



CONHECIMENTO GEOGRÁFICO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Martha Priscila Bezerra Pereira

mpbcila@yahoo.com.br

Faculdades Integradas de Patos – FIP –PB.

RESUMO

Em busca de promover a saúde do ser humano, várias áreas do conhecimento e setores da sociedade tem se esforçado em discutir, desenvolver metodologias e agir em prol de um ambiente mais saudável e de boas condições de saúde para o indivíduo. Dentre essas áreas está a discussão implementada pela Geografia da Saúde. Desta forma, este trabalho busca discutir a promoção da saúde a partir de uma perspectiva geográfica. Para embasar esta discussão foram envolvidos vários conceitos da geografia e da saúde, atrelados à concepção de escala geográfica. No jogo escalar estabelecido percebeu-se que a Geografia da Saúde pode contribuir tanto para o planejamento municipal quanto para a gestão dos recursos humanos. As variáveis apresentadas neste trabalho, apesar de serem entendidas como válidas, precisam ser implementadas em outros contextos para dar maior confiabilidade às afirmações.

Palavras-chave: conhecimento geográfico; promoção da saúde; Escala geográfica.

INTRODUÇÃO

Este texto é parte das concepções desenvolvidas no período do doutorado em Geografia pela Universidade Estadual Paulista em Presidente Prudente – SP (UNESP), sob a orientação do prof. Dr. Raul Borges Guimarães. No entanto, este trabalho também se configura pelo interesse em apresentar algumas possibilidades à prática de trabalho do geógrafo que se interessa pelo tema.

Desta forma, este trabalho tem por objetivo discutir a promoção da saúde a partir de uma perspectiva geográfica. Para viabilizar a discussão, além desta breve introdução e das considerações finais, o texto está dividido em três partes. A primeira tem por meta apresentar alguns conceitos importantes para o trabalho, dentre eles conhecimento, paisagem, território e escala geográfica. A segunda parte demonstra a metodologia escolhida, apresentando ao leitor quatro perspectivas diferenciadas de visualização do tema atrelado ao conhecimento geográfico, promoção da saúde e escala geográfica, são elas: os princípios e as normas do território, as experiências exitosas e sua ascensão escalar, a apropriação de idéias existentes e a formação de territórios-rede. A última parte tem o objetivo colocar os pressupostos práticos para que se viabilize a promoção da saúde.

Geografia da atenção à saúde: o conhecimento, a escala geográfica e a promoção da saúde

Apesar da variedade temática apresentada por vários autores que trabalham com a Geografia da Saúde, segundo Rojas (2003), esta se divide apenas em Geografia Médica (ou tradicional) e Geografia da Atenção à Saúde.

A Geografia Médica, também conhecida por Nosogeografia, Geografia das patologias ou Geografia médico-ecológica, tem como um dos objetivos principais estudar a distribuição espacial das doenças no contexto em que estão os enfermos. Esta é norteada por alguns princípios como a multicausalidade e a diferença entre saúde individual e coletiva. A partir destas informações busca-se interpretar e planejar ações concretas (PEITER, 2008; ROJAS, 2003).

A Geografia da Atenção à Saúde busca entender a disponibilidade dos recursos materiais e humanos (onde está o serviço e em quais escalas), a qualidade dos serviços, como se está usando este serviço (acessibilidade), como a necessidade do serviço é determinada, como são decididos os recursos e se a provisão atual afeta no resultado do serviço (GATRELL, 2002; PEITER, 2008). Rojas (2003) acrescentou que, no Brasil, esta Geografia tem sido construída por autores que buscam consolidar o Sistema Único de Saúde, dentre eles citou Carmen Teixeira, Carmen Unglert e Jairnison Paim.

Neste quadro de referência, os conceitos mais utilizados no âmbito desta Geografia da Atenção à Saúde são: o território, a acessibilidade e a escala geográfica (GATRELL, 2002; PEITER, 2008; ROJAS, 2003). No entanto, outros conceitos podem também ser trabalhados, como, por exemplo, o conceito de conhecimento, associado ao conceito de paisagem.

Conhecimento como chave para a ação no espaço geográfico

Quando se fala sobre conhecimento, pode-se inicialmente perguntar, como o sujeito passa a conhecer? O que é o conhecimento? Como um sujeito pode dominar conhecimentos? De acordo com Morin (1999) o conhecimento passa a existir a partir do entendimento de alguns princípios. O primeiro refere-se à conjunção de fatores biológicos instituindo uma computação e ordenação de eventos. O segundo princípio é o da auto-exo-referência, que permite a auto-computação, ou seja, o ser humano tem uma auto-referência que confronta com referências externas para gerar novos conhecimentos. O terceiro é que a apreciação da dualidade entre a objetividade e a subjetividade humanas forma uma pluralidade complexa do ego-geno/sócio-centrismo, isto é, considera-se o ser humano complexo a partir da aceitação de sua dualidade objetiva e subjetiva concomitantemente.

