

XII ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM
PLANEJAMENTO URBANO E REGIONAL

21 a 25 de maio de 2007

Belém - Pará - Brasil

ESPAÇO, TERRITÓRIO E ESCALA: REFLEXÕES ACERCA DO PROGRAMA DE SAÚDE
AMBIENTAL DA CIDADE DO RECIFE-PE NA PERSPECTIVA DA GE

Anselmo César Vasconcelos Bezerra (UFPE)

Espaço, Território e Escala: Reflexões Acerca do Programa de Saúde Ambiental da Cidade do Recife-PE na Perspectiva da Gestão Territorial.

Resumo

O objeto desse trabalho refere-se à análise da gestão territorial do Programa de Saúde Ambiental da cidade do Recife-PE. Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico acerca das categorias: espaço, território e escala. O objetivo da pesquisa foi observar qual a concepção dos planejadores e gestores do Programa a respeito dessas categorias, como estas são usadas, quais os erros, acertos e possibilidades de aperfeiçoamento da gestão territorial. Verificaram-se algumas inovações no trato da questão do espaço geográfico e práticas de territorialização adotadas pelo Programa, entretanto observaram-se entraves operacionais típicos de concepções ou escolha de procedimentos não adequados para guiar as práticas territoriais utilizadas por essa política. Contudo, destaca-se a necessidade, cada vez maior de estudos interdisciplinares que visem o aprimoramento e/ou planejamento de políticas de saúde com base em territorialização, como no caso estudado do Programa de Saúde Ambiental.

Introdução

O objeto do presente trabalho é fruto de uma discussão acerca das categorias geográficas: espaço, território e escala, com o objetivo de debater a utilização dessas categorias no planejamento e gestão das políticas de saúde, em especial, o Programa de Saúde Ambiental (PSA) da cidade do Recife.

Buscar-se-á debater a gestão territorial do Programa, baseada na espacialização de Agentes de Saúde Ambiental (ASA) pela cidade, que utilizam territórios como campo de atuação. Sendo assim, é de fundamental importância perceber como esse modelo de espacialização foi pensado, verificando as qualidades e deficiências dessa distribuição, bem como discutir sobre a percepção e mecanismos de interpretação dos agentes em relação aos seus territórios.

Espera-se contribuir teórico e empiricamente visando subsidiar políticas de distribuição espacial no âmbito da saúde, bem como refletir acerca do uso das categorias que serão debatidas. Para o desenvolvimento do trabalho torna-se necessário tecer algumas reflexões sobre as categorias espaço, território e escala. Para isso, buscou-se em alguns autores, entendimentos genéricos, mas também, compreensões aplicadas à área de saúde.

Outra ferramenta importante que subsidia e ilustra a pesquisa é o uso de mapas, imagens de satélite e fotografias, cedidos pela Secretaria de Saúde do Recife. Esses instrumentos permitem comprovar as principais incongruências acerca do uso das categorias supracitadas pelo PSA.

1. O Programa de Saúde Ambiental

O Programa de Saúde Ambiental constitui uma estratégia da Secretária de Saúde do Recife para abordar os problemas de saúde vinculados ao meio ambiente. Contrapondo-se a uma situação anterior, centralizada, verticalizada e desarticulada entre programas de controle da dengue, filariose e zoonoses. A nova proposta foi guiada pela universalidade (todos os bairros devem ser atendidos); equidade (considerando as desigualdades intra-urbanas no risco de adoecer e morrer); integralidade (ações articuladas com outros órgãos municipais, estaduais e federais); descentralização (três níveis gerenciais: central, distrital e local, com coordenação, planejamento, supervisão, e execução das ações articuladas no espaço do município).

Os antigos programas dispunham de diferentes agentes, cada qual, em uma área de atuação específica, sem preocupação com outros fatores ambientais facilitadores de problemas ligados

à saúde do ambiente. Essa especificidade limitava as ações ocasionando uma baixa eficiência desses programas de saúde.

No modelo atual, os domicílios e adjacências são atendidos como unidades, os quais convivem com situações de riscos e proteção para saúde humana. A estratégia prevê como principal ator, o Agente de Saúde Ambiental, vinculado a um território, executando ações de vigilância ambiental, educação e informações dirigidas ao meio físico-biológico (fauna, água, solo) e social (habitação), cujo quantitativo é diferenciado em função do risco social e ambiental de cada bairro (Figura 1).

Atualmente, a gestão territorial do programa enfrenta alguns problemas. Entre os quais, destacam-se: a) tratamento pouco relevante à categoria espaço na concepção do Programa; b) modelo de regionalização político-administrativo adotado; c) estabelecimento da uniformidade nos locais de visita; d) descon sideração das diferenças intra-bairro; e) desatualização dos instrumentos cartográficos; f) não funcionamento do sistema de informações geográficas.

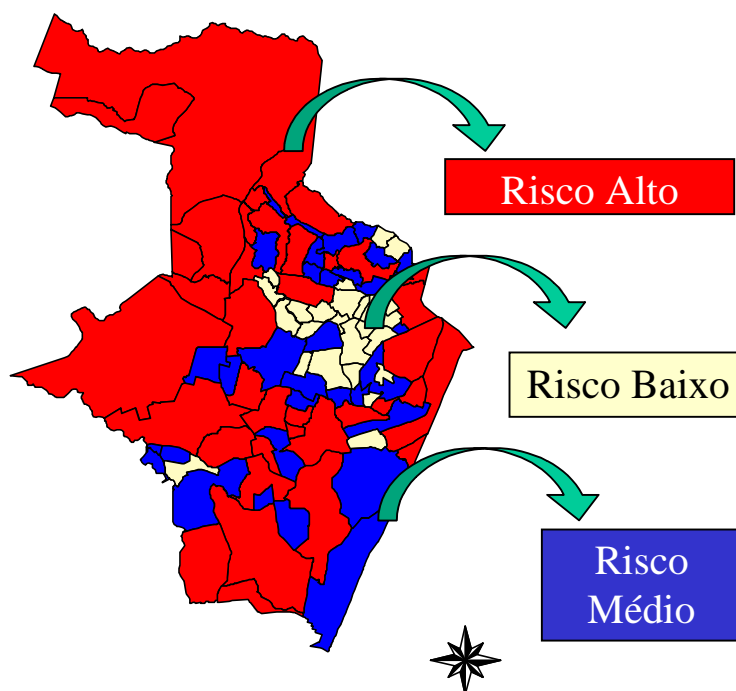


Figura 1 – Mapa de risco sócio-ambiental do Recife utilizado para distribuição dos Agentes na cidade.

