

SAÚDE PÚBLICA E AS CONDIÇÕES DE VIDA NO TERRITÓRIO BRASILEIRO: UMA INTRODUÇÃO AO DEBATE

Martha Priscila Bezerra Pereira ¹

RESUMO

No Brasil, como em qualquer outro país, as territorialidades da saúde pública interferem diretamente nas condições de vida da população submetida a mesma. Diante deste quadro de referência, este trabalho teve como objetivo refletir sobre a saúde pública e as condições de vida no território brasileiro. Para viabilizar este estudo foram realizados os seguintes procedimentos: a) levantamento de referências; b) levantamento documental na internet. Como principal resultado da exposição, percebeu-se que as ideias são capazes de refletir territorialidades diferenciadas das políticas públicas. E como principal resultado da reação do público foi pensar em possibilidades locais, no âmbito de atuação de nossa escala geográfica, culminando em uma discussão da Geografia da Saúde Mental.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde, Geografia da Saúde, Condições de vida.

1 INTRODUÇÃO

Esse trabalho é fruto de uma breve reflexão efetivada a partir da participação na mesa redonda: “Saúde Pública e condições de vida no território” no âmbito do XIX Encontro Nacional de Geógrafos, ocorrido entre 01 e 07 de julho de 2018 em João Pessoa – PB.

A hipótese inicial é que as condições de vida são diversas em diferentes territorialidades, ainda que estejamos submetidos à mesma política pública no Brasil.

A partir do tema, a exposição foi baseada em questionamentos: de que território estamos falando? Que ações são necessárias para que esse território proporcione as melhores condições de vida possível? Que elementos podem ser considerados importantes para se afirmar que este ou aquele território tem adequadas condições de vida? Que fatores interferem para que tenhamos a saúde pública atual? Que concepções geram territorialidades que interferem na saúde pública atual? Até que ponto, em cada escala geográfica, as territorialidades diversas fazem com que a saúde pública funcione ou não? Este trabalho tem como objetivo refletir sobre a saúde pública e as condições de vida no território brasileiro. Além desta reflexão e das considerações finais este texto ficou dividido em três partes.

Na primeira parte “O território das políticas públicas de saúde e das condições de vida: elementos a serem considerados” buscou-se entender minimamente sobre o que se configura o

¹ Professora da Unidade Acadêmica de Geografia – Centro de Humanidades – Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, mpbcila@yahoo.com.br;

conceito de território a partir de variadas abordagens chegando ao conceito de território, seus elementos e das territorialidades de uma política pública de saúde, para se entender se seriam políticas de estado ou de governo. Na segunda parte “Métodos de abordagem e possíveis territorialidades” busca resgatar o impacto das concepções teórico-metodológicas para as políticas públicas. Na terceira parte “Elementos para um território com melhores condições de vida” resgatam-se algumas concepções teóricas, metodológicas e conceituais para se definir alguns elementos que poderiam melhorar as condições de vida.

2 METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa exploratória, bibliográfica em que foram utilizados os seguintes procedimentos: a) levantamento de referências e; b) levantamento documental na internet das políticas públicas do governo atual (aprovada em 2015 para ser efetivada entre 2016 e 2019).

O levantamento de referências foi relacionado às possíveis concepções teóricas e evidenciou o conceito de território. O levantamento documental na internet foi realizado para se entender os direcionamentos do governo no setor saúde, sendo a principal fonte o site do Ministério da Saúde.

3 O TERRITÓRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DAS CONDIÇÕES DE VIDA: ELEMENTOS A SEREM CONSIDERADOS

De acordo com Souza (2015) falar sobre território pressupõe uma discussão sobre os termos poder, violência e autonomia. O poder enquanto fruto de uma ação coletiva, ou seja, quando alguém está no poder, ela está investida de poder por um grupo, e atua em nome desse grupo. Essa palavra diferencia-se da violência, que surge para destruir o poder instituído, ou seja, quando um domina o outro está ausente, e vice versa (ARENDRT, 2007). Outra vertente deste poder surge a partir do conceito de autonomia individual e coletiva, que segundo Castoriadis (1990; 2007) estão naturalmente presentes na sociedade. No entanto, segundo Pereira (2011) esta autonomia é demonstrada na sociedade apenas quando é colocada em prática coletivamente, pois a individual, na maioria das vezes fica apenas no âmbito intelectual, por falta de quem coloque esse sujeito autônomo no poder para agir no território.

