Coletânea Saúde, Espaço e Fronteira(s)

FRONTEIRAS E SAÚDE:

Experiências, vivências e possibilidades

Cláudia Marques Roma
Alexandre Bergamin Vieira
Adeir Archanjo da Mota
(Organizadores)

2020

Gestão 2015-2019
Universidade Federal da Grande Dourados
Reitora: Liane Maria Calarge
Vice-Reitor: Marcio Eduardo de Barros

Equipe EdUFGD
Coordenação editorial: Rodrigo Garófallo Garcia
Divisão de administração e finanças: Givaldo Ramos da Silva Filho e
Rafael Todescato Cavalheiro
Divisão de editoração: Brainner de Castro Lacerda, Cynara Almeida Amaral,
Maurício Lavarda do Nascimento, Raquel Correia de Oliveira,
Rosalina Dantas da Silva e Wanessa Gonçalves Silva
e-mail: editora@ufgd.edu.br

A presente obra foi aprovada de acordo com a
Resolução Ad Referendum n. 04, de 23/09/2019.

Conselho Editorial
Rodrigo Garófallo Garcia - Presidente
Marcio Eduardo de Barros
Fabiano Coelho
Clandio Favarini Ruviaro
Gicelma da Fonseca Chacarosqui Torchi
Rogério Silva Pereira
Eliane Souza de Carvalho

Editora filiada à
Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

A revisão textual e a normalização bibliográfica
deste livro são de responsabilidade de seus organizadores.
Capa: Rafael de Abreu
Diagramação, impressão e acabamento: Triunfal Gráfica e Editora | Assis | SP

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

320.6 F935 Fronteiras e saúde : experiências, vivências e possibilidades. / Cláudia Marques Roma, Alexandre Bergamin Vieira, Adeir Archanjo da Mota (organizadores). – Dourados, MS : UFGD, 2020.
174p. : il. – (Coletânea Saúde, Espaço e Fronteiras)

ISBN: 978-85-8147-170-9

1. Geografia da saúde. 2. Fronteiras. 3. Políticas públicas. 4. Saúde. I. Roma, Cláudia Marques. II. Vieira, Alexandre Bergamin. III. Mota, Adeir Archanjo da. IV. Série.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central – UFGD.
©Todos os direitos reservados. Permitida a publicação parcial desde que citada a fonte.

SUMÁRIO

PREFÁCIO 05
Jan Bitoun

APRESENTAÇÃO 09

VULNERABILIDADE EM SAÚDE E MALÁRIA NA FRONTEIRA BRASIL-GUIANA FRANCESA 13
Vivian da Cruz Franco
Martha Suarez Mutis
Paulo Cesar Peiter

O CONTROLE DA DENGUE EM MUNICÍPIOS BRASILEIROS DE FRONTEIRA 33
Elisângela Martins da Silva Costa
Edgar Aparecido da Costa
Rozilene Cuyate
Beatriz Lima de Paula Silva
Aguinaldo Silva
Rivaldo Venâncio da Cunha

BRASIL E COLÔMBIA: HISTÓRIAS COMUNS NAS PRÁTICAS ESPACIAIS DE SAÚDE NO CAMPO 61
Julián Medina Naranjo
Ana Lúcia de Jesus Almeida

A POLÍTICA DA APLICAÇÃO DA GEOINFORMAÇÃO NA SAÚDE INDÍGENA 97
Inajá Neiva dos Santos

SAÚDE E FRONTEIRA: ENTRE O ESPAÇO DA NORMA E O TERRITÓRIO USADO 111
Alexandre Bergamin Vieira
Cláudia Marques Roma

TRADIÇÃO E MODERNIDADE NAS QUESTÕES DE SAÚDE DO POVO PAITER SURUI: AMAZÔNIA OCIDENTAL BRASILEIRA 129
Daniel Delani
Francisco Mendonça

SAÚDE, RESPONSABILIDADE E GOVERNANÇA: O PAPEL DO ESTADO E A AMEAÇA NEOLIBERAL 151
Paulo Nuno Nossa
Virgínia Teles

SOBRE OS(AS) AUTORES(AS) 169

PREFÁCIO

Jan Bitoun
Professor de Geografia (aposentado)
Universidade Federal de Pernambuco

O livro *Fronteiras e Saúde: Experiências, vivencias e possibilidades*, organizado pelos professores Cláudia Marques Roma, Alexandre Bergamin Vieira e Adeir Archanjo da Mota da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), reúne contribuições que tratam em escalas e temáticas diversas das relações entre saúde e fronteiras.

Pode-se assim encontrar uma análise comparada da construção histórica de sistemas nacionais de saúde. **Brasil e Colômbia: histórias comuns nas práticas espaciais de saúde no campo**, ambos países com o desafio ainda em suspenso de atender às populações do campo que, segundo os autores, "têm vivido à margem da atenção dos governos". Em seguida, o leitor poderá refletir acerca da conjuntura atual dos sistemas nacionais de saúde em **Saúde, responsabilidade e governança: o papel do estado e a ameaça neoliberal**, demarcando a autonomia muito relativa do Estado nacional na implementação ou na manutenção de direitos sociais entre os que sustentam os serviços de saúde.

Em dois capítulos, aborda-se os desafios enfrentados pelos serviços de epidemiologia frente à malária e a dengue, em dois espaços fronteiriços cuja natureza é diversa. Em **Vulnerabilidade em saúde e malária na fronteira Brasil-Guiana Francesa**, o que está em debate, em última instância, é a invisibilidade para o sistema de saúde francês de migrantes clandestinos brasileiros para a Guiana, o "que impede a realização de ações preventivas, de diagnóstico e de cuidado. Ao procurarem atendimento no lado brasileiro da fronteira estes propagam a malária em área urbana". A fronteira vista como uma barreira sanitária precisaria ser substituída por uma prática fronteiriça de "ações conjuntas e coordenadas com a participação das instituições dos representantes das comunidades de cada lado da fronteira". Em

O controle da dengue em municípios brasileiros de fronteira, o que está em causa em municípios sul mato-grossenses da fronteira com Paraguai e Bolívia não são profundas dissimetrias sociais e movimentos migratórios clandestinos. Há deslocamentos cotidianos e/ou corriqueiros de pessoas residentes de parte e de outro da fronteira e a constatação do envolvimento diferenciado (maior no Brasil, segundo os autores) dos serviços de vigilância sanitária em localidades próximas, mas situadas em países diferentes. Os autores se detêm na análise da percepção por parte dos profissionais brasileiros dos desafios que precisam enfrentar devido a essa situação; após leitura do capítulo, entende-se que talvez a percepção de profissionais paraguaios e bolivianos fosse interessante para dar continuidade à compreensão da condição fronteiriça.