A figura acima representa o principal instrumento da gestão territorial do Programa. Esse mapa foi construído a partir do cruzamento de indicadores socioeconômicos (através de análise fatorial) com indicadores epidemiológicos referentes à saúde ambiental. A definição meta de imóveis diários que cada agente deve visitar está relacionada aos níveis de risco

sócio-ambiental dos bairros. Para os bairros caracterizados como risco alto, o número de visitas é 13 imóveis; para os bairros de risco médio são 17 imóveis e para os bairros de risco baixo são 20 imóveis.

2. O Programa de Saúde Ambiental e o Espaço Geográfico

Após cinco anos de existência, o Programa encontra-se numa fase de avaliação e reestruturação organizacional. Ainda apresenta várias deficiências operacionais referentes à gestão territorial, estas apontadas por órgãos de fiscalização, como o Tribunal de Contas do Estado (TCE), e também por instrumentos de controle social, como o Conselho Municipal de Saúde.

Para efeito desta pesquisa, analisar-se-á o caso da distribuição eqüitativa dos agentes. Na maioria das vezes, esta distribuição não está atendendo a uma perspectiva de justiça distributiva, contradizendo o princípio de eqüidade do Sistema Único de Saúde (SUS), que é um dos pilares do programa.

Tais distorções acerca da divisão territorial originaram-se da diversidade sócio-espacial do Recife. A cidade, para gestão em saúde, é dividida em seis Distritos Sanitários (DS) (Figura 2) que correspondem às seis Regiões Político-Administrativas (RPA). Entretanto, esses DS apresentam diferenças intra e interdistrital, dificultando o planejamento territorial das ações em vigilância ambiental.

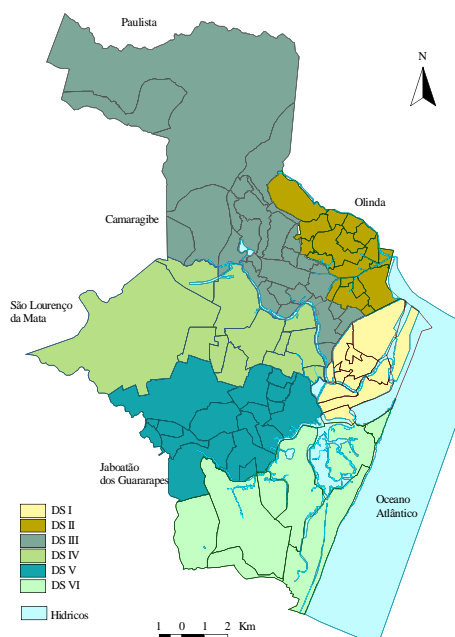


Figura 2 - Mapa com divisão político-administrativa dos Distritos Sanitários do Recife.

Diante do contexto apresentado, cabe questionar: Por que essa divisão não condiz com o conceito de equidade apresentado pelo SUS? Qual seria o planejamento adotado para que a territorialização fosse mais justa? E por fim, qual o papel dos agentes na idealização de novos territórios?

Para responder a tais indagações, é necessário voltar-se à geografia da cidade, entendendo o espaço urbano, não como uma planície isotrópica, onde não existem diferenciações entre os objetos. Ou então, pensar o espaço como mero receptáculo de número e informações. Dessa forma, desprezar-se-ia o caráter dinâmico e interativo dos componentes que constituem o espaço geográfico como “conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá.” (SANTOS, 1997).

“O espaço deve ser considerado como a acumulação desigual dos tempos” (SANTOS, 1997), modificado através dos simultâneos eventos. Entretanto, na conceituação clássica concebida pela epidemiologia, é apenas o substrato que exerce sua influência através de fenômenos naturais. Para Silva (1997), seguindo essa conceituação, o espaço torna-se estático e imutável. Na visão de Lefebvre, é necessário compreender o espaço como espaço social, vivido, em estreita correlação com a prática social, “não devendo ser visto como espaço absoluto, lugar por excelência dos números e das proporções, nem como um produto da sociedade, o conjunto das coisas que o ocupam e seus subconjuntos, objetivado, portanto funcional”. (LEFEVBRE, apud CORRÊA, 2003).

Buscando sintetizar o debate sobre espaço geográfico, Dolffus descreve:

[...] por conseguinte, surge o espaço geográfico como o esteio de um sistema de relações, algumas determinadas a partir do meio físico (arquitetura dos volumes rochosos, clima, vegetação), outras provenientes das sociedades humanas responsáveis pela organização do espaço em função da densidade demográfica, da organização social e econômica, do nível das técnicas; numa palavra: de toda essa tessitura pejada de densidade histórica a que damos o nome de civilização (DOLFFUS, 1991).

Atualmente, é imprescindível nos estudos e políticas focados na epidemiologia, o entendimento e o correto uso da categoria espaço geográfico. Alguns interessantes trabalhos fazem um resgate epistemológico da questão (SILVA 1985, 1997; CZERESNIA e RIBEIRO, 2000). Esse resgate permite concluir que a complexidade das transformações, principalmente nos centros urbanos, impôs novas formas de elaboração teórica acerca do espaço. A velocidade da transformação das redes que integram os espaços é uma das características mais marcantes da chamada condição pós-moderna que mostra como “distintas culturas e grupos sociais possuem diferentes concepções acerca do espaço.” (HARVEY, 1996).