Dessa forma, Souza (1995) defende que alguém sempre está influenciando, governando ou dominando determinado espaço, sendo, portanto, o poder o definidor de um

território. Segundo Claval (1979) essas relações de poder podem ser de dois tipos: a) o poder sobre a natureza, a partir da técnica (evoluindo sobre o técnico-científico e o técnico científico informacional segundo Santos (1997) e; o poder do ser humano sobre outros seres humanos (absoluto, de submissão, desigual ou inconsciente).

Haesbaert (2004) defende que esse território se evidencia de modo fragmentado pela vertente cultural ou simbólico cultural, (apropriação ou valorização simbólica); econômica (poder econômico desigual, viabilizando o debate sobre as classes sociais); naturalista (relação sociedade-natureza) e política ou jurídico-política (referente às relações de espaço-poder em geral ou das relações espaço-poder institucionalizado), porém, na prática espacial, elas são observadas de maneiras integradas (coexistência de vários tipos de território) e relacionam-se com o espaço e o tempo, pois são relações social-históricas, fazendo surgir multiterritorialidades (que seria um processo de reterritorialização constante, seja de uma área [território-zona] ou de uma série de áreas [território-rede] que o ser humano e as sociedades vivenciam continuamente e simultaneamente).

Quando se menciona esse território estatal, consideram-se as relações de poder das instituições que realizam o controle e a delimitação de vários territórios que obedecem a uma lógica a partir de cada setor (HAESBAERT, 2004), o que gera dificuldades práticas de pesquisa quando se pensa em realizar um estudo científico nesses territórios (MONKEN, PEITER, BARCELLOS, ROJAS, NAVARRO, GONDIM, GRACIE, 2008).

Desta forma, antes de agir no território Monken e Barcellos (2005) lembram que este se localiza em uma determinada área do espaço (possui uma extensão geométrica) e vive em determinado tempo, além disso, possui um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural específicos.

Em outras palavras, cada território possui um determinado conjunto de morbidades que está relacionado com seu ambiente de moradia, sua renda média, o ambiente de trabalho das pessoas, às leis a que está submetido e aos seus hábitos.

A partir da caracterização de determinado território é possível identificar a população e seus problemas de saúde; avaliar o impacto dos serviços sobre os níveis de saúde da população (MONKEN, 2005) e, acrescente-se, elaborar políticas públicas. Entenda-se que as ideias geram ações que podem ser executadas em uma política privada ou pública, mas para esta exposição será trabalhada apenas a vertente da política pública.

Lynn (1980 apud SOUZA, 2006, p. 24) entende a política pública como “um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos”. Para nosso estudo considera-se

que as políticas públicas seriam ações que podem interferir positivamente ou negativamente nas condições de vida do grupo que está submetido à mesma. Os efeitos de cada política pública se refletirão no território a qual se podem observar paisagens específicas destas relações de poder no espaço geográfico. Alguns exemplos destas paisagens podem ser observados a partir de objetos como os prédios institucionais (municipal, estadual ou federal), e no cotidiano, através da visualização da ação dos agentes de combate a endemias (ACE) ou agentes comunitários de saúde (ACS).