Dessa forma, o conhecimento, para Morin (1999), é ao mesmo tempo cultural, espiritual, cerebral e computante. Além disso, o autor acrescenta que o conhecimento agrega algumas características. Uma delas é possuir bases flexíveis, isto é, estar em permanente construção, em movimento. Outro fator importante é ter ciência de que o conhecimento não pode ser completamente conhecido. Uma outra característica é estabelecer diálogo entre a reflexão subjetiva e o conhecimento objetivo. O autor também lembra que para se estudar o conhecimento (objeto) é necessário conhecer um pouco a pessoa possuidora desse conhecimento (sujeito). Por fim, o conhecimento se expressa através da linguagem.

Ainda com relação às características, Maturana (198-) coloca que esse conhecimento é expresso de acordo com um contexto específico e Morin (2005) acrescenta que o conhecimento opera por seleção de dados (separa, une, hierarquiza e centraliza) e se dá por meio da lógica, que é comandada por fatores 'supralógicos'.

Para se ter condições de saber se o sujeito analisado conhece algo, domina um determinado conjunto de conceitos, é necessário saber se ele tem consciência de determinado tema (MORIN, 1999). E, mais uma vez, Maturana (198-) reforça que esta consciência é dependente das relações entre os sujeitos.

De posse do conhecimento e tendo consciência de que ele existe, Maturana (198-), ao falar sobre a educação no Chile, afirma que o repasse do conhecimento sempre é repleto de intencionalidade e que depende, portanto, do contexto em que é apresentado e isso pode ser o causador de ações completamente diferenciadas. Esse quadro de referência remete ao questionamento sobre **o que influencia na construção de um conhecimento geográfico para a promoção da saúde?**

Do exposto, entende-se que o conhecimento se expressa pela linguagem, e essa linguagem, de acordo com Morin (1999), reproduz cultura, solução de problemas, críticas, desvios, contestação e explicação, enfim, expressa idéias.

Ao discutir sobre linguagem, Chauí (2005) afirma que tanto na concepção empirista quanto na intelectualista, a linguagem pode ser considerada como um instrumento de representação de coisas ou idéias.

Porém, se fôssemos falar de coisas ou idéias que representam uma linguagem e que é a expressão de um tipo de conhecimento, como esse conhecimento estaria representado?

Em uma visão geográfica, este poderia estar representado, por exemplo, a partir do que é percebido na paisagem, e estando voltado para a saúde, observar-se-iam os elementos que poderiam interferir no processo saúde-doença da população atendida.

Observa-se de imediato que teríamos que enumerar três tipos de paisagem, do risco, da prevenção de doenças e a da promoção da saúde. Para iniciar esse raciocínio faz-se necessário explicar como está sendo entendido neste momento o conceito de risco, de prevenção de doenças e da promoção da saúde.

O risco pode ser entendido como uma construção social em que uma pessoa ou grupo percebe um perigo possível, que pode ser previsível a depender de ocorrências anteriores ou de um conjunto de fatores que indiquem uma possibilidade de ocorrência de um perigo (VEYRET & RICHEMONT, 2007).

De acordo com Czeresnia (2003), a prevenção está vinculada a ações capazes de evitar doenças. Seriam principalmente intervenções que buscam evitar a incidência e a prevalência de doenças específicas nas populações.

Já a promoção da saúde, tendo por base a discussão de Buss (2003), pode ser entendida como uma racionalização de possibilidades ou atitudes concretas que visam tanto uma possível mudança de comportamentos individuais, quanto do ambiente em que o indivíduo vivencia, tendo como foco a melhoria das condições de saúde dos mesmos.

Dessa forma, surge um novo paradigma, no qual a saúde é resultado também das condições sociais, culturais, econômica e política das populações (BUSS, 1998).

Qualquer uma dessas paisagens (risco, prevenção e promoção) está associada a um ambiente circundante, pois quando se percebe o risco, este está presente no ambiente, e a observação das ações preventivas e de promoção da saúde também estaria relacionada ao ambiente, pois são intervenções relacionadas tanto a comportamentos individuais quanto ao ambiente vivenciado.

Dessa maneira, é a partir do conhecimento que se tem a possibilidade de desenvolver a consciência de que os elementos da paisagem podem interferir no processo saúde-doença da população, e por consequência, caracterizar uma condição prévia para a ação nesse ambiente. Essa atitude pode ter uma maior ou menor magnitude a depender da perseverança e capacidade de articulação dos que exercem algum tipo de territorialidade, tornando a concepção do território em suas diferentes formas e expressões como algo fundamental na observação de práticas relacionadas à promoção da saúde.

Até o momento, ao lidar com os termos e conceituações relacionadas ao conhecimento e promoção da saúde, já foram suscitados os termos: paisagem, risco, prevenção de doenças e território.

Este território pode ser concebido na perspectiva de Pereira (2008) no qual existem as multiterritorialidades articuladas e desarticuladas. As multiterritorialidades articuladas ocorrem quando se percebe que as ações no território, a partir de vários níveis escalares ou da própria escala geográfica de observação convergem para um objetivo único ou similar. Já nas multiterritorialidades desarticuladas são observadas ações no território, também a partir de vários níveis escalares ou da própria escala de observação, que divergem de um objetivo único ou similar.