Dois outros textos tratam de temáticas ligadas à saúde indígena: **A política da aplicação da geoinformação na saúde indígena** e **Tradição e modernidade nas questões de saúde do povo Paiter Surui: Amazônia ocidental brasileira**. O leitor entenderá que, para os autores, a fronteira não é linha divisória de estados-nações. A fronteira, no primeiro texto, configura-se em esforços para adaptar instrumentos técnicos de modo a retratar a distribuição e as problemáticas de saúde no território de comunidades ameríndias que, reconheça-se, são especialmente numerosas nas faixas de fronteira. No segundo texto, a fronteira é também claramente cognitiva: refere-se ao status das práticas de saúde ditas tradicionais ou alternativas cujos portadores são povos indígenas. Após uma análise de caso e das informações detalhadas sobre as mudanças que lá operam, os autores ressaltam as vantagens, para uma humanização das práticas de saúde, de "uma comunicação intercultural mais sensível, cuidadosa e, consequentemente, inteligível e dialógica". Algo, então, que ultrapassa as fronteiras da saúde.

Os autores de **Saúde e Fronteira: entre o espaço da norma e o território usado** tratam de relações entre duas cidades-gêmeas como há ao longo da fronteira do Brasil com os países vizinhos (muitas no Arco Sul, mas também nos Arcos Oeste e Norte). Mas, ao propor "observar a fronteira não apenas como um elemento, uma forma, mas como um processo

histórico em movimento, de conflitos e de interações", abrem uma necessária reflexão sobre a natureza da fronteira.

Este livro trata de saúde e fronteiras. Julga-se desnecessário lembrar aos leitores engajados na geografia da saúde os debates sobre a definição da Saúde entre os focos dados respectivamente às doenças e ao bem-estar, que orientam desenhos diferentes de modelos de sistemas de saúde. Mas entender melhor as naturezas das fronteiras, pode ser útil.

É oportuno então lembrar aqui o que a professora Bertha Becker (1999) escreveu no artigo "Brasil–Tordesilhas, Ano 2000"[1]:

> Fronteira é o futuro no presente. É um espaço não plenamente incorporado a sistemas estruturados e, por essa razão, potencialmente gerador de realidades novas. [...] Representa indiferenciação, transgressão e conflito. O limite, pelo contrário, significa diferenciação, contenção e consenso pelo reconhecimento do outro e, portanto, da própria identidade expressa, inclusive, por movimentos de autonomia e resistência. (BECKER,1999, p. 9).

Em todo o seu longo percurso do Chuí ao Oiapoque, a fronteira continental do Brasil pode ser percebida como limite ou como fronteira segundo definição acima. Na perspectiva clássica da saúde, construída nas práticas seculares da vigilância epidemiológica e sanitária, a fronteira é um limite para contenção de vetores de doenças e ameaças sanitárias. Mas, segundo Bertha Becker (Idem, p. 7), "Tordesilhas" é o "símbolo da tensão fronteira/limite, que constitui um dos componentes da formação histórico-geográfica brasileira, sem o qual é difícil compreender hoje esse imenso país". Então, trabalhar essa tensão, como foi feito em várias contribuições desse livro, é um caminho auspicioso. Isso por várias boas razões: 1) o território carrega desde as suas origens a experiência da impossibilidade da contenção plena, isto é, de limites rígidos, se considerarmos a catástrofe epidemiológica que acometeu as populações ameríndias quando da conquista a partir do litoral que seguiu Tordesilhas; fazer valer a contenção

[1] BECKER, B. K. Brasil–Tordesilhas, ano 2000. *Revista Território*, Rio de Janeiro, ano IV, n. 7, p. 7-23, jul./dez. 1999.

exige ações complexas e cooperações entre agentes como demonstraram os textos com foco nas vigilâncias epidemiológicas; 2) por estar distante das grandes metrópoles e concentrações urbanas, a fronteira continental corre em espaços frequentemente vistos como longínquos rincões, cuja incorporação a sistemas estruturados é somente parcial, ainda em processo, submetida a concepções geopolíticas alternando segurança e cooperação e, não raro, pouco atentas às práticas e às vivências locais. Entre essas, e em patamar de maior gravidade, pelo significado que assumem na dimensão cultural da humanidade há matéria para refletir quanto aos rumos da incorporação a sistemas estruturados de populações ameríndias ao longo de fronteiras e transfronteiriças.

Fora da especialidade em geografia da saúde, para quem desejar aprofundar as problemáticas sobre fronteiras levantadas pelos autores, recomenda-se a consulta a uma coleção de publicações recentes do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea):

PÊGO, Bolivar (Coordenador); MOURA, Rosa (Org.). *Fronteiras do Brasil*: uma avaliação de política pública. Rio de Janeiro: Ipea, MI, 2018. v. 1.

PÊGO, Bolivar (Coordenador); MOURA, Rosa; KRÜGER, Caroline et al. (Org.). *Fronteiras do Brasil*: diagnóstico e agenda de pesquisa para política pública. Brasília: Ipea, MI, 2017. v. 2.

PÊGO, Bolivar (Coordenador); MOURA, Rosa; KRÜGER Caroline et al. (Org.). *Fronteiras do Brasil*: uma avaliação do arco Norte. Rio de Janeiro: Ipea, MI, 2018. v. 3.

APRESENTAÇÃO

Os avanços acadêmico-científicos da ciência geográfica para as ciências da saúde, assim como o interesse da área da saúde pelo espaço geográfico, evidenciam tanto as crescentes publicações de análises espaciais dos agravos à saúde quanto o constante aperfeiçoamento dos sistemas de saúde ao abordarem as territorialidades.

A Geografia da Saúde, desde a sua origem, tem sido calcada na evidência dos problemas, permitindo a identificação de lugares e situações de risco, apoiando o planejamento territorial de ações de saúde e o desenvolvimento das atividades de prevenção e promoção à saúde, que visem, também, mais acessibilidades, eficácia, eficiência e efetividade na construção de políticas públicas de saúde, com a perspectiva de promoção à saúde a partir de um espaço saudável.

Os três livros desta coletânea "Saúde, espaço e fronteira(s)" são frutos de encontros, debates, redes e publicações geradas no VIII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e V Fórum Internacional de Geografia da Saúde, realizado na Universidade Federal da Grande Dourados, através da organização do Grupo de Pesquisa Saúde, Espaço e Fronteira(s) (GESF). O tema central eleito "Saúde na Fronteira e Fronteira(s) na Saúde" gerou profícuas reflexões sobre os processos saúde-doença em contextos geográficos das diversas/diferentes fronteiras ao abordar tanto a fronteira continental quanto as fronteiras do conhecimento, da alteridade, étnicas, geográficas.

