

## **A CONSTRUÇÃO DE TERRITÓRIOS SAUDÁVEIS: O INDIVÍDUO NO CONTEXTO DA VIDA**

**Larissa Isaura Gomes<sup>1</sup> & Samuel do Carmo Lima<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Psicóloga, Prefeitura Municipal de Coromandel.  
Rua João Cruvinel 289, Bairro Sagrada Família, CEP: 38550-000, Coromandel - MG  
psicologa.larissa.isaura@hotmail.com

<sup>2</sup>Professor Associado, Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia.  
Rua José Cunha Chaves 466, Morada da Colina, CEP: 38411-338, Uberlândia - MG  
samuel@ufu.br

Recebido 12 de maio de 2015, aceito 15 de julho de 2015

**RESUMO** - Este artigo problematiza as relações existentes entre saúde e território, sendo estes conceitos aqui compreendidos na perspectiva da construção de territórios saudáveis. A pesquisa contextualiza os modelos explicativos do processo saúde-doença e apresenta as concepções de saúde e doença de sujeitos de um dado território de Coromandel - MG e utiliza o conceito de determinantes sociais da saúde como ferramenta para a leitura dos contextos de vida e da situação de saúde. Ainda, apresenta como estratégia potente para a construção de territórios saudáveis a mobilização social e a articulação intersetorial.

**Palavras-chave:** Território, processo saúde-doença, determinantes sociais da saúde, mobilização social e articulação intersetorial.

**ABSTRACT** - This article discuss the links between health and territory, and here these concepts are understood in the perspective of building healthy territories. The research contextualize the explanatory models of health-disease process and presents the conceptions of health and illness of individuals of a given territory from the Coromandel – MG. The research uses the concept of social determinants of health as a tool for reading the life contexts and the health situation. Also presents a potent strategy for building healthy territories social mobilization and intersectoral coordination.

**Keywords:** Territory, process Health-Disease, social determinants of health, intersectional articulation.

## INTRODUÇÃO

O estudo em questão parte da premissa de que a vida é sempre maior que um conceito. Afinal, o conceito não se cola à vida como um selo. Nesse sentido, o indivíduo é aqui situado e compreendido no contexto da vida, isto é, em sua cotidianidade, sendo discutido o que daí decorre, o que pode ser compreendido para o estabelecimento de estratégias na construção de territórios saudáveis.

Guimarães (2000, p. 27) assim define a cotidianidade:

*Pensar o cotidiano é pensar tudo aquilo que se refere ao cotidiano das pessoas: as vivências, as experiências, as atitudes mecanizadas ou refletidas, os desejos, a ação profissional. O cotidiano é a vida de todo homem na sua simplicidade e complexidade, na sua diversidade e unicidade.*

Compreender o indivíduo em seu cotidiano é também considerar a existência de um território que precisa ser pensado para além das dimensões administrativas. Além de uma extensão geométrica o espaço apresenta um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural como um território em permanente construção.

Santos (2003, p. 46) assim apresenta o conceito de território:

*O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre as quais ele influi. Quando se fala*

*em território deve-se, pois, de logo, entender que está falando em território usado, utilizado por uma população.*

Porto e Pivetta (2009, p. 214) utilizando de uma citação dos autores Haesbaert e Saquet (2007) apresentam o conceito de território para as variadas áreas do conhecimento, explicitando assim a sua pluralidade:

*O conceito de território para as diferentes áreas do conhecimento está relacionado à materialidade em suas múltiplas dimensões [geografia], às relações de poder [ciências políticas], como bases da produção [economia], o simbólico [antropologia], às relações sociais [sociologia] e a construção da subjetividade e identidade pessoal [psicologia].*

Nesse sentido, verifica-se que um mesmo conceito – o território, é objeto de estudo de várias áreas do conhecimento e, cada qual na sua especificidade, contribui para traduzir a pluralidade que extrapola as “fronteiras” do território. Esse encontro de saberes contribui sobremaneira para a compreensão ampliada do território.