Concordando-se com Rosen (1994, p. 31) que “os maiores problemas que os homens enfrentaram sempre estiveram relacionados com a natureza da vida em comunidade” entende-se como necessária a política pública, que na área da saúde é possível ser visualizada a partir da saúde pública que pode ser entendida como:

“ **a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade, abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem para diagnóstico precoce e o pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde**’ (WISLOW, Charles-Edward Armory [1877-1957])” (ROUQUAYROL & GURGEL, 2013, p. 1. Grifo do autor)

A partir desse entendimento, há a necessidade de se entender quais ações são necessárias no território para proporcionar as melhores condições de vida. Inicialmente é importante lembrar que as ações do setor da saúde pública, desde a lei 6.229/1975 (BRASIL, 1975) passam a estar relacionadas institucionalmente à parte não rentável da saúde (MENDES, 1999).

Vários governos foram instituídos de maneiras diferenciadas e na atualidade (2016-2019) têm-se várias ações que prometem melhorar as condições de vida da população, o Ministério da Saúde aponta 38 grandes direcionamentos (quadro 1).

QUADRO 1 - DIRECIONAMENTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO GOVERNO ENTRE 2016-2019²

DIRECIONAMENTOS
1) PNAISP – Programa de Atenção Integral à saúde das pessoas no Sistema Prisional; 2) CNS -Cartão Nacional de Saúde; 3) CEBAS – Certificação de Entidades de Assistência Social; 4) Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti; 5) DigiSUS – Estratégia de Saúde digital para o Brasil; 6) ESF – Estratégia Saúde da Família; 7) Força Nacional do SUS; 8) Humaniza SUS -PNH – Programa Nacional de Humanização; 9) Melhor em casa – Serviço de Atenção Domiciliar; 10) PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualificação da Atenção Básica; 11) PNPMF - Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; 12) PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; 13) Brasil Sorridente – Política Nacional de Saúde Bucal; 14) PROADI-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS; 15) Programa Academia da Saúde; 16) PQA-VS - Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde; 17) PVC - Programa de Volta para Casa; 18) Programa Farmácia Popular do Brasil; 19) Programa Mais Médicos; 20) Programa Nacional de Controle do Tabagismo; 21) Programa da Doação Voluntária de Sangue; 22) PNGC – Programa Nacional de Gestão de Custos; 23) PNI – Programa Nacional de Imunização; 24) Programa Nacional de Segurança do Paciente; 25) PNTN – Programa Nacional de Triagem Neonatal; 26) PPSUS – Programa Pesquisa para o SUS; 27) PSE – Programa Saúde na Escola; 28) PRONON (Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica) e PRONAS/PCD (Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência); 29) QualiSUS – Rede (Projeto); 30) Rede Cegonha (Programa Rede Cegonha); 31) RAPS – Rede de Atenção Psicossocial; 32) Rede BLH – Rede de Bancos de Leite Humano; 33) SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica; 34) SAMU 192 – Sistema de Atendimento Móvel de Urgência; 35) SISLAB – Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde; 36) Sistema Nacional de Transplante; 37) UPA 24h – Unidade de Pronto Atendimento; 38) PIUBS – Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde

Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em <http://portalmms.saude.gov.br/acoes-e-programas>. Acesso em 27 de junho de 2018.

Esses 38 direcionamentos estão divididos em sete orientações, sendo mais presente os programas, chegando a 52,63% do total de direcionamentos (quadro 2).

QUADRO 2 - DIRECIONAMENTOS DO SUS ENTRE 2016-2019 POR ORIENTAÇÕES GERAIS

ORIENTAÇÕES	QUANTIDADE	%
Ações	05	13,16
Políticas	04	10,53
Programas	20	52,63
Projetos	02	05,26
Redes	02	05,26
Serviços	02	05,26
Sistemas	03	07,90
TOTAL	38	100,00

Fonte: Organizado pela autora em 27 de junho de 2018. Informações disponíveis em <http://portalmms.saude.gov.br/acoes-e-programas>. Acesso em 27 de junho de 2018.