Os eixos temáticos, as oficinas e as sessões de comunicações da oitava edição refletiram o estágio das diversidades temática e epistemológica dos estudos geográficos e interdisciplinares que compuseram a organicidade do evento. Os cinco eixos temáticos foram: 1) Epistemologia e abordagens teóricas em geografia da saúde: contemplou os desafios e as perspectivas das abordagens teórico-metodológicas que têm sido desenvolvidos para a análise geográfica em saúde; 2) Saúde e meio ambiente: debateu questões sobre o meio ambiente, mudanças e riscos ambientais e suas relações com as situações em saúde; 3) Informação geográfica e

geotecnologias aplicadas à saúde: discutiu o uso e as novas tecnologias aplicadas à análise espacial em saúde; 4) Desigualdades sociais, acessibilidade e regionalização dos serviços de saúde: abordou as questões sobre equidade do acesso aos serviços de saúde e as políticas públicas em saúde; 5) Saberes tradicionais e alternatividades em saúde coletiva: debateu os novos tipos de práticas de saúde coletiva e os saberes tradicionais e suas práticas em saúde. Tanto a oficina internacional quanto as oficinas temáticas contribuíram para aumentar a sinergia e as trocas de conhecimentos de pesquisadores de três continentes com expressividade. A oficina internacional contou com pesquisadores de universidades brasileiras e latino americanas, cujo tema "Agenda de pesquisa em Geografia da Saúde para América Latina e Caribe" fortaleceu as redes de pesquisa referente à Geografia da Saúde num contexto de integração da América Latina e Caribe. Vejamos quais foram os assunto tratados nas três oficinas temáticas: 1) Geografia e alimentação: analisou os fatores relacionadas a alimentação, o uso e disputa de terras no Brasil e o impacto para segurança alimentar e nutricional; 2) Contextos geográficos, saúde mental, drogas e violências: discutiu a territorialidade dos serviços de saúde mental e dos contextos geográficos das incidências do abuso de álcool e outras drogas, de psicopatologias e das violências; e 3) *Investigación transdisciplinar desde el enfoque de Ecosalud, aportes desde la Geografía*: compartilhou experiências sobre investigação transdisciplinar no âmbito das análises e problemáticas em saúde pública.

Agradecemos à Editora da UFGD, à Faculdade de Ciências Humanas e ao GESF por tornarem possível a publicação desta coletânea, assim como todos os apoiadores do evento, dos quais destacamos a CAPES, a FUNDECT, o CNPq e a UFGD.

As crises nos fazem estremecer, consequentemente, reaprendemos a congregar esforços, resistir e persistir. Um dos compromissos primordiais da Geografia da Saúde no Brasil é contribuir para a consolidação do SUS, que se desdobra na diminuição das iniquidades em saúde, na redução das desigualdades sociais, na promoção da vida. Que estas leituras propiciem o explorar de novas fronteiras da práxis entre a Ciência Geográfica e as Ciências da Saúde na construção de dias melhores.

Nesse sentido, o segundo livro desta coletânea, *Fronteiras e Saúde: experiências, vivências e possibilidades*, versa sobre os contextos geográficos em saúde através dos debates teóricos, das vivências e das experiências de saúde na fronteira e as fronteira(s) na saúde. Os textos desta obra perpassam reflexões de possibilidades de análises e políticas públicas através do Estado e dos saberes tradicionais e suas práticas em saúde.

Compondo a obra, no primeiro capítulo **Vulnerabilidade em saúde e malária na fronteira Brasil-Guiana Francesa**, os autores trabalham com saúde na fronteira, especificamente o Arco Norte, caracterizado pela presença de populações indígenas. Assim, debatem os determinantes da malária na fronteira com foco na vulnerabilidade em saúde.

No segundo capítulo, **O controle da dengue em municípios brasileiros de fronteira**, os autores debatem sobre o controle da dengue em espaços fronteiriços utilizando-se da realidade empírica dos municípios de Corumbá e Ponta Porã, em Mato Grosso do Sul. Assim, destacam como a fronteira influencia decisivamente nas práticas de controle e de prevenção das doenças e na assistência em saúde.

No texto **Brasil e Colômbia: histórias comuns nas práticas espaciais de saúde no campo**, os autores analisam as práticas espaciais de saúde e os discursos de comunidades camponesas no Brasil e na Colômbia, identificando a realidade de acesso aos serviços de atenção à saúde.

No capítulo **A política da aplicação da geoinformação na saúde indígena**, a autora apresenta a construção e as potencialidades de produzir inteligência geográfica, através da análise de dados da saúde indígena e sua aplicação na gestão.

Ao analisar as especificidades do espaço normatizado e do território usado nas cidades-gêmeas de Coronel Sapucaia-BR e Capitán Bado-PY, o quinto capítulo **Saúde e Fronteira: entre o espaço da norma e o território usado** versa sobre saúde e fronteiras e as múltiplas territorialidades.

Em **Tradição e modernidade nas questões de saúde do povo Paiter Surui: Amazônia ocidental brasileira**, os autores debatem a importância de compreender a concepção indígena de saúde e de doença e como

a saúde indígena encontra-se estruturada pelo Estado brasileiro, numa leitura de tradição e modernidade.

No último capítulo, **Saúde, responsabilidade e governança: o papel do Estado e a ameaça neoliberal**, os autores debatem sobre o modelo e o papel do(s) Estado(s) para com a saúde dos seus povos e refletem que, em um sistema de saúde sustentável e que acrescenta eficácia, necessita(m) de uma visão partilhada de todos os fatores determinantes da saúde.

Organizadores

VULNERABILIDADE EM SAÚDE E MALÁRIA NA FRONTEIRA BRASIL-GUIANA FRANCESA

Vivian da Cruz Franco
Doutora pelo Programa de pós-graduação em Medicina Tropical

Martha Suarez Mutis
Laboratório de Doenças Parasitárias

Paulo Cesar Peiter
Laboratório de Doenças Parasitárias
Instituto Oswaldo Cruz-Fiocruz – Rio de Janeiro

A fronteira internacional é definida como um contexto geográfico particular, que se estende sobre uma dada zona, de um lado e de outro da linha do limite internacional, criando uma região particular: a "zona de fronteira" (MACHADO, 2000; RUMLEY; MINGHI, 1991). A fronteira internacional brasileira é uma região contínua com mais de 15 mil quilômetros de extensão que compreende uma área de cerca de 2.357.850 km^2 correspondendo a 27,6% do território nacional.