Recorrer aos ditos constitucionais para iniciar discussões na temática da saúde tornou-se quase que uma “tradição”. Assim temos:

*A saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (Art.196, Constituição Federativa do Brasil, 1988).*

Para além de uma mera recorrência, faz-se necessário compreender, de modo ampliado, a aplicabilidade direta do que está disposto na Constituição Federal

para a vida concreta das pessoas e qual o envolvimento delas na efetivação da Saúde, aqui entendida como uma construção coletiva. Verifica-se que a Saúde é apresentada, ao mesmo tempo, enquanto direito e dever, o que demanda a participação ativa do indivíduo e do Estado em um processo de transformação da realidade. Assim sendo, não se trata de responsabilizar ou culpabilizar unicamente o indivíduo pelo cuidado com a sua própria saúde ou ainda transferir para o Estado a responsabilidade exclusiva, pois ambos são fundamentais neste processo de construção da saúde e da melhor qualidade de vida.

### **PROCEDIMENTOS EXECUTADOS**

Esta pesquisa, de natureza qualitativa, compôs-se por duas fases em permanente interação: bibliográfica e de campo. Na fase bibliográfica foram realizadas buscas em sites científicos, a saber: “Scientific Eletronic Library Online - Scielo”, “Biblioteca Virtual em Saúde - BVS”, “Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde - Lilacs” e em periódicos eletrônicos das seguintes Universidades Federais do país: Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS) com base nos seguintes critérios de inclusão: a) conter no título ou nas palavras-chave ao menos um dos seguintes termos de busca: “Saúde e Território”, “Processo Saúde-Doença”, “Territórios saudáveis”, “Intersetorialidade”, “Determinantes Sociais da Saúde”; b) ter sido produzido nos últimos 20 anos; c) estar em língua portuguesa ou inglesa. De todo o levantamento bibliográfico foi realizada a leitura das produções que mais se relacionavam ao tema da pesquisa em questão. A pesquisa de campo constituiu-se por entrevistas estruturadas, realizadas com 05 sujeitos de um território do município de Coromandel no período de 1º a 30 de abril de 2015. A seleção dos mesmos foi realizada com base nos seguintes critérios: ter idade

igual ou superior a vinte e um anos; consentir e ter disponibilidade para participar da pesquisa independentemente do sexo, escolaridade ou profissão. Todos os sujeitos participantes foram orientados quanto a finalidade da pesquisa e após esclarecidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE). Esta pesquisa foi proposta pela Disciplina “Regionalização e Territorialização da Saúde” do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Da confluência entre a pesquisa bibliográfica e a pesquisa de campo resultou a elaboração deste artigo.

### **O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: DOS MODELOS EXPLICATIVOS A UMA REALIDADE TERRITORIAL**

A compreensão em torno do que se entende por saúde e por doença, expressa por diferentes linguagens e saberes, acompanha a trajetória humana desde os tempos mais remotos. A saúde e a doença sempre fizeram parte da realidade e das preocupações humanas. Ao longo da história, os modelos de explicação da saúde e da doença sempre estiveram vinculados aos diferentes processos de produção e reprodução das sociedades humanas. Assim sendo, verifica-se que há uma conotação histórica atrelada aos diferentes modos de se compreender a saúde e a doença.

Czeresnia (2003, p. 46), esclarece que o “discurso médico científico não contempla a significação mais ampla da saúde e do adoecer. A saúde não é objeto que se possa delimitar”. Nesse sentido, paralelamente ao discurso biomédico podem coexistir outros modelos de compreensão da saúde e da doença que também contribuem, a seu modo, para o entendimento do fenômeno. A existência de um não implica no desaparecimento ou na desvalidação do outro. Não sendo a saúde um objeto que se possa delimitar conforme elucidado pela autora, haverá a existência de vários modelos explicativos, cada qual com a sua contribuição

para a tentativa de compreensão do todo, tido como dinâmico, complexo e contraditório.