A partir dessa análise, pode-se debater sobre as questões sugeridas. Para melhor compreender esse debate, faz-se necessário descrever como foi concebida a territorialização inicial do PSA. O Programa tem sua análise focada sobre o risco sócio-ambiental dos bairros. Tal risco foi diagnosticado através da elaboração do mapa de risco sócio-ambiental do Recife, este construído a partir da análise da interação entre indicadores epidemiológicos e o mapa de condição de vida (GUIMARÃES, 1998). O resultado dessa interação serviu de base para distribuição dos agentes em campo, porém esse mapa está calcado em indicadores na escala do bairro, todavia, os agentes que atuam junto à população são territorializados numa escala maior: os territórios. Neste caso, não representando o risco sócio-ambiental do bairro como um todo, pois estes apresentam condições particulares, agravantes ou redutoras do risco, bem como constrangimentos maiores ou menores à operacionalização do trabalho.

Da forma que foi implantada, esta metodologia não demonstra as desigualdades sócio-espaciais internas dos bairros do Recife, além de não levar em consideração os procedimentos operacionais do cotidiano dos agentes em relação às características físicas dos territórios e os fluxos neles desenvolvidos. Isso acontece porque na maioria das políticas de distribuição espacial de agentes de saúde são usados apenas indicadores que definem tipologias de territórios ou estratos, bem como os limites político-administrativos são respeitados, gerando algumas distorções, especialmente quando se trata de uma cidade como Recife, cujas desigualdades sócio-espaciais são notadas em todas as localidades e não obedecem essas delimitações oficiais.

Sendo assim, a geografia tem fundamental importância na construção coletiva de propostas que, uma vez planejadas, são realizadas no espaço geográfico, interferindo diretamente na vida e cotidiano das populações, como também na modelagem do espaço urbano, seja através de mudanças na configuração territorial ou alterações nos fluxos.

Para se atingir a equidade, o espaço deveria ser pensado além dos números e da cartografia, como na abordagem adotada pela epidemiologia clássica. Entender os processos e relações sociais seria de fundamental importância para uma distribuição mais eficaz dos agentes. Além disso, seria necessário compreender as rápidas mudanças que reestruturam o espaço, bem como o conhecimento de um perfil mais detalhado da realidade urbana recifense.

“O espaço pode constituir uma possibilidade para indicar relações entre a saúde e a estrutura social e para a estratificação da população, segundo condições de vida.” (PAIM, 1997). Tais estudos serviriam para orientar políticas públicas que visem à equidade e formulações capazes de aprimorar as condições de vida e saúde. Embora a divisão territorial do PSA tenha aplicado

boa parte desses parâmetros, na sua concepção não foram exploradas todas as possibilidades de compreensão do espaço.

Ainda refletindo acerca dessa categoria, entretanto com um enfoque relacionado ao espaço enquanto fator de risco à saúde, Barcellos e Bastos (1996) apresentam quatro formas de análise. Em primeiro lugar, apresentam o espaço como resultado da ação da sociedade sobre a natureza; sua configuração incorpora a estrutura social e sua dinâmica. Em segundo, o espaço produzido socialmente exercendo pressões econômicas e políticas sobre esta sociedade e criando condições diferenciadas para sua utilização por grupos sociais. Na terceira concepção, o espaço “acumula” as transformações ocorridas na sociedade, refletindo mais seu passado do que propriamente o presente. Por último, o espaço possui valor em si, produzindo condições diferenciadas para a evolução de uma população ou atividade humana.

A partir daí, traçam-se dois cenários: um primeiro referente ao espaço enquanto meio, no qual há necessidade de se entender a reprodução das relações sociais com o objetivo de elaborar políticas de planejamento espaciais voltadas para a saúde da população. Num segundo campo, tem-se o espaço com o mesmo referencial, todavia analisado sob a ótica do risco ambiental dos lugares à saúde da população. Essas duas correntes somadas ao uso de geotecnologias têm predominado na produção de trabalhos que discutem a relação entre geografia e saúde.

Desta forma, incorporar a categoria espaço em estudos de saúde significa não só estabelecer diferenciações entre conjuntos de regiões conforme características que as distingam, mas também introduzir a variável localização nestes estudos, seja para expressar diferentes condicionantes dos agravos, ou destacar a importância de se considerar a heterogeneidade da população quanto às suas necessidades e acesso aos serviços de saúde, “postulando o conceito de equidade como fundamental para a priorização das ações, visando a gradual diminuição das desigualdades observadas” (MENDES, 1990).

3. Do Espaço ao Território de Ação

Acerca da categoria território, Raffestin (1993) defende a idéia de que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, como consequência de uma ação conduzida por um ator sintagmático em qualquer nível. Para ele, “ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente, o ator “territorializa” o espaço.” (RAFFESTIN, 1993).

Conforme Paim (1997), na medida em que o conceito de território ou de espaço transcende a sua condição física ou natural e recupera o seu caráter histórico e social, o estudo das

condições de vida segundo a inserção espacial dos grupos humanos no território tende a ser uma alternativa teórico-metodológica para a análise das necessidades e das desigualdades sociais da saúde. Tal alternativa pode ser o caminho para otimizar a distribuição dos agentes, no caso do PSA.

Souza (2003) corrobora com Raffestin (1993) quando disserta sobre o território enquanto espaço delimitado por e a partir de relações de poder. “Esse poder existente pode ser de caráter meramente gerencial e aplicado, segundo a hierarquia das instituições, ou formado a partir das relações sociais que se reproduzem no espaço geográfico” (BEZERRA, SOARES e BRASILEIRO, 2004).

No caso do PSA, verificam-se os dois cenários, visto que o processo de territorialização dos agentes estabeleceu cerca de 700 recortes espaciais denominados territórios. Estes atores trabalham diariamente representando a instituição da Secretaria de Saúde Municipal visando garantir o bem-estar coletivo da população, caracterizando um “território jurídico-político, no qual se exerce um poder de caráter estatal” (HAESBAERT, 2004). Em outra perspectiva, observa-se a existência de outros territórios na cidade. Territórios não cartografados, dinâmicos e formados a partir de diversos fatores, sejam sociais, culturais e físicos, caracterizados pelo enfoque que Haesbaert (2004) denomina cultural(ista), priorizando uma dimensão mais simbólica e subjetiva, na qual há uma apropriação da identidade social sobre o espaço.