A faixa de fronteira do Brasil com os países vizinhos foi definida segundo a Lei 6.634 de 02/05/1979 com uma largura de 150 km paralela à linha divisória terrestre do território nacional (Figura 1). Nessa região existem três capitais estaduais (Boa Vista-RR, Rio Branco-AC e Porto Velho-RO), todas situadas no segmento Amazônico da fronteira, além de 27 pares de cidades (cidades gêmeas), o "meio geográfico" onde é maior a integração das populações fronteiriças (MACHADO, 2003 apud PEITER, 2005).

Figura 1 - A Faixa de Fronteira do Brasil e sua divisão por arcos.

Fonte: MI, 2005.
Organização: Grupo Retis

Para estudar a faixa de fronteira internacional brasileira, adotaremos a proposta do Grupo Retis que delimita seus 588 municípios em três grandes arcos (Norte, Central e Sul) e 19 sub-regiões (BRASIL, 2005) somando em total aproximadamente 10 milhões de habitantes. O primeiro arco é chamado de **Arco Norte**, composto pela faixa de fronteira dos estados do Amapá, Amazonas, Acre, Pará e Roraima; o segundo é o **Arco Central**, composto pela faixa de fronteira dos estados de Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do sul. O terceiro e último é o **Arco Sul**, composto pela faixa de fronteira dos estados de Paraná, Santa Catarina e Rio Grande

do Sul. O critério utilizado pelo Ministério de Integração para a divisão e sub-regiões dos arcos foi baseado nas diferenças de identidade cultural e na base produtiva desta região. No Quadro 1 podem ser observados os municípios de faixa de fronteira que se encontram nos arcos que compreendem a região amazônica, área do nosso estudo.

Quadro 1 – Municípios que conformam a faixa de fronteira internacional brasileira segundo sub-regiões e arcos aos quais pertencem.

Arco	Sub-região	Municípios
Norte	Oiapoque Tumucumaque	Oiapoque, Laranjal do Jarí, Pedra Branca do Amapari, Serra do Navio, Ferreira Gomes, Pracuúba, Calçoene, Amapá (AP); Almeirim, Faro, Oriximiná, Óbidos (PA); Urucará, Nhamundá (AM); Caroebe, São João da Baliza e São Luiz do Anauá (RR).
	Campos Do Rio Branco	Boa Vista, Bonfim, Cantá, Caracaraí, Mucajaí, Normandia, Rorainópolis, Pacaraima e Uiramutã (dentro da Terra Indígena Raposa-Serra do Sol) no Estado de Roraima.
	Alto Solimões	Tabatinga, Benjamim Constant, Atalaia do Norte, São Paulo de Olivença, Amaturá, Santo Antonio do Içа, Jutaí, Tonantins no Estado do Amazonas [Fonte Boa, situada fora da Faixa de Fronteira, faz parte da Mesorregião do Alto Solimões].
	Alto Juruá	Envira, Guajará, Ipixuna no Estado do Amazonas; Cruzeiro do Sul, Feijó, Jordão, Mâncio Lima, Manoel Urbano, Marechal Thaumaturgo, Porto Walter, Rodrigues Alves, Santa Rosa do Purus e Tarauacá no Estado do Acre.
	Parima Alto Rio Negro	Alto Alegre, Amajari, Iracema no Estado de Roraima; Barcelos, Japurá, São Gabriel da Cachoeira e Santa Isabel do Rio Negro no Estado do Amazonas.
	Vale do Acre-Purús	Acrelândia, Assis Brasil, Brasiléia, Bujari, Capixaba, Epitaciolândia, Plácido de Castro, Porto Acre, Rio Branco, Sena Madureira, Senador Guiomar e Xapuri no Estado do Acre; Boca do Acre, Canutama, Lábrea e Pauini no Estado do Amazonas.
Central	Madeira-Mamoré	Campo Novo de Rondônia, Buritis, Guajará-Mirim, Nova Mamoré e Porto Velho no Estado de Rondônia.

Fonte: Grupo Retis.
Organização: Vivian C. Franco.

O Arco Norte é caracterizado pela presença de populações indígenas e áreas de floresta mais preservadas. Esse arco é ainda o que apresenta condições de vida mais precárias e o pior acesso aos serviços de saúde.

O município do Oiapoque pertence à sub-região de análise Oiapoque-Tumucumaque, composta pelos Laranjal do Jarí, Pedra Branca do Amapari, Serra do Navio, Ferreira Gomes, Pracuúba, Calçoene, Amapá no Estado do Amapá; Alenquer, Almeirim, Faro, Oriximiná, Óbidos no Estado do Pará; Urucará, Nhamundá no Estado do Amazonas; Caroebe, São João da Baliza e São Luiz do Anauá no Estado de Roraima. A malária atinge predominantemente os municípios situados na faixa de fronteira do Arco Norte e parte do Central com intensidades distintas a depender da localização geográfica destes municípios. Em 2016, os municípios que compõem a faixa de fronteira (Arco Norte) contribuíram com 61,3% de casos de malária registrados no país, dentre os quais 15 municípios apresentaram alto risco de transmissão para malária, ou seja, tinham mais de 50 casos/1.000 habitantes. Nesse sentido a fronteira internacional foi considerada pelo Ministério da Saúde por intermédio do Programa Nacional de Controle da Malária – PNCM como uma região prioritária para o controle da malária na Amazônia. Este capítulo procurou entender os determinantes da malária de fronteira no Oiapoque, localizado na divisa entre o Brasil e a Guiana Francesa, com foco na vulnerabilidade em saúde, onde o significativo número de casos importados, a elevada mobilidade transfronteiriça e o aumento de casos de malária na área urbana representam grandes ameaças para o controle dessa endemia.

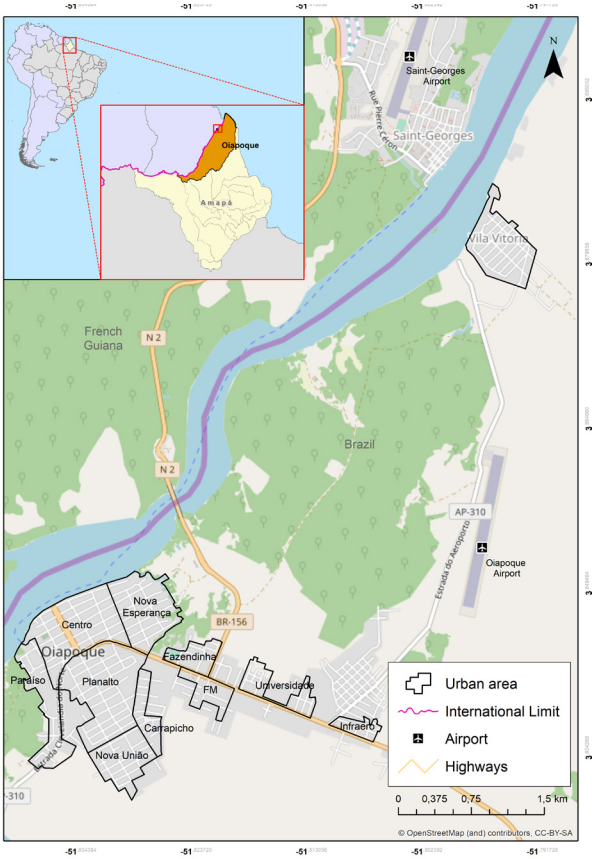
A zona transfronteiriça Brasil-Guiana Francesa (ZTBG)