Os diferentes modos de se compreender a saúde e a doença ao longo dos tempos foram se mesclando e remetem a uma tônica plural. Há visões que persistem até os dias atuais, constituindo-se em verdadeiros legados culturais. O comportamento de recorrer ao uso dos chás, rezas, benzeduras, simpatias e aos ritos de purificação demonstram a importância atribuída pela sociedade a estas práticas por vezes conciliadas com as práticas médicas.

A medicina hipocrática desenvolveu uma teoria que entende a saúde como “homeostase”, isto é, como resultante do equilíbrio entre o homem e o seu meio. Hipócrates concebia a doença como um “desequilíbrio” dos quatro humores fundamentais do organismo: sangue, linfa, bile amarela e bile negra. A teoria dos miasmas explicava o surgimento das doenças a partir do ar de regiões insalubres. A origem da palavra malária vem daí: *maus ares*.

Na Idade Média (500-1500 d.C) o cristianismo afirmava a existência de uma conexão fundamental entre a doença e o pecado. Como este mundo representava apenas uma passagem para a purificação da alma, as doenças passaram a ser entendidas como castigo de Deus, expiação dos pecados ou possessão do demônio. Consequência desta visão, as práticas de cura deixaram de ser realizadas por médicos e passaram a ser atribuição de religiosos.

No Renascimento, no campo da saúde, passam a ser desenvolvidos estudos de anatomia, fisiologia e de individualização da descrição das doenças, fundada na observação clínica e epidemiológica. A experiência acumulada pelos médicos forneceu elementos para a especulação sobre a origem das epidemias e o fenômeno do adoecimento humano.

Com o contexto de crescente urbanização dos países europeus e de

consolidação do sistema fabril, a concepção de causação social passa a se fortalecer como interpretação das relações entre as condições de trabalho das populações e da classe trabalhadora e o aparecimento das doenças. Nas palavras de Gutierrez e de Oberdiek (2001, p. 20):

*Ao lado das condições objetivas de existência, o desenvolvimento teórico das ciências sociais permitiu, ao final do século XVIII, a elaboração de uma teoria social da Medicina. O ambiente, origem de todas as causas de doença, deixa, momentaneamente, de ser natural para ser revestir-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas.*

A era bacteriológica representou avanços para o controle das doenças. Batistella (2007, p. 43) assim expõe:

*O impacto da era bacteriológica mudaria definitivamente a forma de perceber a saúde e a doença. De teoria miasmática, muito pouco se restaria depois que se passou a visualizar o antes invisível. Desvendam-se os mistérios, desmancham-se os castelos místicos erguidos em torno dos flagelos que assolaram a humanidade durante séculos.*

O modelo unicausal de compreensão da doença estava baseado na compreensão de apenas uma causa ou agente para um agravo ou doença. Essa concepção, ao passo que permitiu o sucesso na prevenção de diversas doenças termina por reduzi-las a ação única de um agente específico. A prática médica resultante deste modelo é predominantemente curativa e biologicista. Com a debilidade do modelo unicausal, surge o modelo multicausal que compreende o processo saúde-doença como síntese de múltiplas determinações. Segundo

Palmeira *et al.* (2004, p. 38):

*O modelo multicausal avançou no conhecimento dos fatores condicionantes da saúde e da doença. A crítica que se faz a ele reside no fato de tratar todos os elementos da mesma forma, ou seja, naturalizar as relações entre o ambiente, o hospedeiro e o agente, esquecendo que o ser humano produz socialmente a sua vida em um tempo histórico e que por isso, certos períodos, podem ocorrer doenças diferentes com intensidades e manifestações também diferentes.*

A noção de “causalidade” é substituída, do ponto de vista analítico pela noção de “determinação”, com base na qual a hierarquia das condições ligadas à estrutura social é considerada na explicação da saúde e da doença. Está vinculada à compreensão dos “modos de vida” derivados não só de escolhas pessoais, mas também de fatores culturais, práticas sociais e constituição do espaço.