É sobre essa complexidade espacial e justaposição de diferentes territórios, delimitados oficialmente ou não, que os agentes atuam cotidianamente. Conforme Souza (2003), às vezes como *insiders* (pertencentes ao território), ou *outsiders* (estranhos ao território).

Atualmente, cerca de 700 agentes estão distribuídos territorialmente pela cidade atuando individualmente em seus territórios, assim como coletivamente em territórios sem agentes ou em áreas que careçam de procedimentos especiais de trabalho. O número de agentes por Distrito varia de acordo com o número de imóveis circunscritos no mesmo, bem como da diversidade de fatores sócio-ambientais. A lógica de divisão do PSA está pautada na distribuição de equipes por territórios que equivalham, aproximadamente, a toda extensão de um bairro. Contudo, há casos nos quais a extensão territorial e/ou densidade demográfica demandam a presença de mais de uma equipe, ou situações opostas, nas quais se necessita agrupar bairros para definir a área de atuação de uma equipe, geralmente ocorrendo agrupamento de bairros pouco extensos e/ou pouco habitados.

Ampliando-se a escala de observação, o território trabalhado por cada equipe é dividido em territórios menores, sob responsabilidade de cada agente. Na maioria das vezes, esses

territórios são formados por agrupamento de quadras (quarteirões para o PSA), sempre fechando polígonos de ação individual, exceto em casos específicos. Para que essa forma de trabalhar o espaço funcione, a noção de limite, oculto ou exposto, é peça fundamental para entender a categoria território e sua utilização por diferentes atores, pois “delimitar é manifestar um poder numa área precisa.” (RAFFESTIN, 1993).

Nesse contexto, Raffestin (1993) deixa claro que não se trata mais do espaço, todavia de um espaço construído pelo ator, que comunica suas intenções e a realidade material por intermédio de um sistema sêmico. É o espaço que se tornou o território de um ator, desde que tomado numa relação social de comunicação.

O argumento que o território não é uma categoria de análise, “a categoria de análise é o território usado” (SANTOS, 2001), é pertinente ao debater do segundo questionamento proposto: qual seria o planejamento adotado para uma territorialização mais justa? Torna-se necessário adotar o território usado como objeto de análise, uma vez que se adotando o território como mero recorte espacial, apenas levando em consideração o poder institucional e indicadores sócio-ambientais incorrer-se-ia no mesmo erro do planejamento inicial da territorialização do PSA.

[...] no atual período histórico, assinalado pela globalização econômica, o conceito de território usado é fundamental para compreendermos os desdobramentos das políticas públicas no Brasil, entre as quais a implantação do Sistema Único de Saúde. A promoção de saúde para todos, um dos pressupostos do SUS, não pode prescindir de uma visão dinâmica da sociedade a partir do funcionamento do território usado. Essa categoria de análise permite não apenas romper com uma visão localista como também superar as clivagens setoriais, amplamente produzidas e reproduzidas pelo poder público, e que perdem uma visão de funcionamento da totalidade.” (ALMEIDA, 2005).

Barcellos e Rojas (2004) entendem que esta discussão torna-se cada vez mais importante, visto que o reconhecimento do território visa identificar e interpretar a organização e dinâmica das populações, suas condições de vida e as diferentes situações ambientais que as afetam. Para eles, em geral, os governos locais têm dificuldade para criar instrumentos que revelem estas desigualdades e, portanto, estabelecer ações para reduzi-las ou eliminá-las.

Nesta perspectiva, Bezerra e Bitoun (2005) apresentam uma proposta de trabalho com esse enfoque: revelar onde estão as maiores iniquidades territoriais do Recife, numa tentativa de propor uma metodologia de análise territorial que (re)avalie os territórios de ação do PSA.

Após os primeiros contatos com alguns agentes, percebeu-se uma valorável capacidade de análise sobre seus territórios. O domínio sobre os equipamentos públicos existentes, os principais obstáculos à prática da vigilância ambiental, os conflitos sociais e as redes

estruturadas inter e intra-territoriais são poderosas ferramentas para um estudo coletivo acerca da dinâmica urbana. “A partir desse cenário, identifica-se o agente como principal interlocutor entre a gestão do PSA e a população.” (BEZERRA, 2004).

Frente a essa discussão, os principais apontamentos mostraram a diversidade de territórios presentes na cidade. Como há uma justaposição entre territórios cartografados e pré-delimitados pela gestão do PSA e aqueles gerados pela dinâmica social da cidade, os agentes identificam essa complexa tessitura como entrave para o conhecimento de todo o seu território cartografado, bem como para a operação cotidiana de suas ações. Ressalta-se que quando se amplia o nível da gestão territorial, essa dificuldade tende a aumentar.

Observam-se vários enclaves entre distintos territórios. Por exemplo, entre o território de um agente A e um agente B, existe uma determinada área caracterizada como violenta, na qual os agentes não podem entrar a qualquer horário do dia. Esse é um exemplo de como ocorrem à justaposição de territórios cartografados e não cartografados. Essa área que intersecciona dois territórios cartografados (agente A e B) representa o território formado a partir das relações sociais, desconhecido muitas vezes pela gestão do PSA, todavia mostrando-se como grande enclave ao trabalho dos agentes.

Através das figuras 3 e 4 pode-se perceber como esse fato ocorre em uma pequena extensão territorial, localizada na jurisdição do Distrito Sanitário 1, área central do Recife. No caso da figura 3 a área mais escura e circulada em vermelho representa um território caracterizado pela violência, no qual os agentes encontram dificuldades para execução das tarefas. O interessante desse “enclave” é sua localização, pois está situado na interseção entre três bairros (São José, Ilha Joana Bezerra e Coelhos) mostrando que os territórios produzidos socialmente não respeitam limites político-administrativos. Já na figura 4 o mesmo recorte apresenta porções dos territórios de três agentes distintos, inclusive pertencentes a equipes e supervisores diferentes. Cada um dos três agentes atua em partes do enclave, ou território citado como violento, muitas vezes sem saber sua real extensão.