Observa-se também que dentre esses direcionamentos apenas quatro são políticas públicas. São eles: Programa Nacional de Humanização (Humaniza SUS), Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente). Esses direcionamentos demonstram em um primeiro momento que há muita fragilidade em relação

² Apesar de esses direcionamentos terem relação com a Programação Anual de Saúde (2016-2019), em uma rápida consulta no dia 29 de junho de 2019 observou-se que deixaram de constar no site os direcionamentos 21 (Programa da Doação Voluntária de Sangue), 23 (Programa Nacional de Imunização) e 36 (Sistema Nacional de Transplante).

ao que pode continuar em próximos governos, sendo passíveis de mudanças estruturais a partir da alternância de poder, ou seja, são principalmente políticas de governo e não políticas de estado. Esse tipo de política gera uma territorialidade frágil, dificultando a melhora contínua das condições de vida da população.

Dentre os vários fatores que tem influenciado os tipos de territorialidade e consequentes condições de vida estão as concepções que regem essas práticas e as particularidades dos municípios, que aceitam melhor ou pior a legislação de saúde pública, contribui ou não para melhores condições de vida local, etc. Como exemplo dessas concepções temos as seguintes: a) positivista; b) fenomenológica; c) marxista e; d) sistêmica (quadro 3).

Essas concepções delineiam a forma como a pessoa irá entender a doença e como irá procurar a cura, assim como direciona possíveis políticas públicas de saúde gerando territorialidades diferenciadas. Essas buscas, coletivas ou individuais, fazem surgir uma saúde pública diferenciada, como apontada por Paim (1999) quando apresentou diferentes modelos assistenciais, destacando-se o assistencial sanitaria (positivista), o médico assistencial privatista³ (positivista/ fenomenológico) e alternativos (sistêmico), fazendo gerar territorialidades específicas que podem interferir positivamente ou negativamente na saúde pública atual.

QUADRO 3 - CONCEPÇÕES QUE REGEM AS PRÁTICAS RELACIONADAS À SAÚDE

CONCEPÇÃO	ENFOQUE	CURA
Positivista	Biologicista, desvinculado do contexto sócio-histórico cultural em que ocorre.	Superação de alterações patogênicas com tecnologias médicas. Uma teoria importante é a da História Natural das Doenças.
Fenomenológica	Isolamento do fenômeno para estudo de caso.	Se baseia em valores, símbolos e sistemas de significados compartilhados com seu grupo de referência.
Marxista	Ressalta-se a dinâmica social e a implicação da base infra-estrutural no processo saúde-doença. A saúde coletiva é discutida neste enfoque.	A prática médica se integra na dinâmica da formação sócio-econômica. Uma das teorias é a da Determinação Social da Saúde.
Sistêmica	O enfoque holístico traz a necessidade de entender todos os fenômenos ou eventos interligados e inter-relacionados.	Estaria na concepção do ser humano como interligado bio-psico-social e espiritualmente. Qualquer quebra desse ciclo geraria novas morbidades.

Fonte: Adaptado de Chaer (2006), Silva (2010) e Crema (2010). Organizado pela autora.

³ Em relação ao modelo médico-assistencial Monken e Barcellos (2005) apontam que o mesmo fez com que o setor saúde ficasse impotente diante dos problemas provocados pelo intenso processo de aglomeração e exclusão social.

A partir daí, surge a necessidade de entender até que medida, em cada escala geográfica, as territorialidades diversas fazem com que a saúde pública funcione ou não em determinado município ou localidade.

4 ELEMENTOS PARA UM TERRITÓRIO COM MELHORES CONDIÇÕES DE VIDA:

Para se eleger parâmetros de um território que proporcione melhores condições de vida é importante resgatar algumas concepções teórico-metodológicas. Algumas possibilidades explicativas poderiam ser resgatadas pela: a) Teoria da Determinação Social da Saúde; b) Escala e promoção da saúde enquanto conceitos; c) Promoção da Saúde enquanto campo de ação; d) Escala e Promoção da Saúde enquanto metodologia e; e) escala enquanto teoria.

No que diz respeito à Teoria da Determinação da Saúde pode-se resgatar o modelo apresentado por Dahlgree & Whitehead (2006, apud LIMA & SANTOS, 2018). Neste modelo considera-se que várias são as possibilidades de influência na vida de um indivíduo para que ele esteja doente ou saudável, e que elas se apresentam em vários níveis de ‘determinação’ (figura 1).