É no espaço geográfico que estão sendo realizadas ações territoriais, onde estão sendo estabelecidas as multiterritorialidades articuladas e desarticuladas, capazes de promover ou não a saúde e, conseqüentemente um meio ambiente doentio ou saudável.

A escala geográfica enquanto metodologia para entender as várias faces da Promoção da saúde

Para viabilizar essa reflexão, foi realizado um breve resgate de ações implementadas no espaço geográfico, segundo a influência de várias escalas geográficas, que tem contribuído para um melhor conhecimento e conseqüentemente melhores ações para a promoção da saúde.

Dessa forma, foram escolhidos eventos que tem influências em escalas geográficas diferentes, apesar de se confundirem em alguns momentos em determinados locais.

Neste momento pode-se entender, em acordo Smith (1992), que regras de uma escala distante (não exatamente de uma escala concreta, por fazer parte de um circuito de discussão num local) podem ter poder de difusão continental e mundial. Também se pode compreender como afirmou Santos (1997) ao dissertar sobre eventos, em que dependendo da força do emissor na escala de origem, o evento pode repercutir em conseqüências tanto locais quanto em outras escalas geográficas de maior abrangência.

Neste quadro de referência, entende-se que tanto eventos locais, quanto fruto de discussões em um âmbito abstrato, podem difundir-se de diversas maneiras, dentre elas a apropriação de idéias de escala superiores ou até da mesma escala, quando se formam redes de discussão e ação em determinado conjunto de lugares, sendo esta situação aplicável à concepção de Promoção da Saúde.

Em outras palavras, tem-se por pressuposto que em cada escala geográfica, o conhecimento voltado para a Promoção da Saúde possui características diferenciadas para difusão no espaço geográfico e sensibilização da população, assim como se tem por base que neste meio está inserido o conhecimento geográfico, através da concepção de paisagem (paisagem do risco, da prevenção e da promoção da saúde), de território (apropriação do território, multiterritorialidade desarticulada e multiterritorialidade articulada) e do domínio da linguagem cartográfica.

2. O jogo escalar das ações para promoção da saúde

Nesta parte serão mostradas algumas ações que estão sendo realizadas na atualidade, em várias escalas geográficas. Quando se mencionar a escala da cidade, tomar-se-á Recife como exemplo devido ter sido a área objeto de estudo no doutorado, mas essa realidade é passível de ser aplicada a outras localidades.

2.1 Princípios e normas do território da promoção da saúde

Uma das maneiras de entender esse jogo escalar é partindo da difusão da idéia da Promoção da Saúde no mundo. Inicialmente, a concepção dessa idéia ficou circunscrita à Europa do século XIX, momento que se discutia um conceito mais ampliado de saúde relacionando a mesma a melhorias nas condições de vida e de trabalho. Em 1945, o historiador e médico Henry Sigerist utilizou pela primeira vez a expressão promoção da saúde quando definiu as quatro grandes tarefas para a medicina: a promoção da saúde; a prevenção da doença; o restabelecimento do doente; e a reabilitação. (TERRIS, apud FERRAZ, 1999).

A primeira vez que este termo passou a ter impacto internacional foi através da publicação de **A new perspective on the Health of Canadians: a working document** por Marc Lalonde, então ministro da Saúde e Bem Estar do Canadá (LALONDE, 1974), fazendo com que a Organização Mundial da Saúde se engajasse tornando-se um emissor extremamente forte dos princípios e apoio à operacionalização dessas idéias tendo a partir de então uma escala de impacto abrangente.

Conhecido como “Informe Lalonde”, este relatório influenciou a organização de uma série de eventos em vários países e teve como marco em escala mundial a **I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**, ocorrida em Ottawa, no Canadá, que deu origem à Carta de Ottawa, em 1986 (BUSS, 2003). Este documento teve o significado de uma carta

de esclarecimento conceitual, distribuição de responsabilidades e de intenções para se atingir a “Saúde para Todos no Ano 2000”. Dentre os temas apresentados estava a necessidade da capacitação enquanto requisito para se alcançar a equidade (BRASIL, 1996).

Após este evento houve outras conferências internacionais sobre promoção da saúde, nas quais discutiram sobre: estratégias para implementar políticas públicas saudáveis (**Declaração de Adelaide**, Austrália, 1988); condições para se criar ambientes favoráveis à saúde (**Declaração de Sundsvall**, Suécia, 1991); possibilidades de ações para promover a saúde no século XXI (**Declaração de Jacarta**, Indonésia, 1997); avaliação do que foi feito no século XX e prioridades para o início do século XXI (**Declaração Ministerial do México para a promoção da saúde**, México, 2000) e; proposição de políticas e parcerias que tenham como objetivos empoderar comunidades para aperfeiçoar a saúde de forma igualitária e complementar a construção de valores, princípios e ações estratégicas de promoção à saúde estabelecidas na Carta de Otawa (**Carta de Bangkok para promoção da saúde no mundo globalizado**, Tailândia, 2005) (BRASIL, 1996; INDONÉSIA, 1997; MÉXICO, 2000; TAILÂNDIA, 2005).