ÁREA DE ENCLAVE/VIOLÊNCIA - DS 1

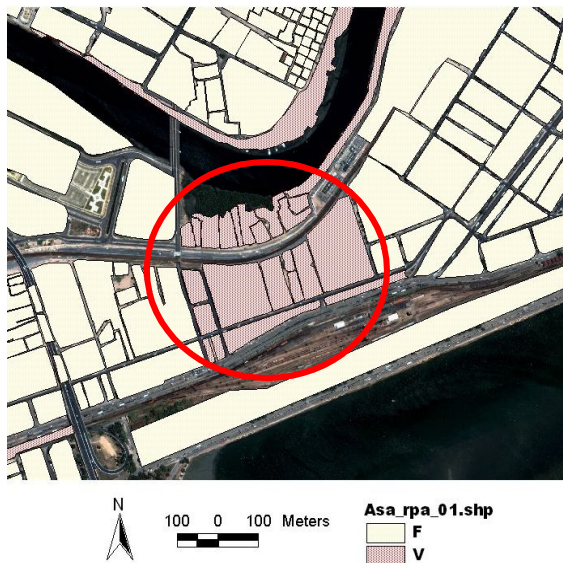


Figura 3 – Área de enclave a operação do PSA

Territórios dos Agentes - DS 1

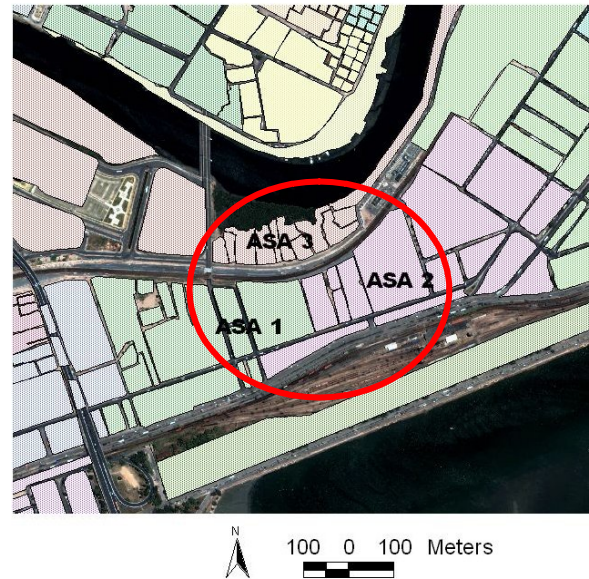


Figura 4 – Diferentes territórios na área de enclave

Nos 219 Km² do Recife, com uma população em torno de 1,5 milhões de habitantes, dividida em 94 bairros, nos quais existem grandes diferenças entre eles e dentro deles, exemplos assim são comuns. Tal fato dificulta bastante o planejamento de políticas territoriais, pois o risco de se cometer injustiças na distribuição espacial dessas políticas é grande, e os instrumentos para minimizá-las ainda são escassos, como no caso do PSA.

4. A Questão da Escala

Entre as categorias geográficas abordadas neste trabalho, talvez, a mais importante para o planejamento e execução das políticas de saúde com base territorial seja a escala. No momento em que se define a escala de atuação de determinada política, faz-se uma opção pelo nível de atuação desta sobre o espaço. No caso do PSA, a escolha feita no planejamento inicial do Programa foi a do bairro, que por alguns motivos não é a mais adequada para o bom funcionamento desse Programa.

“O problema da escala, embora ainda pouco discutido, começa a ir além de uma medida de proporção da representação gráfica do território, ganhando novos contornos para expressar a representação dos diferentes modos de percepção e de concepção do real.” (CASTRO, 2003). Para debater esse problema, primeiramente, é preciso fazer a distinção entre a escala cartográfica e a escala geográfica. A primeira, como instrumental de representação do real

para o gráfico. A segunda, que interessa diretamente ao estudo, refere-se ao nível de visibilidade que se dá aos fenômenos.

“A articulação dos diferentes níveis de análise é, na realidade, um raciocínio de tipo estratégico, sua adequação e seus erros são sancionados pela vitória ou pela derrota em face das finalidades que nos propúnhamos atingir.” (LACOSTE, 1988). Yves Lacoste faz referência ao uso da escala utilizando exemplos que denotam práticas militares sobre o espaço. Todavia, pode-se analogamente refletir sobre suas palavras em relação ao PSA. A estratégia que os técnicos da Prefeitura usaram na concepção do mapa de risco sócio-ambiental na escala do bairro gerou alguns resultados positivos na prática (adequações/vitória). Entre os resultados destacam-se: a proposta de atendimento universal e equânime, baseada em mapas de risco sócio-ambiental; a inserção de variáveis socioeconômicas nas concepções políticas de saúde do Recife, além da própria proposta de territorialização que amplia o elo de comunicação entre sociedade e governo. Contudo resultados negativos (erros/derrota) também são gerados. Neste caso, destacando-se o tratamento igualitário para bairros nos quais existem extremas diferenças internas em relação ao risco sócio-ambiental.

A partir do momento em que uma escala é selecionada, os elaboradores da estratégia ou política devem estar cientes que: “uma mudança de escala implica numa alteração de fenômenos, alterações estas, não apenas nas proporções destes fenômenos, como também em sua natureza” (DOLFFUS, 1991). Então, quando se homogeneiza “fatores culturais, sociais, econômicos e ambientais que estão presentes em todas as escalas” (BARCELLOS e BASTOS, 1996), na escala do bairro, desconsidera-se quaisquer diferenças internas, como o exemplo do PSA. Sendo assim, há um agrupamento de elementos diferentes com variáveis tão díspares que comprometem o princípio da equidade.

Como exemplo mais expressivo, cita-se o caso do bairro de Boa Viagem. Esse bairro é o mais habitado do Recife, com mais de 100 mil habitantes, e um dos maiores em extensão territorial com 7,55 km² (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO RECIFE, 2005). Entretanto, aproximadamente 15% da população reside em Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS), nas quais os rendimentos dos chefes de família, às vezes, não ultrapassam um salário mínimo. Em contrapartida, Boa Viagem também abriga a população com as maiores rendas do Recife.