FIGURA 1 - MODELO DA DETERMINAÇÃO DA SAÚDE.



Fonte: Dahlgree & Whitehead (2006, apud LIMA & SANTOS, 2018, p. 51).

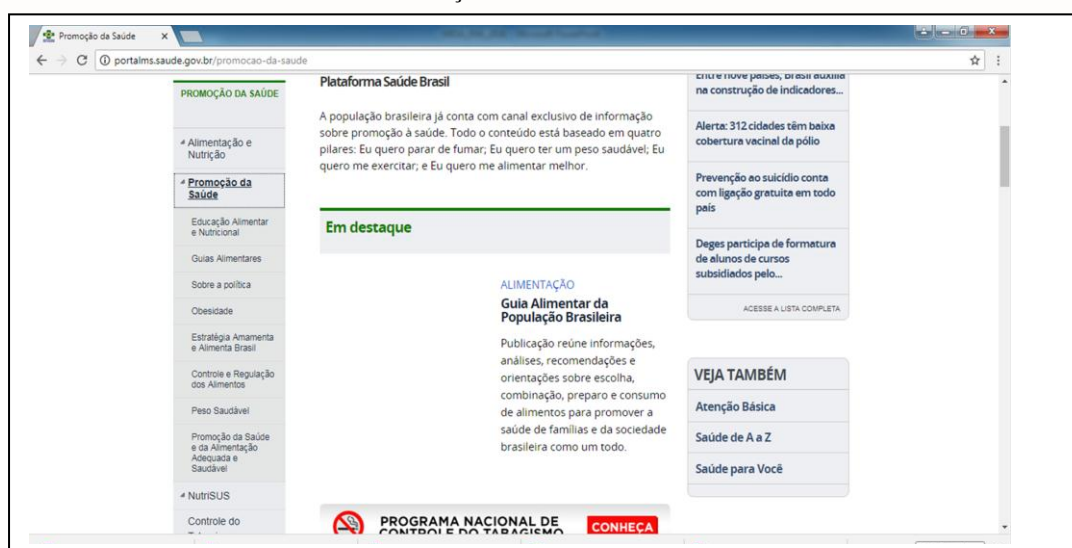
Esses níveis de determinação podem ser entendidos na Geografia como escalas geográficas. Entenda-se a escala geográfica como uma extensão ou magnitude do espaço que

se considera no momento (SOUZA, 2015), ou seja, de acordo com o que se pretende observar há uma escala específica para ser considerada. Em cada escala emergem problemáticas diferenciadas. E ainda que essas escalas já estejam aceitas tacitamente pela sociedade como é o caso da divisão política em regiões do Brasil, Estado brasileiro, América Latina e Mundo, em cada uma delas há um contexto a ser considerado, diferentes situações podem ser lembradas e há problemáticas diferentes a serem resolvidas no sentido da promoção da saúde.

A Promoção da Saúde enquanto um conceito pode ser entendido a partir tanto de mudanças que ocorrem quanto no comportamento individual quanto no ambiente em que o indivíduo vive, contribuindo para melhorias nas condições de saúde do mesmo (BUSS, 2003). No entanto, ao fazer uma busca no site do governo federal em julho de 2018, foi constatado que a Promoção da Saúde estaria associada apenas às mudanças individuais (figura 2)⁴.

Enquanto campo de ação, a promoção da saúde pode estar relacionada a cinco áreas de atuação: a) reorientação dos serviços de saúde; b) implementação de políticas públicas saudáveis; c) criação de ambientes saudáveis; d) desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e; e) capacitação da comunidade (SILVA & PEREIRA, 2018; LIMA & SANTOS, 2018, p. 60-64).

FIGURA 2 - TEMAS ASSOCIADOS À PROMOÇÃO DA SAÚDE PELO GOVERNO BRASILEIRO EM 2018.