Diferente do modelo multicausal que não apontava para uma nova prática médica, o modelo da produção social da saúde implica uma profunda revisão do objeto, dos sujeitos, dos meios de trabalho e das formas de organização das práticas, visando não apenas deter o avanço das doenças, mas sim à promoção da saúde.

As abordagens contemporâneas do conceito de saúde abrangem o seguinte tripé conceitual: Saúde como ausência de doença; Saúde como bem-estar; Saúde como um valor social.

Castiel (2009, p. 92) utilizando-se de uma citação de O’Brien (1995) assim define a saúde contemporânea:

*A saúde contemporânea é uma fusão de estilos e contextos sociais,*

*econômicos e culturais [...]. Onde, para a saúde médica, o corpo do paciente atuava como a fonte primária e objeto da saúde, para os promotores de saúde o estar-bem (wellness) dos indivíduos é um produto de seus estilos de vida.*

Pelo exposto, verifica-se a ampliação do conceito de saúde, que deixa de restringir apenas ao corpo para incluir e ser a expressão dos estilos de vida, dos contextos sociais, econômicos e culturais.

Czeresnia (2003, p. 46) assim correlaciona saúde, adoecer e vida:

*A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. Contudo, é por intermédio da palavra que o doente expressa o seu mal-estar, da mesma forma que o médico dá significação às queixas de seu paciente. É na relação entre a ocorrência do fenômeno concreto do adoecer, a palavra do paciente e a da profissional da saúde, que ocorre a tensão remetida à questão que se destaca aqui. Esta situa-se entre a subjetividade da experiência da doença e a objetividade dos conceitos que lhe dão sentido e propõe intervenções para lidar com semelhante vivência.*

Pelo exposto acima, a saúde e o adoecer são alocados no campo da singularidade e da subjetividade não podendo ser expressos integralmente pela palavra. No entanto, a comunicação constitui ferramenta indispensável para viabilizar o encontro entre a subjetividade do paciente e a objetividade do profissional, o que tornará possível a significação da manifestação da vida, seja através da saúde ou do adoecer.

Para além dos modelos explicativos apresentados, na perspectiva do território e considerando-se a sua potencialidade, importa considerar que cada indivíduo define a saúde e a doença a seu modo, afinal a saúde e o adoecer são manifestações da vida e remetem a experiências singulares. Vejamos a seguir, palavras verbalizadas pelos sujeitos entrevistados na cidade de Coromandel.

Para o Sujeito A “a saúde é ausência de algo anormal e/ou indesejável no corpo da pessoa”. Já a doença “é a presença de alguma anomalia no nosso corpo ou mente da pessoa”. Verifica-se uma concepção biologicista, atrelada ao corpo e às vivências de normalidade e anormalidade.

O sujeito B assim define a saúde: “é estar bem fisicamente e mentalmente para executar as atividades do dia-a-dia”. A doença é “algo ou alguma coisa que desestrutura, ataca nosso organismo, físico e mente”. Pela verbalização do sujeito B, constata-se uma correlação entre saúde e bem-estar físico e mental sendo que esta interação interfere no desenvolvimento das atividades cotidianas.

O sujeito C compreende que “Saúde é estar disposto; bem físico e mental; ânimo, alegria”. A doença é “indisposição, tristeza, indiferença”. Fica explicitada uma correlação entre saúde e bem-estar físico e mental com a nomeação de sentimentos característicos ao estado de saúde e ao estado de doença.

O sujeito D assim conceitua: “Saúde é a normalidade de funcionamento do organismo humano. Ter saúde é viver com disposição física e mental”. A doença é “alteração no seu bem-estar que se manifesta por um conjunto de sintomas perceptíveis ou não”. As verbalizações feitas pelo sujeito D são também recorrentes nas falas dos outros sujeitos. A saúde e a doença estão quase sempre vinculadas à dimensão biologicista.