A zona transfronteiriça Brasil-Guiana Francesa (ZTBG) se situa ao norte da América do Sul, na zona equatorial. A Guiana Francesa é um território transmarino pertencente à França. Essa área tem um clima quente e úmido e está caracterizada pela presença de florestas úmidas da Guiana, com fortes precipitações e temperaturas médias elevadas ao longo de todo o ano e alta densidade de coleções hídricas, um ambiente natural altamente

propício para a reprodução de anofelinos, os vetores da malária. A ZTBG agrupa quatro municípios (denominados comunas na França), nomeadamente o município de Saint-Georges de l'Oyapoque, Camopi e Ouanary do lado guianês e o município de Oiapoque no lado brasileiro. O rio Oiapoque separa fisicamente o Brasil da Guiana Francesa. Uma rodovia de 192 km liga Saint Georges a Caiena, a capital do território guianense, numa viagem que dura três horas; do lado brasileiro, a rodovia BR-156, com 590 km, sendo 150 km em pista não asfaltada, liga Oiapoque à Macapá, a capital do estado do Amapá, numa viagem que dura 12 horas na estação seca e 48 horas na estação das chuvas (Figura 2).

A população da ZTBG é de cerca de 30 mil habitantes, 23.628 em Oiapoque, 4.046 em Saint Georges, 1.657 em Camopi e 113 em Ouanary. A população da ZTBG é bastante heterogênea, composta por brasileiros, imigrantes surinameses, franceses metropolitanos, haitianos, e as populações tradicionais (PIANTONI, 2011; GARCIA et al., 2013). A região tem uma forte presença de populações indígenas (Wayana, Waiampi, Galibi, Palikur, entre outros) em aldeias dispersas em toda a zona fronteiriça e presença de populações flutuantes compostas principalmente por garimpeiros provenientes de diversas regiões como o Pará e Maranhão que realizam suas atividades de garimpagem na Guiana Francesa e no Suriname.

Figura 2 – Mapa da Zona Transfronteiriça Brasil-Guiana Francesa.



Fonte e Organização: Silva, GV, 2013.

No lado brasileiro, a economia de Oiapoque está historicamente ligada à atividade do garimpo de ouro, do comércio, da cultura de mandioca, extração do açaí e venda de produtos hortigranjeiros comercializados no mercado local. Existe também a atividade da pesca e a caça de subsistência de vários povos indígenas que se encontram ao longo dos rios e nas florestas da região. A cidade de Oiapoque é a maior da ZTBG e um importante local de passagem na fronteira Brasil-Guiana Francesa. O fluxo migratório sempre foi considerável na ZTBG, principalmente em direção à Guiana Francesa como região de acolhida de imigrantes vindos do Brasil

e origem de um terço dos imigrantes estrangeiros na Guiana. Esses vêm principalmente dos estados do Amapá, Pará e Maranhão e se estabelecem, na maior parte, nas cidades de Caiena e Kourou, outros em Saint Georges e em diversos sítios de garimpo clandestinos no interior do território guianense.

Há uma grande assimetria de renda entre os países lindeiros, pois, no ano de 2016, enquanto o salário mínimo no Brasil era de cerca de 880 reais (cerca de 250 euros), na Guiana Francesa era de 1.337 euros (cerca de 4.800 reais). Esta discrepância juntamente com a existência de ouro de aluvião na Guiana Francesa e no Suriname serve de atrativos para brasileiros. As oportunidades geradas pelo comércio transfronteiriço entre os países vizinhos também atraem população e dinamizam a economia local. Entretanto, são atividades altamente instáveis, que dependem das flutuações do câmbio das respectivas moedas nacionais, bem como das eventuais brechas no controle do garimpo nestes países.

Historicamente, a instabilidade e a "informalidade" do garimpo afetaram negativamente a forma de desenvolvimento das cidades fronteiriças, principalmente de Oiapoque (AP). Sem ter parâmetros claros de crescimento populacional, alternando períodos de forte afluxo com estagnação, esta cidade foi acumulando os problemas de infraestrutura de habitação, saneamento, saúde, energia, telecomunicações, segurança pública, etc.

A mobilidade transfronteiriça sempre foi intensa e a travessia do rio Oiapoque é efetuada por pequenos barcos a motor (conhecidos como catraias) que transportam passageiros e mercadorias diariamente. Há que se destacar que, para além das trocas cotidianas, os movimentos de garimpeiros, turistas ocasionais e a circulação de uma moeda mais forte que o Real incentivam o comércio sexual, reflexo da vulnerabilidade social da população desta fronteira (CASTRO; HAZEU, 2012) em Oiapoque, do ponto de vista da migração. A perspectiva adotada procura focalizar a compreensão dos sujeitos sociais que transitam nesse espaço transfronteiriço e trazer à visibilidade dimensões pouco estudadas de pequenas cidades que desempenham um papel fundamental na estruturação de regiões distantes e que na atualidade encontram-se sob o foco de novos interesses

econômicos e políticos. Trata-se de uma fronteira com significativos fluxos migratórios de brasileiros (Amapá, Pará e Maranhão).