Fonte: Print do Portal do Ministério da Saúde. Disponível em: www.portalms.saude.gov.br/promoção-da-saude. Acesso em 01/07/2018, 17:36.

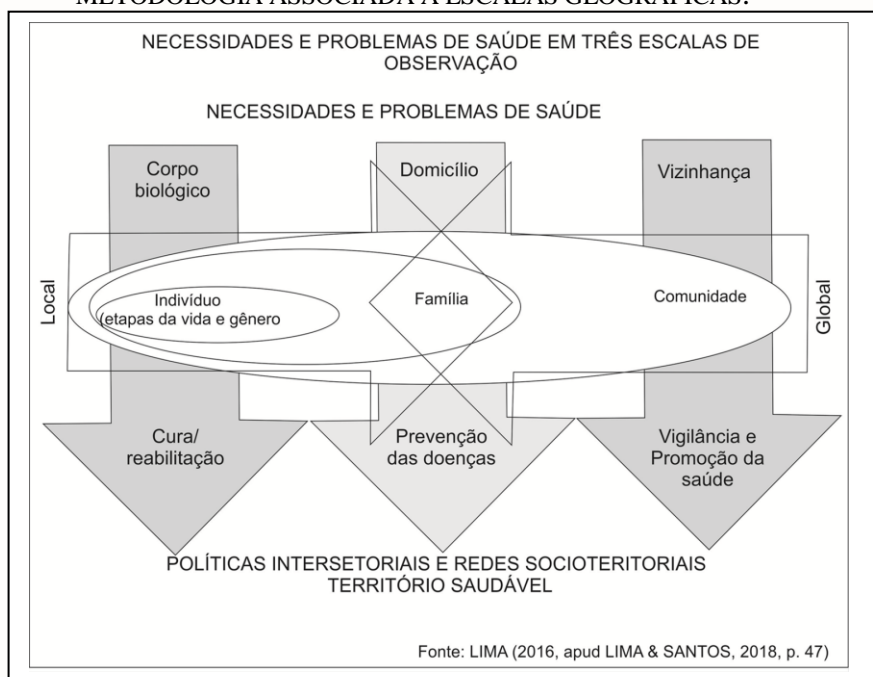
⁴ Ao realizar uma consulta na nova Plataforma Saúde Brasil em junho de 2019, percebeu-se que o site mudou, porém continua evidenciando apenas as mudanças individuais para efetivação da Promoção da Saúde. Consultar www.saude.br/index.php/articles/artigos/nutricao/117/564-nova-plataforma-saude-brasil. Acesso em 30 de junho de 2019, 00:05.

Ao unir a escala enquanto metodologia à Promoção da Saúde observa-se que há a necessidade de observar as necessidades e problemas de saúde em três escalas de observação: a) o corpo biológico; b) o domicílio e; c) a vizinhança. Desta forma, parte-se do local ao global a partir do indivíduo até a vizinhança. No corpo biológico observa-se o indivíduo, seja qual for o gênero ou a etapa de vida que está passando, o qual se orienta a busca pela cura/reabilitação. No domicílio há a necessidade da prevenção de doenças em seu meio, ou seja, na família. Por último, na vizinhança, há a necessidade da implementação da Vigilância e Promoção da Saúde em toda a comunidade (figura 3).

A partir de uma visão da escala enquanto teoria percebe-se que há um jogo escalar capaz de explicar alguns dos fatos em relação à promoção da saúde desde o residente até o nível internacional. Elas ocorrem em várias direções, são elas: a) aproveitamento de experiências exitosas; b) apropriação de ideias existentes; c) normatização do território e; d) formação de territórios-rede.

As experiências exitosas surgem quando os residentes, a partir de depoimento de pessoas que conseguiram ter algum êxito com essas práticas passam buscá-las, seja no poder público (quando existe) ou privado. Estas experiências podem ser entendidas como experiências exitosas e impulsionam ações em outras escalas.

FIGURA 3 - ESQUEMA EXPLICATIVO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE ENQUANTO METODOLOGIA ASSOCIADA A ESCALAS GEOGRÁFICAS.