As idéias dessas conferências influenciaram o Brasil na forma como se apropriaram da idéia da promoção da saúde, fazendo com que fossem inseridas na constituição de 1988 (época em que ocorreu evento em Sundsvall), nos artigos de 196 a 200, as bases para a criação do SUS. Sendo a partir daí elaboradas uma série de leis e normas para que se efetivassem essas idéias.

Observando por este ponto de vista, podem-se entender esses fatos como uma normatização do território (SANTOS, 1997), em que determinadas idéias norteiam as diretrizes dos países, impondo-lhes idéias, valores, e a tomada de atitudes, através de leis que viabilizem essas idéias, no caso, a efetivação da promoção da saúde através de políticas públicas, dentre elas se materializaram a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Saúde Ambiental (PSA) no Recife - PE, políticas que visam, respectivamente, cuidar da saúde do indivíduo e dos ambientes para torná-los saudáveis e tem como elemento importante dessas políticas o agente de saúde.

Submetidos às ordens, os agentes da ESF exercem três tipos de relações de poder na microárea, que efetivam três tipos de relações de território de acordo com Bitoun (2000): um território de escuta (na fase de coleta de informações para se atingir a equidade), um território de administração (quando são definidas as articulações com outros territórios para garantir o acesso a equipamentos e instituições que permitem uma disponibilidade de recursos mais complexos ou complementares), e um território de realizações (quando é materializada a prestação de serviços no espaço vivido). A ação é efetivada em torno do entendimento dos conceitos do processo saúde-doença e da noção de risco. Contudo, há problemas nos territórios de administração (dificuldade par marcar consultas) e de realizações (as ações dos agentes são extremamente dependentes de normas de outras escalas de comando).

Os agentes do PSA também exercem relações de poder dando origem a territórios de escuta, de administração e de realizações, porém as ações são diferenciadas. O território de escuta serve para coletar informações, a maior parte delas é realizada a partir da observação. Há um cuidado mais minucioso com as informações relacionadas à dengue, pois essas irão compor o relatório que será enviado ao governo federal e que garante parte da verba do programa, e os agentes são muito cobrados quanto à precisão dessas informações.

Há também um território de administração, que para ser eficiente necessita que os problemas detectados em campo sejam resolvidos tanto pela Secretaria de Saúde quanto por outras secretarias, exigindo uma intersectorialidade muito forte, o que não ocorre no cotidiano de trabalho desses agentes do PSA, pois as pendências superam as soluções.

O território de realizações é exercido a partir da detecção de vetores que possam interferir negativamente na saúde da população, assim como ações na área da educação em saúde. Essa territorialização é melhor exercida no que diz respeito à investigação da presença de criadouros do mosquito *Aedes Aegypti*, pois com relação às atividades de educação em saúde, ainda que sejam incentivadas pelo governo municipal, não há condições de serem exercidas em sua plenitude devido a vários fatores, dentre eles o quantitativo cobrado (visitar entre 20 e 25 imóveis/dia), que em muitos locais consome completamente o tempo desse agente; a falta de financiamento para realizar atividades de educação em saúde; a desconsideração de outros fatores além do relevo que interferem na territorialização do agente de saúde (sócio-econômicos e riscos ambientais) (BEZERRA, 2008; PEREIRA, 2008)

Enfim, as falhas na territorialidade da administração e de realizações ocorrem devido problemas nas outras instâncias dentro do próprio programa e da prefeitura como um todo, que em muitos casos dependem de outras escalas para que possam resolver os problemas que estão visíveis no trabalho dos agentes de saúde tanto da ESF quanto do PSA.

Sendo assim, a submissão a outras escalas ocorre nas relações de imediate, ou seja, na cidade, de acordo com a expressão de Lefebvre (2001), onde estão inseridos os chefes diretos (enfermeiros e supervisores), a diretoria do distrito (sistema de regionalização da saúde que subdivide a cidade em distritos sanitários para melhor operacionalização das ações), o comando do programa e a própria Secretaria de Saúde da Cidade, como também está submetido a normas de outras escalas, seja a unidade da federação, o país, e mesmo de regras de escalas distantes, como já mencionado.

2.2 Experiências exitosas e sua ascensão escalar

Outra maneira de ver este contexto, porém não excluindo a idéia anterior, seria através da observância do potencial local no sentido de influenciar na medida em que essas experiências são difundidas e chegam a atingir as escalas abstratas de discussão a nível mundial. Neste caso há um movimento de constituição do objeto do nível inferior para o superior.

Um desses exemplos são as experiências exitosas de gestão pública e cidadania (BARBOZA & SPINK, 2002) em que são escolhidas experiências inovadoras subnacionais. Além deste, existem outras formas dessas inovações emergirem, seja através de uma reportagem em revistas e telejornais; de inscrição em outros tipos de premiações ou mesmo de pesquisadores que chegam até determinadas localidades e destacam o local entre os demais.