O sujeito E assim esclarece: “Saúde é ter equilíbrio”. Doença “é perder esse equilíbrio”. Verbalizações essas que podem se fundamentar no pensamento

hipocrático que concebe a saúde enquanto ‘homeostase’ e a doença enquanto desequilíbrio.

Constatou-se entre os cinco sujeitos da pesquisa uma reação de surpresa com as perguntas realizadas, o que sinalizou um distanciamento reflexivo das questões propostas no cotidiano. Apesar de se ter um movimento de recorrer a definições universais, os sujeitos expressaram definições de saúde e de doença correlatas com as suas experiências cotidianas, contemplando em sua maioria o corpo e a mente. Os conceitos não são estáticos e nem as definições são válidas para todos.

Minayo (1988) estudando populações de favelas do Rio de Janeiro e suas representações sociais discute a etiologia, confronta as explicações de ordem pluridimensional sobre saúde e doença, natural, sobrenatural, psicossocial e socioeconômico com os modelos de interpretativos do processo saúde-doença. A autora conclui que o sistema etiológico popular não é unicausal, mas articula-se e expressa as condições materiais da vida.

Importa considerar que ao se propor projetos voltados para a construção de territórios saudáveis torna-se imprescindível dar voz aos sujeitos do território no qual se darão as ações. A escuta permite o conhecimento da cotidianidade e legitima o potencial participativo dos sujeitos neste processo que é eminentemente uma construção coletiva. Em contrapartida, compete ao profissional criar espaços de diálogos que sejam de fato um encontro de saberes, realizando o empoderamento dos sujeitos.

### **DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: RELEITURA DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA**

As condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem correlacionam-se diretamente ou indiretamente com a manifestação

do processo saúde-doença. A saúde e a doença são, nesse sentido, socialmente determinadas. Compreender as relações existentes entre as condições de vida e a saúde constitui a centralidade dessa discussão que compreende os determinantes sociais enquanto ferramenta para a releitura do processo saúde-doença.

Lima *et al.* (2012, p. 148) assim esclarece:

*Não se trata de buscar a causa das doenças, porque a maioria das doenças são multicausadas. Causas são o que produz a doença e, na maioria das vezes, não se podem eliminar as causas enquanto permanece o contexto. Contexto são as condições objetivas e subjetivas da vida de um lugar, que podem influenciar ou condicionar de forma direta ou indireta a saúde dos indivíduos e das populações.*

As palavras apresentadas pelo autor são demasiado convidativas à reflexão e apresentam aplicabilidade direta no cotidiano das práticas em saúde. Enquanto a tendência predominante for apontar e erradicar a causa das doenças, descolada do contexto que a sustenta, a postura hegemônica será a da prescrição que em nada transforma a realidade ampliada. As intervenções precisam considerar o contexto de vida dos indivíduos, grupos e populações para que haja de fato efetividade na construção dos territórios saudáveis. Metaforicamente, pode-se considerar que por detrás de toda ‘figura’ existe um ‘fundo’ que precisa ser igualmente contemplado.

Contandriopoulos (1998, p. 203-204) assim apresenta os desafios advindos dos determinantes sociais:

*Uma nova compreensão de determinantes da saúde só poderá emergir se houver um diálogo entre as ciências humanas e as ciências da vida. Este diálogo não poderia deixar de ser pertur-*

*bador e incômodo, pois supõe que pesquisadores de cada disciplina repensem os fundamentos de seus trabalhos, que aceitem trabalhar com outros métodos, que encarem horizontes temporais diferentes e conseqüentemente modifiquem a maneira de conceber os fenômenos que estudam.*

Pelo exposto, pode-se verificar o quão complexo se é a necessária adoção dos determinantes sociais enquanto ferramenta para a compreensão do processo saúde-doença. Há de ser empreender diálogo, o que demanda a existência de partes interessadas em dialogar e disponíveis em superar a “perturbação” e o “incômodo” que dele advém.