Fonte: Lima (2016, apud LIMA & SANTOS, 2018, p.47).

Ocorre a apropriação de ideias existentes quando há condições políticas e históricas favoráveis para trazer ao local ideias ou ações de outros locais.

A normatização do território ocorre a partir de diretrizes gerais aprovadas em Conferências Internacionais que são adotadas como modelos de políticas públicas nos países e que repercutem em várias escalas. A escala superior determina o que a inferior deve fazer.

Os territórios-rede ocorrem quando a experiência positiva em um município gera informação para outro da mesma escala e com poder semelhante, seja no setor público ou privado.

A partir deste quadro de referência pode-se retornar à pergunta: Que elementos podem ser considerados importantes para se afirmar que este ou aquele território tem adequadas condições de vida? Considerando os parâmetros teórico-metodológicos apresentados estes estariam em vários âmbitos: a) individual; b) familiar e; c) comunitário (quadro 4).

QUADRO 4 - ELEMENTOS A SEREM CONSIDERADOS IMPORTANTES PARA MELHORAR AS CONDIÇÕES DE VIDA

INDIVIDUAL	Experiência exitosa individual; Idade, sexo, fatores hereditários; desempenho; Desenvolvimento de habilidades individuais
FAMILIAR	Consequências positivas e negativas da normatização do território (planejamento familiar, tratamento de problema de saúde, decisões de tratamento de saúde); Estilo de vida; Educação (decisão pela escola, pela educação domiciliar); Condições de vida, água; Serviço social de saúde; Habitação; Ambiente saudável; Cultura familiar.
COMUNITÁRIO	Cultura comunitária; Experiência exitosa da comunidade; Formação de rede; Planejamento urbano; Aproveitamento de ideias exitosas; Desenvolvimento social; Redes sociais e comunidades existentes; Ambientes saudáveis (limpos) e seguros; ambiente de trabalho; saneamento ambiental; Desenvolvimento de habilidades coletivas; Reorientação dos serviços de saúde; Produção agrícola de alimentos; Políticas públicas saudáveis; Esporte e lazer; Condições de trabalho; Capacitação da comunidade; Planos habitacionais; Rede educacional de qualidade.

Fonte: compilação da discussão teórica apresentada pela autora (PEREIRA, MPB, 2018)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema desta mesa redonda auxiliou em algumas reflexões tanto por parte do conteúdo apresentado quanto pelo público que esteve presente. Quanto ao conteúdo ficou ainda mais esclarecido o quanto um método de abordagem e concepções teórico-metodológicas-conceituais pode refletir em territorialidades diferenciadas das políticas públicas e isso tem ocorrido no território brasileiro, porém estas concepções são escolhidas não apenas a partir do olhar do gestor, mas por influência de vários grupos.

Quanto à reação do público tanto ao tema abordado neste trabalho quanto outros, relacionados ao tema geral “Saúde Pública e condições de vida no território”, esta participação gerou um debate em torno da Geografia da Saúde enquanto Geografia da vida real, e a partir disso, como poderíamos agir no nosso território de ação, o ambiente

universitário? Alguns exemplos apontados foram: a) suscitar hábitos saudáveis coletivamente nos grupos de pesquisa (pausas durante o tempo de estudo, organizar melhor o tempo e atividades junto à natureza e/ou de atividades físicas); b) discutir hábitos saudáveis em sala de aula (cursar um número de disciplinas que permita um aprendizado sem sofrimento psíquico, organizar melhor o tempo e a qualidade do estudo, melhorar o relacionamento professor-aluno); c) a partir de uma iniciativa institucional disponibilizar psicólogos e psiquiatras de plantão; d) em projetos de extensão levar possibilidades de melhorar a qualidade de vida da comunidade e de ambientes escolares de ensino fundamental e médio. Todas as falas direcionaram um enfoque da Geografia da Saúde para a Geografia da Saúde Mental, tema que ficou como uma necessidade de estudos posteriores.

