1987.

LACAZ, C. S. (org.). et al. **Introdução a geografia médica**. São Paulo, Edgar Blücher/Edusp. 1972

LEMONS, J. C.; LIMA, S. do C. A geografia médica e as doenças infecto-parasitárias. **Caminhos de Geografia**. Uberlândia, v. 3, n. 6, jun. 2002. Instituto de Geografia da UFU.

LILIENTFIELD, A. M.; LILIENTFIELD, D. E. **Fundamentos de Epidemiología**. México: Sistemas Técnicos de Edición. 1986.

MAUSNER, J. & KRAMER, S. **Epidemiología: Un Texto Introductorio**. Philadelphia: Saunders Company. 1985

MENDES, E. V. **Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1993.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2005. Disponível em : <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 21 Set 2006

NOSSA, N. Tendências e desafios da geografia da saúde. In. **Apresentações Realizadas no II Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e I Encontro Luso-brasileiro de Geografia da Saúde**. Rio de Janeiro, 28 a 30 de novembro de 2005. Disponível em [http://www.geosaude.cict.fiocruz.br/simposio/apres\\_real.htm](http://www.geosaude.cict.fiocruz.br/simposio/apres_real.htm). Acesso em: novembro de 2006.

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: história e paradigmas. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 3, ago. 1998. Disponível em: <[www.interface.org.br/revista3/debates1.pdf](http://www.interface.org.br/revista3/debates1.pdf)> Acessado em 13 de outubro de 2005.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. De Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 4. 1998.

\_\_\_\_\_. **A crise da Saúde Pública**. Salvador: Casa da Qualidade Editora. 2000.



PEITER, P. C. **Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio**. Tese (Doutorado em Geografia), Universidade Federal do Rio de Janeiro, IGEO/PPGG. Rio de Janeiro. UFRJ/IGEO/ PPGG, 2005.

PEREIRA, M. P.; BARCELLOS C. O território no programa de saúde da família. **Hygeia**, v. 2, n. 2, jun. 2006.

PESSOA, S. B. **Ensaio Médico-Sociais**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1960.

PICHERAL H; SALEM G. **De la Géographie Médicale à la Géographie de la Santé. Bilan et Tendances de la Géographie Française (1960 - 1991)**. Cahiers Geo 22, Montpellier. 1992

RIBEIRO, P.T. **A instituição do campo científico da saúde coletiva no Brasil**. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. 1991.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo, Hucitec / Unesp / Abrasco. 1994

ROUQUAYROL, M. Z., **Epidemiologia e Saúde**. São Paulo: Editora Médica e Científica. 1994.

SANTOS, M. **Economia Espacial**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1979

\_\_\_\_\_. O Retorno do Território. In. SANTOS, M.; SOUZA, M. A. de E; SILVEIRA, M. L. (org.) **Território: globalização e fragmentação**. 2ªed. São Paulo: HUCITE, 1996.

SOBROZA, P. **Novos contextos mundiais e emergência de problemas de saúde**. Conferência apresentada no II Simpósio Nacional de Geografia da Saúde. Rio de Janeiro. Nov/2005. Disponível em [http://www.geosaude.cict.fiocruz.br/simposio/apres\\_real.htm](http://www.geosaude.cict.fiocruz.br/simposio/apres_real.htm) Acesso em jun. 2006.

SOUNIS, E. **Epidemiologia Geral**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná. 1985.

SOUZA, M. J. L. de O território: sobre o espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In.: CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da c; CORREA, R.L. (org.) **Geografia: Conceitos e Temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007. p.77-116.

TAMBELLINI, A. T. Notas provisórias sobre uma tentativa de pensar a saúde em suas relações com o ambiente. **Por uma Rede de Trabalho, Saúde e Modos de Vida no Brasil**. Rio de Janeiro. Fiocruz. v. 2, n.1-2, 1996.

TAMBELLINI, A. T.; CÂMARA, V. de M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, 1998.

TUAN, Y. F. Space and Place: Humanistic Perspective. In. GALES, S. e OLSSON, G. (eds.) **Philosophy in Geography**. Dordrecht: Reidel Public, 1979. p. 387-427.

WALTNER-TOEWS, D. The end of medicine: the beginning of health. **Futures**, v. 32, 2000.