Vulnerabilidade social e a faixa de fronteira

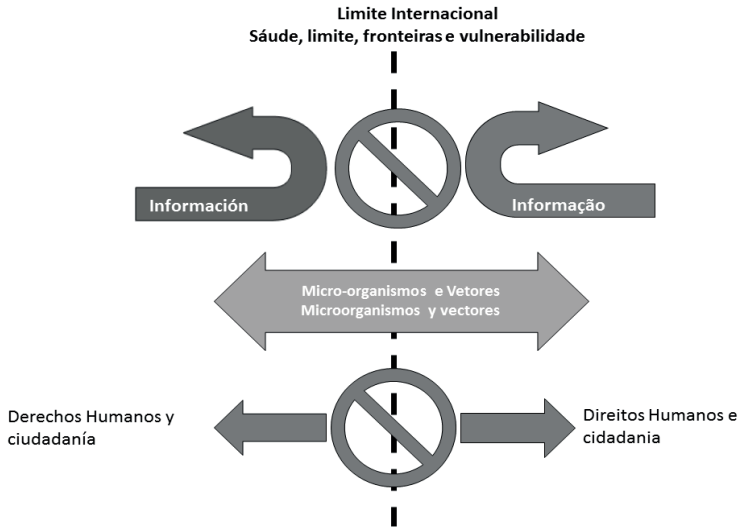
Para tratar a questão da vulnerabilidade social em relação à malária utilizou-se o referencial teórico da abordagem ecossistêmica da saúde (GOMEZ; MINAYO, 2006), a partir de um modelo multidimensional (SANTOS; AUGUSTO, 2011). A abordagem orienta-se pela adoção da noção de vulnerabilidade para uma melhor aproximação aos determinantes da malária na Zona Transfronteiriça Brasil-Guiana Francesa (ZTBG) evitando a associação linear entre "fatores de risco" e efeitos, ou "desfechos" intrínsecos aos modelos que têm o paradigma do risco como base teórico-metodológica (BARATA, 2005; MARANDOLA; HOGAN, 2009; MOREL, 2012; NOSSA et al., 2013; ACSELRAD, 2013; SUSSER; SUSSER, 1998; AYRES, 2011).

Adotou-se nesse capítulo a concepção de vulnerabilidade como uma produção social, resultante da materialização das inequidades e das susceptibilidades nos lugares que revelam, sobretudo, as diferenças de poder e de acesso à informação dos grupos populacionais (CUTTER et al., 2003). Ela deve ser pensada como uma condição socialmente construída e dependente das percepções que as populações têm dos riscos aos quais estão submetidos determinados grupos da população em uma sociedade (ACSELRAD, 2013).

A vulnerabilidade vai, portanto, além do indivíduo, abarcando aspectos coletivos e contextuais que levam à susceptibilidade às doenças e transtornos (AYRES et al., 2003; AYRES et al., 2011). Ela está ligada aos aspectos estruturais da sociedade, que são as desigualdades de renda, educação e acesso aos serviços, bem como aos aspectos fisiológicos e perceptivos. Os últimos incluem a noção de risco, em particular a maneira como essa noção se exprime no imaginário social e seus diferentes significados historicamente construídos (AYRES et al., 2003).

O contexto social compreendido à luz do conceito de vulnerabilidade amplia a capacidade de compreensão dos determinantes da saúde e particularmente dos processos de manutenção de situações de saúde particulares como no caso da malária nas fronteiras. Do ponto de vista da saúde pública, as fronteiras são consideradas como territórios vulneráveis, pois os agentes patogênicos e os vetores atravessam sem dificuldade os limites internacionais dado que este trata-se em geral de uma barreira artificial (imposta) aos fluxos naturais e sociais que sustentam a vida numa determinada região (Figura 3).

Figura 3 – Esquema dos efeitos do limite político na fronteira internacional.



Organização: Peiter, 2005.

No marco da geografia da saúde, diversos estudos procuram relacionar a zona de fronteira à circulação internacional de doenças. Nota-se um interesse crescente pela fronteira na saúde a partir do evento da pandemia de AIDS, na década de 1980, e mais tarde com a emergência da gripe aviária, a SARS, o Ebola, e mais recente ainda com a epidemia de ZIKA. Neste contexto histórico as fronteiras internacionais tornam-se objeto

privilegiado de pesquisas em saúde, particularmente a vigilância epidemiológica ou vigilância de doenças nas zonas de transfronteiriças.

Para além do problema das doenças transmissíveis, a fronteira internacional é para a saúde uma região peculiar. Será que poderíamos dizer que a fronteira é um lugar de vulnerabilidade em saúde?

Problematizando a situação de saúde na ZTBG

Situada na conjunção de dois sistemas territoriais distintos, a zona de fronteira apresenta problemas particulares que afetam e regulam a situação sanitária das populações fronteiriças. As assimetrias econômicas, jurídicas, políticas, culturais e sociais entre os dois lados do limite internacional incitam e encorajam os fluxos transfronteiriços (MACHADO, 2005; PEITER, 2007).

A alta mobilidade populacional gera problemas para o registro de informações epidemiológicas fundamentais para a vigilância (local de residência, local provável de infecção, local de diagnóstico). Uma dificuldade generalizada é a recuperação das trajetórias dos pacientes pertencentes aos grupos em situação ilegal (imigrantes sem documentos, garimpeiros, trabalhadores do sexo, etc.); ressalta-se que esses grupos com elevada mobilidade têm grande presença nas zonas de fronteira. Além disso, os instrumentos de coleta de dados dos casos de doenças não são adaptados às necessidades de conhecimento das trajetórias destes pacientes (PEITER, 2005; EDWARDS et al., 2015).

A marginalização econômica e social das áreas de fronteira (sobretudo na Amazônia) onde se verifica a baixa densidade de infraestrutura de serviços, institucional, de profissionais e recursos, incentivam as atividades ilícitas e as informais, o contrabando, o desvio de recursos, a fraude fiscal e o tráfico de drogas e armas, como alternativas à geração de renda nestas zonas, criando um contexto propício à violência e ao uso de drogas (MACHADO, 2000).

Em zonas de fronteira mais isoladas a dispersão da população e sua mobilidade transfronteiriça criam vários tipos de dificuldades à coleta

de informação resultando na subnotificação dos casos (silêncio epidemiológico), incompletude dos formulários, e a precariedade do controle dos programas de saúde, principalmente de prevenção de doenças, a evasão de pacientes ou o abandono dos tratamentos, muitas vezes simplesmente por falta de meios de transporte aos centros de saúde, falta de medicamentos e pessoal de saúde, levando à endemização de doenças perfeitamente curáveis e controláveis. As doenças eliminadas em outras regiões se perpetuam nestes espaços de abandono, que podem tornar-se focos para o desenvolvimento de novas epidemias no futuro.

Em suma, a situação de saúde em cada região de fronteira é influenciada por vários elementos ligados ao ambiente, à dinâmica demográfica, às condições de vida, à disponibilidade e acesso aos serviços de saúde, às interações transfronteiriças, etc., sendo, portanto, um objeto de estudo que necessita de uma abordagem ecossistêmica para melhor compreensão. Em geral, a fronteira brasileira continua como uma região carente de recursos de saúde, notadamente no Arco Norte (faixa de fronteira composta pelo segmento que vai de Oiapoque, no Amapá, até Rio Branco, no Acre). De todas as regiões da fronteira brasileira, a mais crítica é a fronteira Amazônica, onde as dificuldades logísticas, operacionais, a precariedade da infraestrutura e dos recursos humanos de saúde são insuficientes. O fluxo migratório permanente para esta região leva a um contínuo processo de vulnerabilização das populações que aí vivem (PEITER, 2005). Consequentemente, os municípios da fronteira internacional amazônica são os de maior risco para doenças transmitidas por vetores como a malária, e sua eliminação é mais difícil nestas regiões (WANGDI et al., 2015).