Qual a importância da escala para uma distribuição espacial de agentes de saúde tomando-se como base a breve caracterização acima? Verificando a figura 1, observa-se que de acordo com o mapa de risco sócio-ambiental, o bairro de Boa Viagem enquadra-se no risco médio, ou

seja, os agentes têm uma meta de 17 imóveis/dia para visitar. Mas de qual Boa Viagem está se falando? A situada à beira-mar, contemplada por serviços urbanos, onde residem as famílias recifenses mais “ricas”? Ou da Boa Viagem localizada na Ilha do Destino, Entra-Apulso e comunidade da Xuxa, nas quais as condições de infra-estrutura são péssimas e os problemas sócio-ambientais multiplicam-se? São duas realidades distintas que carecem de diferentes abordagens pelas políticas públicas, contudo o mapa de risco sócio-ambiental do PSA “propõe” que o agente atue com o mesmo esforço nas duas realidades. O risco médio apontado pela análise estatística no mapa funciona como uma “espécie” de compensação, um meio termo. O que é um erro quando se trata dos cuidados com a saúde da população.

Nesse sentido, o Atlas de Desenvolvimento Humano Municipal (2005) torna-se uma grande contribuição, fazendo aparecer às desigualdades intra-urbanas. Na figura 5, os círculos amarelos mostram Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH) circunscritas aos bairros de Santo Amaro (DS-1) e Boa Viagem (DS-6), que já mostram as disparidades internas dos bairros pelos diferentes índices de desenvolvimento humano (IDH).

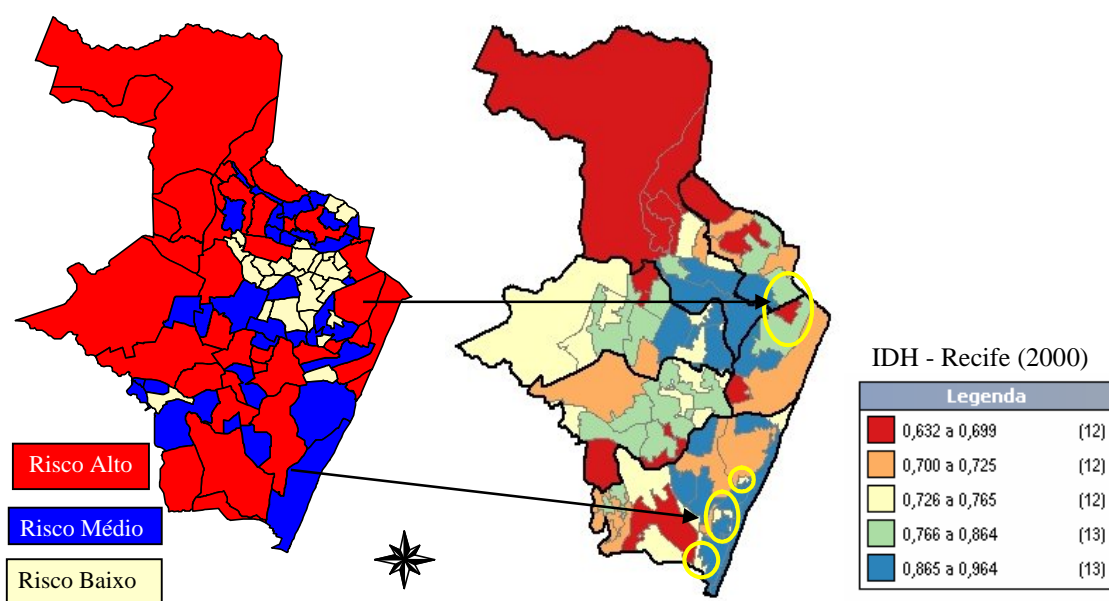


Figura 5 – Mapa de risco sócio-ambiental (2001), mapa das UDH (2005) e respectivos IDH-M – Recife
A figura acima apresenta duas situações. A primeira situação refere-se ao bairro de Santo Amaro, situado ao norte do mapa, cuja abordagem do Atlas de Desenvolvimento Humano, por sua vez, fragmentou-o em duas UDH’s. A primeira UDH apresenta uma variação do IDH entre 0,632 e 0,699, representando os piores índices do Recife, e sua população concentra-se em um conjunto de favelas. A outra UDH apresenta uma variação do IDH entre 0,766 e 0,864, ocupando a segunda posição entre os melhores índices da cidade. Esta é representada pela área de ocupação formal do bairro de Santo Amaro, predominando estabelecimentos comerciais, instituições públicas e moradores da “classe média.”

O bairro de Boa Viagem, ao Sul do mapa, representa a segunda situação e pela proposta do Atlas também foi fragmentado. A diferença entre os índices de desenvolvimento humano é menor, embora não menos importante que no primeiro exemplo. A porção azul, caracterizada pela população de maior renda possui variação do IDH entre 0,865 e 0,964, enquanto as comunidades pobres referidas anteriormente que constituem os fragmentos na cor amarela, apresentam uma variação de IDH entre 0,726 e 0,765. Índice não tão baixo, porém bem díspar em comparação a porção azul.

Portanto, a escolha da escala depende da identificação prévia dos principais fenômenos a serem estudados e/ou trabalhados e sua extensão no espaço. “No caso dos estudos de impacto de agentes ambientais sobre a saúde, a unidade de análise deve ter extensão compatível com o fenômeno que se pretende focar” (BARCELLOS e BASTOS, 1996). Sendo assim, a postura do agente, no caso do PSA, não deveria ser decidida em função do risco sócio-ambiental do bairro, uma vez que, esse risco só existe do ponto de vista estatístico, mas sim, variar em função dos territórios de atuação, seja das equipes, em casos de maior homogeneidade, ou dos próprios agentes, em casos de maior heterogeneidade.

Ao tratar da escala como mediadora da ação Racine, Raffestin e Rufy (1983) defendem que toda tentativa de estudo de um espaço geográfico qualquer, em vista de lançar as bases de uma política ativa de organização do território, deveria passar por uma tomada de consciência desta dialética das escalas geográficas e cartográficas. Esse fator está presente na gestão territorial do PSA, porém o que se questiona aqui é a escolha da escala de atuação territorial.