Como exemplo prático pode-se destacar Recife como uma experiência exitosa com relação às políticas públicas de saúde que visam uma promoção da saúde a médio e longo prazo através da ESF do PSA.

Em Pereira (2008) observou-se que os agentes de saúde atrelados a essas políticas de saúde (ESF e PSA) no Recife apresentam-se como sujeitos aprendizes em suas práticas cotidianas, uma vez que é a partir delas que desenvolvem suas competências e habilidades. Entendam-se aqui competências como capacidades mais gerais de operar com os conhecimentos, as quais são demonstradas por meio de habilidades e comportamentos (ALLES, 2006).

As competências desenvolvidas pelo agente de saúde que estavam mais relacionadas ao conhecimento geográfico foram: o domínio conceitual, a autonomia e por consequência o domínio da linguagem cartográfica.

Os agentes de saúde demonstraram compreender o domínio conceitual como a capacidade de entendimento da problemática (saúde e ambiente) de forma a conseguir estabelecer relações, fazer prognósticos e repassar esse conhecimento em uma linguagem acessível aos diferentes grupos sociais. Já a autonomia seria a capacidade de conhecer, planejar e

agir sobre o território de maneira influenciar a ação das pessoas adscritas no sentido de melhorar suas condições de vida e do ambiente circundante.

O domínio da linguagem cartográfica, por um lado, seria a capacidade de unir seu domínio conceitual e sua autonomia no sentido de entender as relações espaciais que se estabelecem no mapa representado e, por outro, utilizar essas competências já citadas no sentido de representar espacialmente toda essa problemática, porém tendo uma redução proporcional próxima à realidade.

Essas competências se expressaram em variados níveis de acordo com a potencialidade de cada um, a necessidade e as condições propícias para isso. Dessa forma, as competências e habilidades dos agentes de saúde poderiam se desenvolver e suas ações serem expressas na paisagem através da prática dos moradores, ser desenvolvidas e não necessariamente estar presente na prática dos municípios, assim como poderiam ser inibidas de se desenvolverem.

No caso em que elas se desenvolveram e se tornaram experiências exitosas, percebeu-se que a partir do desenvolvimento do domínio conceitual, através das habilidades relacionadas ao domínio do vocabulário, associação do conceito com o ambiente de trabalho e a forma de comunicar esse conhecimento sensibiliza o morador de forma que este passa a ter consciência dos elementos que representam algum risco. Dessa forma, há uma modificação gradativa de uma paisagem do risco à doença a uma paisagem da promoção da saúde.

Nesse contexto, se há mudança de algo, o agente de saúde também se utiliza de sua autonomia, pois tem a iniciativa de falar, tem acesso ao usuário do programa de saúde e seu território de moradia (área de trabalho e/ou peridomicílio e/ou domicílio) e contribui para a formulação de alguma ação para modificar a área, modificando, dessa forma o território. E já que essas ações convergem, pode-se dizer que ocorre uma multiterritorialidade articulada.

Associando o conhecimento, gerador da percepção da paisagem; a ação, geradora da autonomia, e por conseqüência, vários tipos de territorialidade e; o conhecimento cartográfico, o agente de saúde também tem a capacidade de representar esses elementos de maneira adequada demonstrando domínio da linguagem cartográfica.

2.3 Apropriação de idéias existentes:

A terceira visão sobre o mesmo fato seria a partir de Lefebvre (2001), em que se entende esse processo como uma apropriação de idéias existentes de outros níveis e trazendo para o contexto mais local, neste caso específico, a apropriação de idéias da OMS com relação à viabilização da promoção da saúde nas políticas públicas do Brasil.

Seguindo o raciocínio de Lefebvre (2001), só houve apropriação porque havia um contexto propício a isso. Enquanto ocorriam as Conferências Internacionais, e de forma intercalada em vários países, no Brasil havia o movimento da Reforma Sanitária, que, a partir da participação social ativa, conseguiu influenciar de tal forma que a constituição de 1988 passou a agregar os princípios da Reforma Sanitária com relação a um Sistema Único de Saúde (GERSCHMAN, 1996). De acordo com esta autora, a pressão foi tão forte que os defensores da Reforma Sanitária conseguiram superar o contexto adverso em que estava ocorrendo a elaboração desta constituição, no qual o governo estava se adequando a uma política econômica de restrição do gasto público, principalmente na área social, no qual está inclusa a área da saúde.

Devido à maneira como o SUS tem sido implantado desde a década de 1990 e de práticas que não foram abandonadas de modelos que surgiram em tempos anteriores, este processo tem feito emergir uma situação em que há um acúmulo desigual de tempos, sendo possível observar tanto na paisagem quanto nas ações, atividades relacionadas ao modelo assistencial sanitaria, médico assistencial privatista e da Vigilância em Saúde.