No nível local, a fronteira representa uma descontinuidade, uma ruptura, que marca a diferença entre os cidadãos nacionais e estrangeiros. E estes estrangeiros não podem ser beneficiados com bens coletivos — por exemplo, serviços de saúde — do país vizinho. Neste caso a fronteira é vivida como um lugar de separação e de exclusão.

A malária na zona transfronteiriça Brasil-Guiana Francesa (ZTBG)

No Brasil a malária (ou paludismo) é uma doença que continua sendo um importante problema de saúde pública. É produzida por um parasito denominado plasmódio, do qual há três espécies no Brasil: o *Plasmodium vivax* (o mais frequente no país, correspondendo a 87,1% dos casos em 2016), o *P. falciparum* (que pode causar a morte e contribui com 11,8% das notificações), e o *P. malariae* (com menos de 1% dos casos). O plasmódio é transmitido ao homem pela picada de um mosquito anofelino. Do total de casos, 99,5% ocorre na região amazônica sendo que existem diversas situações epidemiológicas. A malária atinge predominantemente os municípios situados na faixa de fronteira do Arco Norte e parte do Central com intensidades distintas a depender da localização geográfica destes municípios.

Na ZTBG é um problema sempre presente. A transmissão do plasmódio é diretamente facilitada pelas condições socioeconômicas e culturais da população, assim como um meio ambiente totalmente favorável à reprodução do anofelino vetor, um mosquito altamente eficiente. A população, de modo permanente ou temporário, frequenta ou reside nas zonas de alto risco, onde a exposição ao vetor pode ser facilitada pelas condições de vida precárias, a falta de saneamento ambiental, as moradias de má qualidade, as condições de trabalho e em particular a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a precariedade de ações de controle, entre outros determinantes. Estas situações são diretamente ligadas ao aumento da taxa de transmissão da doença. A mobilidade de pessoas na ZTBG fornece permanentemente população suscetível que age como um elemento de difusão de cepas dos plasmódios, ou mesmo pela introdução de parasitos nas zonas que ofereçam condições de receptividade gerando novos focos de malária (SUAREZ-MUTIS, 2010; VILLEMANT, 2013). O mesmo ocorre para outras doenças transmitidas por vetores como a dengue, a Chikungunya e a Zika, que também vêm atingindo a ZTBG.

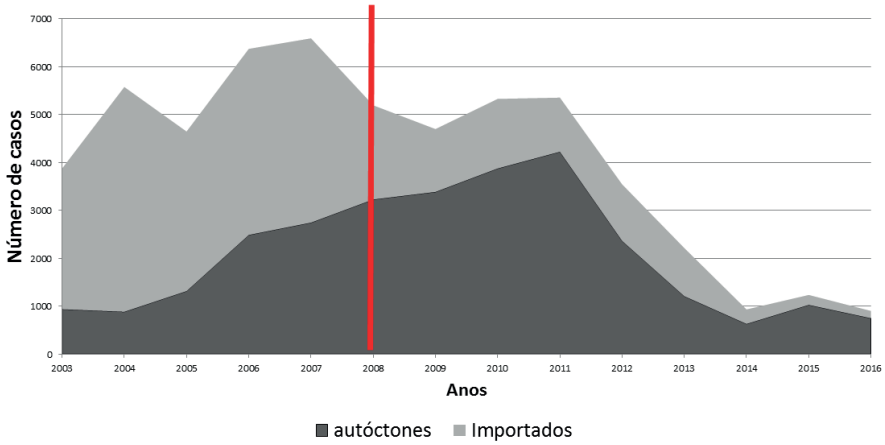
Entre os anos 2000 e 2016, houve uma redução em 76% dos casos de malária no Brasil sendo que nesse último ano foram notificados 128.746 casos da doença, o menor número nos últimos 35 anos, atingindo a meta seis dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), estabelecidos no ano 2000 pela Organização das Nações Unidas (ONU), que pretendia uma diminuição de pelo menos 75% dos casos da malária no ano de 2015 quando comparado com o ano 2000 (GLOBAL GOALS, 2015). Alinhado com as metas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Ministério da saúde do Brasil estabeleceu a meta de eliminar a malária por *P. falciparum* até o ano de 2030. Entretanto, existem grandes desafios para controle e eliminação dessa doença no Brasil, principalmente nas regiões de fronteira internacional amazônica.

No Oiapoque, entre os anos de 2003 a 2016 ocorreram 56.472 casos, uma média de 4006,8 +/- 990,4 casos anuais (IC 95%: 4380-5797) com uma mediana de 4.672,5 casos. A incidência parasitária anual (IPA) nesse período foi 220,8 casos por 1.000 habitantes, considerada como de muito alto risco.

Entre os casos notificados, 29.080 (51,5%) foram autóctones e 27.392 (48,5%) importados de outros municípios ou de outros países. Analisando estes dados pode-se observar dois períodos distintos: o primeiro de 2003 a 2007 e o segundo de 2008 a 2016. No primeiro período, 67,7% das notificações foram de casos importados de outro país, 1,4% das notificações eram de casos importados de outros municípios e 30,9% de casos autóctones.

A partir de 2008 houve uma mudança na configuração das notificações com a diminuição do número de casos importados e um aumento dos casos autóctones. Ao longo do período de 2008 a 2016, 71,3% dos casos eram autóctones e 28,7% importados. Essas diferenças foram estatisticamente significativas ($p<0,01$; $p<0,05$, respectivamente) (Gráfico 1). A partir do ano de 2014 ocorreu uma redução na IPA do município e em 2016 ele passa a ser de médio risco para transmissão de malária, 37,1 por 1000 habitantes.

Gráfico 1 – Gráfico da Série temporal de casos de malária importada em Oiapoque, 2003 a 2016.

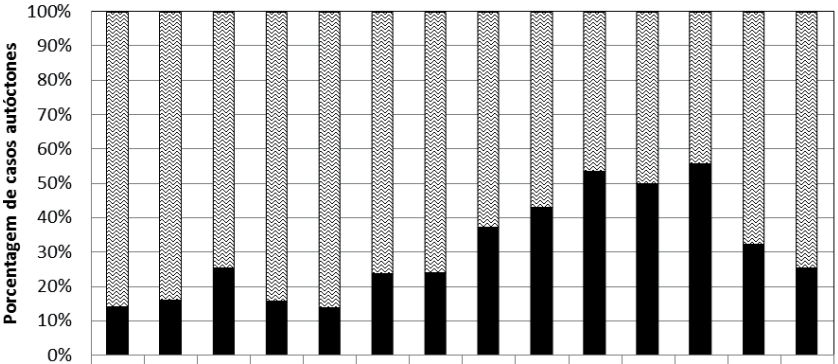


Fonte: SIVEP-Malária, 2016.
Organização: Vivian C. Franco.