Historicamente, há uma hegemonia das ciências biomédicas no contexto da Saúde Coletiva, seja nas definições da saúde e de doença, seja na explicação dos fatores envolvidos nos processos patológicos. No entanto, a doença não pode ser entendida à margem da sociedade na qual ela ocorre.

### **MOBILIZAÇÃO SOCIAL: NÃO SÓ PELO DIREITO, MAS TAMBÉM PELO DEVER DE SER SAUDÁVEL**

O processo saúde-doença manifesta a vida, num contexto que definem hábitos, comportamentos e estilos de vida que nem sempre são saudáveis ou protetivos da saúde; pelo contrário, podem levar ao adoecimento e à morte. Desse modo, cabe bem o slogan: cuidando da própria saúde e da saúde da sua família do lugar onde vive. Mas essa condição precisa ser motivada, porque isso não depende do sujeito querer, mas do modo de vida que é construído historicamente e determinados socialmente, no contexto da vida cotidiana (Castellanos, 1998).

Estratégias de promoção da saúde devem incluir ações de mobilização social, não só para reivindicar o direito constitucional à saúde, mas também para que

o sujeito assuma a autonomia de promover a própria saúde. Se o indivíduo não é suficiente para tanto, deve-se valer das redes sociais às quais o indivíduo participa, o grupo familiar, o grupo de amigos, as comunidades religiosas, as associações e sindicatos, que ditam normas sociais valores que são aderidos e constroem a identidade dos sujeitos.

Entretanto, o empoderamento do sujeito sobre os cuidados de sua própria saúde não pode representar uma atitude behaviorista, tentando impor-lhe comportamentos sem respeitar sua individualidade e até mesmo sua cultura; e mais, imputando-lhes a culpa pela falta de saúde, e conseqüentemente desresponsabilizando o Estado.

### **ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL: ESTRATÉGIA PARA A CONSTRUÇÃO DE TERRITÓRIOS SAUDÁVEIS**

Problemas complexos permeiam a dinâmica dos territórios e demandam, cada vez mais, a adoção de estratégias no campo da intersectorialidade, visto que pela ação integrada, coordenada e sinérgica dos setores e atores sociais envolvidos pode-se alcançar a resolutividade da problemática posta de modo eficaz.

A intersectorialidade não nasce espontaneamente e nem por inércia. Moysés *et al.* (2004, p. 631) assim esclarecem:

*[...] a abordagem intersectorial de problemas ou o processo de construção da intersectorialidade não está isento de conflitos, contradições e problemas. É preciso criar espaços de compartilhamento de saber e poder, construir novas linguagens e novos conceitos, desenvolver capacidade de escuta e negociação. É preciso reconhecer que nenhum setor tem poder suficiente para dar conta do problema sozinho e que a ação intersectorial pode possibilitar*

*uma ação mais potente e resolutiva.*

Nesse sentido, verifica-se que a construção da intersectorialidade não é pacífica, mas permeada por contradições. Considerando que o problema a ser resolvido é notadamente complexo e que nenhum setor consegue resolvê-lo sozinho, é preciso que haja um compartilhamento de saberes e poderes com a finalidade de se resolver de forma potente a problemática posta.

O território vivido precisa ser compreendido enquanto um lócus operacionalizador da intersectorialidade. Faz-se necessário a elaboração de um projeto integrado e baseado em um diagnóstico territorial que contemple na agenda os interesses de todos os envolvidos. Cabe ao promotor da ação intersectorial, entendido como o setor que tomou a iniciativa na ação, sugerir aos demais parceiros em que eles podem contribuir, incluindo na agenda propostas elaboradas pelos parceiros.

É imprescindível que eles se sintam parte, portanto, se faz necessário estimular o sentimento de pertencimento dos parceiros para com o projeto, estabelecendo para com eles uma relação pautada pela horizontalidade, sendo desta forma de natureza igualitária.