Utilizando esta mesma lógica da apropriação de Lefebvre (2001), a municipalização e a obediência às leis e normas federais só se adequam devidamente nas cidades em que há condições favoráveis, este é o caso de Recife no que diz respeito à Atenção Básica e à Vigilância Ambiental. Contudo, não apenas a estrutura municipal é favorável, mas também os próprios agentes de saúde (PEREIRA, 2008).

No que diz respeito aos agentes comunitários de saúde, os mesmos já existiam antes mesmo da institucionalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou da Estratégia de Saúde da Família (ESF), fazendo com que sua experiência de trabalho autônoma facilitasse na aquisição de novos conhecimentos. Já com relação aos agentes de saúde ambiental, aprovados no concurso de 2001, muitos deles já possuíam outros conhecimentos (de trabalhos semelhantes, conhecimentos correlacionados) que, complementados ao de agente de saúde ambiental foi propício ao maior desenvolvimento de competências e habilidades.

2.4 A formação de territórios-rede:

Além desse movimento de idéias e ações relacionadas à promoção da saúde entre várias escalas, há também um movimento horizontal em cada escala. Por exemplo, quando se fala no SUS, convive-se no mesmo espaço com pelo menos três modelos de atenção à saúde, o assistencial sanitarista, o médico assistencial privatista e o da Vigilância em Saúde. Estes três modelos formam uma rede de assistência à saúde que buscam atingir a promoção da saúde dentro da cidade, do estado e do país como um todo, isto falando no âmbito brasileiro.

Outra forma de verificar esse território em redes para a promoção da saúde está na consolidação da filosofia das Cidades Saudáveis. Esta filosofia tem utilizado estratégias a partir de conferências internacionais relacionadas à promoção da saúde para construir a proposta das 'Cidades Saudáveis', fazendo com que haja um movimento entre escalas de apropriação de idéias, a nível de continente, e nas próprias cidades.

Nas cidades, há a tentativa de formação de uma rede de cidades saudáveis, a qual estas se unem, passam a ter uma coordenação e estabelecem juntas ações com vistas à promoção da saúde (WESTPHAL, 2000).

A formação de redes é necessária devido à fragilidade dessa filosofia quando inserida apenas no âmbito da cidade, sujeita muitas vezes à vontade política, que, com a saída do prefeito, sua equipe e do poder legislativo local poderia submergir (ALMEIDA, 1997).

Dentro da cidade, o movimento demanda compromisso e ação política também da sociedade e de outras instituições que possam dar continuidade ao processo, expressando-se enquanto um movimento social, isto é, trabalhando com a sensibilização e formação continuada (ALMEIDA, 1997).

Entre as cidades, para que essa idéia se fortaleça ainda mais, justifica-se a necessidade de se implementar uma coordenação ou mesmo a prática das cidades co-irmãs, em que uma está pronta para ajudar a outra a superar alguns problemas que impeçam a promoção da saúde. O resultado dessas práticas faz surgir uma territorialidade em rede.

De acordo com Haesbaert (2004) o território-rede pode ser entendido a partir da lógica das redes, por serem descontínuos e dinâmicos, mas que devido ao fenômeno da compressão tempo-espaço a comunicação é instantânea e globalizada. A partir dessa concepção sobre territórios-rede pode-se inferir que esses territórios submetem ou são submetidos ao poder a partir da influência de um local ou uma pessoa que pertence a um outro nó nessa rede de influências. E isso ocorre na expansão das idéias sobre a promoção da saúde, seja através dos modelos assistenciais ou da concepção de cidades saudáveis.

2.5 Tecendo a teia:

Quando se considera essas várias escalas em que as ações relacionadas à promoção da saúde estão sendo implementadas estão ocorrendo pelo menos quatro tipos de direcionamentos simultâneos.

Por um lado, há uma normatização do território, em que a partir de diretrizes gerais aprovadas em Conferências Internacionais são adotados modelos de políticas públicas que repercutem em várias escalas. A escala superior determina o que a inferior deve fazer.

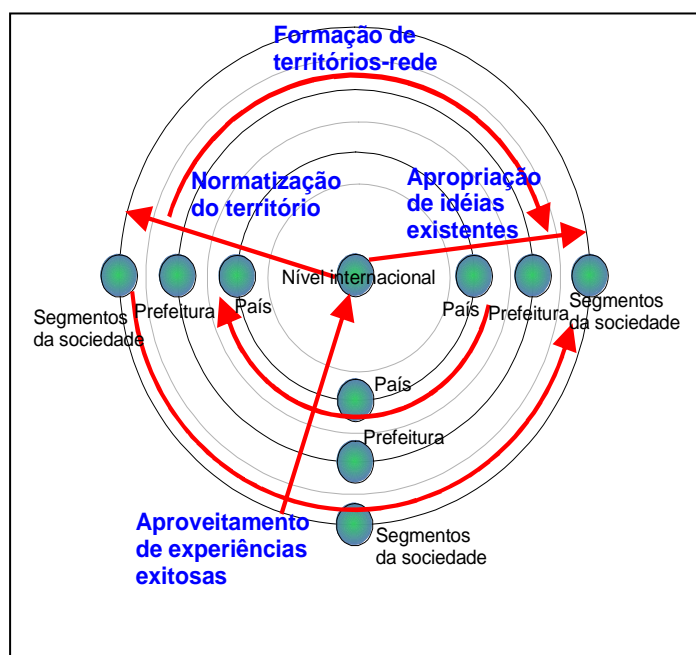
Uma segunda diretriz seria o aproveitamento de experiências exitosas. No âmbito subnacional são realizadas ações de forma a chamar atenção do poder público e em ocasião pertinente divulgam novas práticas, recebendo reconhecimento. Essas práticas em conjunto com outras que ocorrem em outros lugares, influenciam na decisão de novas diretrizes em Conferências Internacionais.