Abaixo, segue uma seqüência de figuras representando a articulação das escalas para a gestão e operação do PSA.

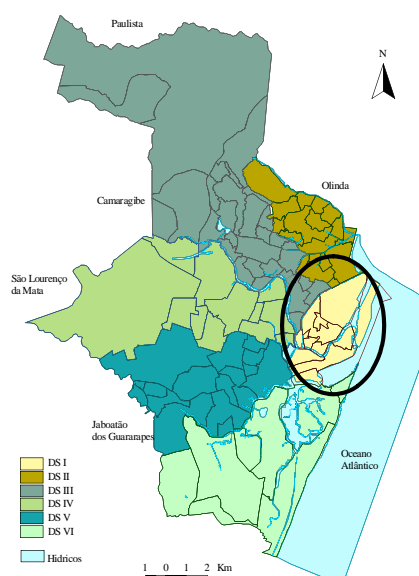


Figura 6 – Divisão dos Distritos Sanitários

Divisão das Equipes do PSA - DS 1

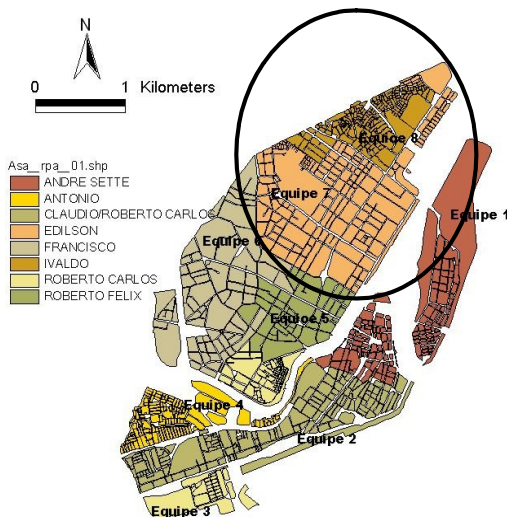


Figura 7 – Divisão das equipes no DS-1

Divisão da Equipe do Bairro Santo Amaro

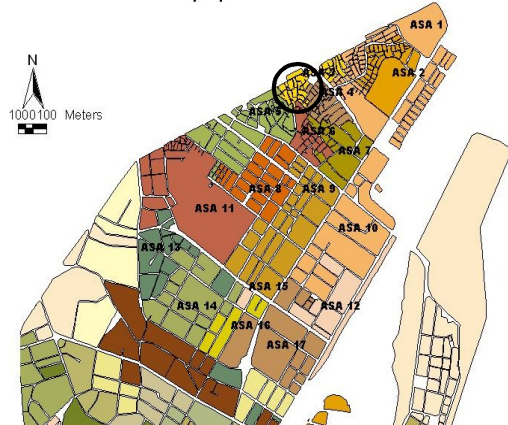


Figura 8 – Divisão dos agentes no bairro de Santo Amaro

Parte do território de um ASA



Figura 9 – Recorte espacial da área de um ASA



Figura 10 – Ação do agente no seu território.



Figura 11 – Ação do Agente no interior do imóvel.

A partir da seqüência de figuras apresentadas, nota-se que desde a esfera central (planejamento e gestão) à esfera operacional (execução), existem várias escalas passíveis de análise. São essas diversas escalas que devem ser trabalhadas de forma articulada nos diferentes níveis de gestão, pois se não houver essa articulação dificilmente a política terá sucesso em se tratando de eficácia espacial.

A figura 6 representa a divisão do Recife para gestão da saúde, possivelmente esse é o nível de maior complexidade para o entendimento dos problemas referentes à saúde ambiental. Na figura 7, visualiza-se a distribuição de equipes no bairro de Santo Amaro, DS 1; a legenda indica os nomes dos supervisores de equipes. Nesse nível de escala ganha-se em autonomia nas ações, porque cada supervisor tem mecanismos de liderança frente a sua equipe.

Na figura 8 tem-se a distribuição de agentes pelos seus respectivos territórios. Eleva-se ainda mais o grau de autonomia e cresce o domínio sobre os problemas da área, todavia, muitas vezes, essa gama de informações não é aproveitada pelo nível central ou não chega até ele. A figura 9 mostra um recorte espacial do território de um agente. Nessa escala, o conhecimento

na esfera central é mínimo, por isso o agente é peça fundamental no diagnóstico, encaminhamento e resolução dos problemas.

Na figura 10 observa-se todas as condições ambientais de uma pequena área (infra-estrutura da via, condições de habitação, saneamento, dinâmica social e fatores culturais). Elementos que dão pistas sobre o tipo de operacionalização do trabalho necessário para uma mudança nas condições de vida local. Na figura 11, o agente atinge o grau máximo de conhecimento local, sendo positivo em alguns aspectos, pois facilita o acesso e diálogo com moradores. Entretanto, muitas vezes, pode “viciar” o trabalho, levando o agente a não investigar mais, já que para ele aquela realidade não apresenta mais novidades.

Por fim, é interessante destacar a dificuldade na seleção da escala, pois quanto mais se deseja entender a realidade, como verificado no exemplo acima, mais desagregado são os dados e tende-se à heterogeneidade. Também, “devido aos efeitos de escala e de agregação de áreas, os coeficientes de correlação podem ser inteiramente diferentes no nível individual do nível de áreas.” (DIAS et al., s/d.).

O PSA adotou sua escala, e esse fenômeno de correlação imperfeita pode ocorrer em vários locais, entretanto qual seria a escala adequada? O nível ideal de análise e entendimento dos problemas seria 1:1 (uma para um, numa alusão a escala cartográfica), ou seja, o imóvel (Figura 11), já que imóveis vizinhos, em muitos casos, apresentam situações totalmente distintas. Todavia, torna-se utópico almejar esse nível de visibilidade e entendimento dos fenômenos. Embora outros níveis de compreensão possam ser utilizados para aprimorar o inovador e ousado Programa de Saúde Ambiental do Recife.