REFERÊNCIAS

ARENDDT, H.. **A condição humana**. 10ed. Rio de Janeiro – RJ: Forense Universitária, 2007, 351p.

BRASIL. **Lei sobre a Organização do Sistema Nacional de Saúde**. Brasília – DF: Congresso Nacional, 1975, 3p.

BUSS, P. M.. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.) **Promoção da Saúde** – conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro – RJ: Fiocruz, 2003, 176p. P. 15-38.

CASTORIADIS, C. **El mundo fragmentado**. Montevideo: Editorial Nordan-Comunidad, 1990, 170p.

CASTORIADIS, C.. **A instituição imaginária da sociedade**. 6. Ed. Rio de Janeiro – RJ: Paz e Terra, 2007, 418p.

CHAER, L. **Uma pesquisa sobre holismo e educação holística**. Fragmentos de cultura. Goiânia, v. 16, n.4, p. 555-566, abr, 2006.

CLAVAL, P. **Espaço e poder**. Rio de Janeiro – RJ: Zahar, 1979, 248p.

CREMA, R.. **Introdução à visão holística**: breve relato de viagem do velho ao novo paradigma. 6.ed. São Paulo – SP: Summus, 2015, 176p.

HAESBAERT, R.. **O mito da desterritorialização**: do ‘fim dos territórios’ à multiterritorialidade. Rio de Janeiro – RJ: Bertrand Brasil, 2004, 400p.

LIMA, S. C.; SANTOS, F. O.. **Promoção da Saúde e redes comunitárias para a construção de territórios saudáveis**. Uberlândia – MG: EDUFU, 2018, 176p.

MENDES, E. V.. As políticas públicas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4.ed. São Paulo – SP: Hucitec, 1999, 310p. P. 19-91.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C.. Vigilância à saúde e território usado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n.3, p. 898-906, 2005.

MONKEN, M.; PEITER, P.; BARCELLOS, C.; ROJAS, L. I.; NAVARRO, M. B. M. de A.; GONDIM, G. M. de M.; GRACIE, R.. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. de; BARCELLOS, C.; MONKEN, M. (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro – RJ: Fiocruz, 2008, 272p. P. 23-41.

PAIM, J. S.. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N.. **Epidemiologia & Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, 600p. P. 473-487.

PEREIRA, M. P. B.. **Competências e práticas sociais de promoção e vigilância à saúde na cidade do Recife**: o agente de saúde em foco. São Paulo – SP: Scorttecci, 2011, 351p.

ROSEN, G.. **Uma história da saúde pública**. São Paulo – SP: Ed. UNESP, 1994, 365p.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M.. **Epidemiologia & Saúde**. 7ed. Rio de Janeiro – RJ: MedBook, 2013, 736p.

SANTOS, M.. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. 2.ed. São Paulo – SP: Hucitec, 1997, 273p.

SILVA, E. J.. As ciências biológicas e as correntes de pensamento no processo saúde-doença. Seminário de Sociologia da Saúde e Ecologia Humana. **Anais... I**. Florianópolis – SC. 2010. UFSC. 10p. Disponível em: seminarioformprof.ufsc.br/files/2010/12/SILVA-Edson-José-da2pdf. Acesso em 15 de junho de 2018.

SILVA, L. M.; PEREIRA, M. P. B.. Municípios turísticos da Paraíba que mais promovem a saúde. In: PEREIRA, M. P. B.; MAGALHÃES, S. C. M. (org.). **Perspectivas geográficas da saúde humana**. Campina Grande – PB: EDUFCG, 2018, 167p. P. 29-55.

SOUZA, C.. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre – RS, ano 8, n. 16, jul/dez. 2006, p. 20-45.

SOUZA, M. J.L. de. **Os conceitos fundamentais da pesquisa sócio-espacial**. 2.ed. Rio de Janeiro – RJ: Bertrand Brasil, 2015, 320p.

SOUZA, M. J.L.. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I.E. de; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L.. **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro – RJ: Bertrand Brasil, 1995, 353p, p. 77-116.