Também está ocorrendo uma apropriação de idéias existentes. Porém, uma idéia nova só é implantada em um local se houver condições políticas e históricas favoráveis.

Poder-se-ia ainda acrescentar a formação de territórios-rede, no qual cidades, estados, regiões ou outro tipo de aglomeração de mesmo nível hierárquico e problemáticas semelhantes juntam-se para implementar ações nos setores de interesse comum (modelo explicativo 1).

MODELO EXPLICATIVO 1

SÍNTESE DAS AÇÕES RELACIONADAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE SEGUNDO A INFLUÊNCIA DE OUTRAS ESCALAS GEOGRÁFICAS



Elaborado por PEREIRA, MPB (2009)

Uma perspectiva geográfica da promoção da saúde na escala municipal

Este item teve como meta apresentar de forma sintética as idéias apresentadas na elaboração da tese (PEREIRA, 2008) com relação à possibilidade de tornar a metodologia elaborada viável na prática de trabalho do geógrafo, tendo por base o jogo de escalas apresentado no item anterior, fato este que remete a quatro perspectivas de ação.

A primeira consiste em entender como se efetiva as normas no território. Saber se há uma divisão político administrativa, se há divisão por distrito sanitário, qual o estágio do processo de municipalização, a modalidade de gestão na saúde, quais as políticas públicas de saúde teriam relação mais direta com a promoção da saúde e se há em outra secretaria do município alguma ação relacionada à promoção da saúde e qualquer outra norma relacionada ao Estado-Nação ou outras instâncias, que tiveram rebatimento no município e tem relação com a Promoção da Saúde. O geógrafo que pretende trabalhar com perspectiva na prática precisa buscar as expressões oficiais de poder de maneira a delinear as territorialidades da prática da promoção da saúde no espaço geográfico.

A segunda tem relação com as possibilidades de se identificar experiências exitosas entre os agentes de saúde. Num primeiro momento estaria relacionado à identificação de projetos, ações e características pessoais de agentes de saúde que tem se destacado no município. Após essa caracterização geral se procederia com a elaboração de uma matriz, e/ou uma averiguação mais aprofundada sobre as competências e habilidades relacionadas ao conhecimento geográfico. Isso remete a um cuidado na precisão da metodologia desenvolvida de forma a se obter as intencionalidades dos sujeitos em suas diferentes formas de expressão.

A terceira perspectiva está relacionada ao conhecimento da história do município enquanto um possível apropriador de idéias existentes de outras escalas. Faz parte dos questionamentos saber se o local tem condições históricas e políticas de absorver idéias e práticas de escalas superiores e mesmo muito distantes de sua realidade local. Com base nessa preocupação o geógrafo pode organizar seus argumentos a partir de fontes diversas, provenientes de trabalhos historiográficos, artísticos da história oral, dentre outros.

A quarta e última maneira de abordar o tema seria a partir da perspectiva dos territórios-rede que estão presentes no município através dos modelos de assistência à saúde, das idéias e das ações que circulam sobre a promoção da saúde, que tem como um dos seus mais fortes *slogans* a concepção das cidades saudáveis ou municípios saudáveis, dentre outras redes que se apresentam no contexto. Nessa perspectiva a visão multiescalar é apresentada não apenas como um aporte teórico que sustenta a possibilidade do geógrafo permear contextos diversos no tempo e no espaço, mas como a possibilidade de uma releitura metodológica, pois dependendo do objetivo proposto, pode-se trabalhar com todas as redes ou dar ênfase a uma delas.

Tendo por base as políticas públicas municipais, em especial na ESF e no PSA o geógrafo poderia trabalhar de várias maneiras, dentre elas serão apontados dois conjuntos de possibilidades. No âmbito do planejamento, elaborando uma regionalização e apontando os distritos, os bairros e localidades que mais se desenvolveram no sentido da promoção da saúde no sentido de identificar as características dessas áreas para implementar ações nos outros setores da cidade ou do município. Ao lidar com os agentes de saúde poderia promover cursos de capacitação para incentivar o desenvolvimento de competências e habilidades relacionadas ao conhecimento geográfico que ainda estivessem necessitando de algum aprimoramento, com base no diagnóstico realizado; ou mesmo traçar um perfil relacionado ao conhecimento geográfico condizente à necessidade da função e enquanto promotor da saúde, no sentido de auxiliar na escolha dos próximos agentes de saúde quando forem realizados concursos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As possibilidades apontadas neste trabalho são limitadas, devido ter apresentado como exemplo prático apenas uma cidade, dentre os vários tipos de cidades no conjunto dos municípios existentes no Brasil, sejam pela sua história, dimensões, características sócio-ambientais, etc. Desta maneira, seria necessário trabalhar com um conjunto de cidades de características diferentes para verificar se as variáveis apontadas de fato são válidas em qualquer contexto apresentado.