Os profissionais, muitas das vezes, estão capacitados para atuar em seus “compartimentos”. No que se refere ao modelo de atenção à saúde, o trabalho coletivo ainda é tomado por uma somatória de ações particularizadas. Essa somatória, por si só, não se configura em intersectorialidade. Faz-se necessário uma revisão das formações dos profissionais que precisam desenvolver habilidades voltadas para a ação intersectorial.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As condições de vida e de trabalho influem diretamente no processo saúde-doença. Assim sendo, a saúde precisa ser analisada a partir do contexto da vida, isto é, na singularidade e na subjetividade, mas também sua cotidianidade das relações sociais.

Diferentes modelos explicativos para o processo saúde-doença coexistem e expressam a pluralidade de saberes que permeiam esta questão ao longo dos tempos. Visões mágico-religiosas aliam-se às dimensões social, biológica e psicológica como concepções multidimensionais que representam os sistemas culturais e os valores dos sujeitos. Para se pensar promoção da saúde deve-se escutar mais os indivíduos, reconhecendo-os como sujeitos de sua própria saúde. Para isso, é preciso sair da unidade de saúde, para ver a vida como ela anda, no território e organizar os serviços de saúde a partir dos reais problemas e necessidades de saúde, considerando o modo de vida das populações.

Promover saúde é construir territórios saudáveis, buscando a satisfação das necessidades materiais básicas de habitação, alimentação, educação, cultura, segurança, lazer e outras necessidades humanas imateriais da vida, o que requer, necessariamente ação de políticas públicas intersetoriais e participação social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATISTELLA, C. (2007). Saúde, Doença e Cuidado: complexidade e necessidade histórica. In FONSECA, A. F.; CORBO, A. D'A. (org.) *O território e o processo saúde-doença*. ESPJV, Fiocruz, Rio de Janeiro: p. 25-49.
- BRASIL (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Congresso Nacional. In: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)
- CASTELLANOS, P. L. (1998). O ecológico na epidemiologia. In ALMEIDA FILHO,

- N. de et al. (org.) *Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces e tendências*. ABRASCO, Rio de Janeiro: p. 129-147 (Série Epidemiológica, n. 2).
- CASTIEL, Luis D. (2009). Dédalo e os Dédalos: identidade cultural, subjetividade e riscos à saúde. In CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (org.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. 2. ed. Fiocruz, Rio de Janeiro: p. 83-99.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. (1998). Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.199-204.
- CZERESNIA, Dina. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. 2 ed. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro: p. 43-57.
- GUIMARÃES, G. T. D. (2000). *Historiografia da cotidianidade: nos labirintos do discurso*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- GUTIERREZ, P. R.; OBERDIEK, H. I. (2001). Concepções sobre a saúde e a doença. In ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDINI JÚNIOR, L. (org.) *Bases da saúde coletiva*. UEL, Londrina: p. 1-25.
- LIMA, S. do C.; MAGALHÃES, M. A.; SANTOS, F. de O. (2012). Território escolar, práticas e ações: promoção da saúde na escola. *Observatorium: Revista Eletrônica de Geografia*, v. 4, n. 12, p. 144-156. In: <http://www.observatorium.ig.ufu.br/pdfs/4edicao/n12/08.pdf>
- MINAYO, M. C. (1988). Saúde-doença: Uma concepção popular da Etiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 4, n. 4, p. 363-381.
- MOYSES, S.J.; MOYSES, S.T.; KREMPEL, M.C. (2004). Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641.
- PALMEIRA, G. et al. (2004). Processo Saúde doença e a produção social da saúde.

In EPSJV. (org.) Informação e Diagnóstico de situação. Rio de Janeiro: Fiocruz, ESPJV. (Série Material Didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar).

PORTO, M. F. de S.; PIVETTA, F. (2009). Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis. In CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (org.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. 2. ed. Fiocruz, Rio de Janeiro: p. 207-229.

SANTOS, M. (2003). *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. São Paulo: Record.