Considerações Finais

Mesmo a Geografia podendo contribuir para o planejamento e gestão de políticas espaciais em saúde, é necessário destacar que esse não é o papel de uma só ciência. A necessidade de estudos interdisciplinares torna-se cada vez mais evidente para solução de velhos problemas.

O entendimento das categorias espaço, território e escala geográfica é apenas um exercício para reflexão acerca de como as políticas públicas tratam essa questão. Cabe a cada ciência colaborar com sua análise num debate de idéias que visem aperfeiçoar essas políticas, com o intuito de melhor contribuir para o bem estar da população.

Mesmo sendo mais fácil executar um planejamento rápido, tratando o espaço como plano homogêneo ou apenas um reflexo de indicadores, torna-se necessário um maior esforço na

fase inicial buscando compreender mais precisamente o que representa o espaço geográfico, evitando-se a correção de erros no futuro.

A territorialização do PSA, mesmo com algumas deficiências, mostra-se como uma prática ousada e interessante, na medida em que visa aproximar o poder público das comunidades através da representação dos agentes em territórios específicos. Nesse plano, a territorialização torna-se um instrumento poderoso por criar um vínculo legítimo entre população e governo.

As reflexões apresentadas são contribuições teóricas e práticas. Estas consideram espaço, território e escala como categorias tão importantes quanto à prevenção e vigilância em saúde, e ainda podendo ser utilizadas no aperfeiçoamento da gestão territorial do PSA.

Apenas através de debates interdisciplinares, a gestão territorial de políticas públicas ganhará maior peso, pois isolados, os ramos do conhecimento, seja a epidemiologia, a sociologia, o urbanismo ou a geografia não formulariam um planejamento e/ou executariam uma gestão de territórios sem cometer deslizes.

Destaca-se de fundamental importância a participação dos agentes, com o conhecimento empírico referente ao seu espaço de atuação, nos processos de aprimoramento da gestão territorial do PSA. Somente através de ações participativas, nas quais os agentes sintam-se também planejadores, novos cenários poderão ser visualizados na perspectiva de uma distribuição equitativa de agentes pela cidade do Recife.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, E. Território Usado e Lugar na Promoção da Saúde. In: Encontro de Geógrafos da América Latina (EGAL), 10., 2005, São Paulo. **Anais X Encontro de Geógrafos da América Latina**. São Paulo: USP, 2005. p. 404 – 416.

BARCELLOS, C.; BASTOS, F. I. Geoprocessamento, Ambiente e Saúde: uma união possível?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1996, 12(3): 389 - 397.

BARCELLOS, C.; ROJAS, L. I. **O território e a vigilância em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004.

BEZERRA, A. C. V.; SOARES, F. R. G.; BRASILEIRO, R. S. A Concepção de Território nas Ações em Saúde Ambiental na Cidade do Recife. In: Congresso Brasileiro de Geógrafos (CBG), 6., 2004, Goiânia. **Anais do VI Congresso Brasileiro de Geógrafos**. Goiânia: UFG, 2004. p. 328-334.

- BEZERRA, A. C. V.; BITOUN, J. (Re)avaliando Territórios: a importância da geografia para uma melhor operacionalização do Programa de Saúde Ambiental, Recife-PE. In: Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, 2., 2005. Rio de Janeiro. **Anais do II Simpósio Nacional de Geografia da Saúde**. Rio de Janeiro: CICT/FIOCRUZ, 2005. 1 CD ROM.
- CASTRO, I. E. de. O Problema da Escala. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C; CORREA, R. L (orgs). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995, p. 141 – 163.
- CORREA, R. L. Espaço: um conceito-chave da geografia. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C; CORREA, R. L (orgs). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003, p. 15 – 47.
- CZERESNIA D.; RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2000, 16(3):595-617.
- DIAS, T. L.; et al. Problemas de Escala e a Relação Área-Indivíduo em Análise Espacial de Dados Censitários. Disponível em: <http://www.dpi.inpe.br/gilberto/papers/ip_falacia.pdf>. Acesso em: 15 out. 2006.
- DOLLFUS, O. **O Espaço Geográfico**. 5.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991.
- GUIMARÃES, M. J. B. **Mortalidade Infantil e Condição de Vida**: Uma análise de desigualdade espacial no Recife. Recife; 1998, 151f. Dissertação de Mestrado em Saúde Materno-Infantil. Instituto Materno Infantil de Pernambuco.
- _____. M. J. B. **Mortalidade Infantil**: Uma análise das desigualdades intra-urbanas no Recife. Recife; 2003, 121f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz.
- HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização**: do ‘fim dos territórios’ à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
- HARVEY, D. **A Condição Pós-Moderna**. São Paulo: Loyola, 1996.
- LACOSTE, Y. **A Geografia serve, antes de mais nada, para fazer a guerra**. Campinas-SP: Papyrus, 1988.
- MENDES, E. V. Importância de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. In: Paganini JM, Capote Mir R. **Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias**. Washington (DC): OPS; 1990. p. 21-8.
- PAIM, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: Barata R.B. (org). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 7-30.

- RACINE, J. B.; RAFFESTIN, C.; RUFFY, V. Escala e ação, contribuições para uma interpretação do mecanismo de escala na prática da Geografia. **Revista Brasileira de Geografia**, Rio de Janeiro, v.45, n.1, p.123-135. 1983.
- RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993.
- RECIFE. Secretaria de Planejamento Urbanismo e Meio Ambiente. **Atlas de Desenvolvimento Humano Municipal**. Recife, 2005. 1 CD-ROM.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- SANTOS, M. **A Natureza do Espaço - Técnica e Tempo. Razão e Emoção**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- SILVA, L. J. da. Organização do espaço e doença. In: **Textos de Apoio: Epidemiologia** (J. R. Carneiro, org.), pp. 159-188, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ABRASCO, 1985.
- _____. L. J., 1997. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1997, 13(4):585-593.
- SOUZA, M. J. L. de. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C; CORREA, R. L (orgs). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003, p. 77 – 116.
- UNGLERT, C. V. S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES. E. V. (org). **Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993, p.221- 235.