REFERÊNCIAS

- ALLES, Martha Alcía. **Dirección estratégica de recursos humanos: gestión por competencias**. 2. ed. Buenos Aires: Granica, 2006, 448p.
- ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. Cidade/município saudável – a questão estratégica: o compromisso político. **Saúde e Sociedade**. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Associação Paulista de Saúde Pública, v. 6, n. 1 (jan/jul, 1997), p. 71-81.
- BARBOZA, Hélio Batista; SPINK, Peter (org.). **20 experiências de Gestão pública e cidadania**. São Paulo: Programa de Gestão Pública e cidadania, 2002, 296p. (ciclo de premiação – 2001).
- BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos. **Subsídios à Gestão Territorial do Programa de Saúde Ambiental: contribuição da geografia à construção de mapas operacionais para territorialização dos Agentes de Saúde Ambiental no Recife-PE**. Recife; 2008. 154f. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Geografia) Centro de Filosofia e Ciências Humanas/ Universidade Federal de Pernambuco.
- BITOUN, Jan. A política de saúde e as inovações na gestão local. **Cidadania, cidade é notícia**. Recife: ETAPAS, 2000, n. 4. Abril/ Maio. 2000.
- BRASIL. **Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall e Declaração de Bogotá**. Brasília: FIOCRUZ/MS, 1996, 47p.
- BUSS, Paulo Marchiori (org). **Promoção da Saúde e a Saúde Pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina**: ENSP, Rio de Janeiro. 1998.
- BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org). **Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, 176p, p. 15-38.
- CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. 13. Ed. São Paulo: Ática, 2005, 420p.
- CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org). **Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, 176p, p. 39-53.
- FERRAZ, Sônia Terra. **Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000**. Brasília: Paralelo 15, 1999. 102p.
- GATRELL, Anthony C. **Geographies of Health: an introduction**. Oxford - UK: Blackwell publishers, 2002, 262p.
- GERSCHMAN, Sílvia. Conferência Nacional de Saúde em tempos incertos. In: COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes (org.). **Política de Saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: ENSP, 1996, 196p.
- HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2004, 400p.
- INDONÉSIA. **Declaración de Yakarta: sobre la promoción de la Salud en el Siglo XXI**. Yakarta: OMS, 1997.
- LALONDE, Marc. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Minister of National Health and Welfare, 1974 (<http://www.phac-aspc.gc.ca/publications-eng.php>). Acesso em 27 de julho de 2008.
- LEFEBVRE, Henri. **O direito à cidade**. Trad. Rubens Eduardo Farias. São Paulo: Centauro, 2001, 145p.
- MATURANA, Humberto. **Emociones y lenguaje en educación y política**. 7. ed. Santiago: [s.n.], [198-], 98p.

MÉXICO. **Declaración Ministerial de México para la Promoción de la salud**. Ciudad de México: OMS, 2000, 2p.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2005, 120p.

MORIN, Edgar. **O método 3**. O conhecimento do conhecimento. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 1999, 288p.

PEITER, Paulo César. **Curso de Geografia da Saúde**. www.igeo.ufrj.br/gruporetis/cursos.2008. Acesso em 25 de março de 2008.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Conhecimento geográfico do agente de saúde: competências e práticas sociais de promoção e vigilância à saúde na cidade do Recife – PE**. Presidente Prudente – SP. Tese de doutorado (UNESP/ Faculdade de Ciências e Tecnologia/ Programa de Pós-Graduação em Geografia). 2008, 255f.

ROJAS, Luisa Iñiguez. Geografia y Salud: entre historias, realidades y utopias. **Caderno Prudentino de Geografia**. n.25. Presidente Prudente – SP: AGB. 2003. p. 9-28

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 1997, 273p.

SMITH, Neil. Geography, difference and Politics of Scale. In: DOHERT J.: GRAHAM, E (eds). **Postmodernism and the Social Science**. Londre: Macmilan, 1992, p. 57-59.

TAILÂNDIA. **The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World**. Bangkok: OMS, 2005, 6p.

VEYRET, Yvette; RICHEMONT, Nancy Meschinet de. Definições e vulnerabilidade do risco. In: VEYRET, Yvette (org). **Os riscos: o homem como agressor e vítima do meio ambiente**. São Paulo: Contexto, 2007, 316p.

WESTPHAL, Márcia Faria. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência e saúde coletiva**. V. 5, n.1. Rio de Janeiro, 2000, 17