A Guiana Francesa contribuiu com 97% dos casos importados recebidos no Oiapoque. Do total dos casos de pessoas que se infectaram na Guiana Francesa 38,5% (10.537/27.392) tiveram malária por *Plasmodium falciparum* (a malária mais grave). Normalmente são os brasileiros que trabalham nos garimpos clandestinos na Guiana Francesa que são diagnosticados com malária em Oiapoque, onde eles não têm problemas de fazer o exame e obter o tratamento. No lado guianês o acesso ao diagnóstico e tratamento é mais difícil, pois os garimpeiros são imigrantes ilegais que não buscam atendimento com medo de serem presos e expulsos do país.

Outra característica da malária em Oiapoque é que ela se tornou cada vez mais urbana no período analisado (Gráfico 2). Os casos autóctones urbanos representavam 14,3% do total de casos no município em 2003, e dez anos mais tarde, em 2012, eles passaram a representar 53,7%. Em 2016 houve uma redução e representaram apenas 25,4% dos casos autóctones.

Gráfico 2 – Série temporal de casos de malária autóctones por situação de residência urbana e rural 2003-2016.



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Rural	804	743	981	2094	2366	2461	2572	2426	2404	1096	604	280	696	559
Urbano	134	142	335	395	380	769	815	1451	1822	1269	606	352	333	191

Fonte: SIVEP-Malária, 2016.
Organização: Vivian C. Franco.

Uma pesquisa realizada junto aos gestores de saúde na cidade de Oiapoque em 2012 concluiu que existiam várias fragilidades no sistema de vigilância e controle da malária neste município, principalmente no que se refere à falta de recursos humanos (profissionais de saúde) e equipamentos, bem como a descontinuidade das ações devido à elevada rotatividade e à penúria de mão-de-obra e, por outro lado, o desconhecimento da malária e suas formas de transmissão (FRANCO, 2013).

No que se refere à situação da malária, observa-se uma forte redução na região amazônica, entretanto a malária nas fronteiras, ao contrário, tem se mostrado de difícil controle, dado que o limite internacional gera descontinuidades na gestão e na vigilância em saúde. Este fato foi apontado em diversos países (PINDOLIA et al., 2012; WANGDI et al., 2015).

Considerações finais

A malária nas fronteiras internacionais é um grande desafio para o objetivo de eliminação da doença não só no Brasil como no mundo todo. Nos últimos 15 anos, o Programa Nacional de Controle da Malária

– PNCM estava bem estruturado e conseguiu enormes vitórias no controle da doença.

No caso da fronteira Brasil-Guiana Francesa um desafio é o controle da malária importada, relacionada com a mobilidade transfronteiriça de garimpeiros e agregados (acompanhantes, cozinheiras, profissionais do sexo, etc.) brasileiros que exercem suas atividades em garimpos ilegais na Guiana Francesa. A invisibilidade e ilegalidade deste grupo populacional para o sistema de saúde francês impede a realização de ações preventivas, de diagnóstico e de cuidado. Ao procurarem atendimento no lado brasileiro da fronteira estes propagam a malária em área urbana. Acrescenta-se o risco de desenvolvimento de resistência aos medicamentos, dado que este grupo tem baixa aderência ao tratamento e até a compra, no garimpo, de drogas de qualidade duvidosa para o tratamento da malária.

Para solucionar os problemas das zonas de fronteira, os países vizinhos deveriam empreender ações conjuntas e coordenadas com a participação das instituições dos representantes das comunidades de cada lado da fronteira. Entretanto, a cooperação transfronteiriça no campo da saúde tem grandes dificuldades, pois esbarra em modelos, normas e regulamentos distintos em cada país e muitas vezes incompatíveis entre si. Nessa fronteira especificamente a língua é outro problema a ser superado.

No nível local observa-se uma rotatividade de profissionais (médicos, enfermeiros, etc.), que permanecem por curtos períodos na fronteira. Os sistemas de informação de cada país fronteiriço não têm os mesmos objetivos, lógicas e bases de dados. Esta situação impõe um importante esforço para torná-los compatíveis para permitir compartilhar os dados. A vigilância em saúde transfronteiriça, principalmente no que concerne às doenças transmissíveis como a malária, repousa então sobre bases de dados com numerosas fraquezas, situação que também contribui para a vulnerabilização da fronteira. Contudo, é possível observar mudanças recentes do lado brasileiro da ZTBG, como a instalação do campus universitário em Oiapoque, a inauguração do novo hospital e o melhoramento da atenção primária com a Estratégia da Saúde da Família (ESF) com novos financiamentos de ONGs que inauguraram a promoção da saúde no município.

Outras iniciativas importantes são o Projeto Guyamazon reunindo pesquisadores franceses e brasileiros que estudam formas de melhorar o sistema de vigilância em saúde de forma integrada na fronteira. O projeto de cooperação entre o Amapá e a Guiana Francesa para a implantação de um sítio sentinela para a malária GAPAM-Sentinela é um exemplo. Este projeto compreende várias instituições de pesquisa brasileiras e francesas e visa a diminuição da vulnerabilidade na ZTBG.

Finalmente, apesar da malária ser um problema de enorme complexidade, o trabalho conjunto e permanente das autoridades sanitárias de ambos lados da fronteira, com ações coordenadas, compartilhamento de informações para a vigilância epidemiológica, análise conjunta da situação de saúde e a cooperação com outros atores locais podem controlar e até eliminar a doença se as condições socioeconômicas realmente melhorarem para toda essa população.

Agradecimentos

Agradecemos à Fiocruz – projeto Papes VI, à Capes e ao IRD pelo financiamento da pesquisa.

Referências

ACSELRAD, H. O conhecimento do ambiente e o ambiente do conhecimento: anotações sobre a conjuntura do debate sobre vulnerabilidade. **Revista Em Pauta**, [s.l.], v. 11, n. 32, p. 115-129, 2013. ISSN: 2238-3786, DOI: 10.12957/rep.2013.10158.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. **Promoção da Saúde**: conceitos,reflexões, tendências. Rio de Janeiro: [s.n.], 2003. p. 121–143. ISBN: 978-85-7541-183-4.

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA JR, I. From natural history of disease to vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In: M., P. R. . S. (Org.). **Routledge handbook in global public health**. [S.l.: s.n.], 2011. ISBN: 0-203-83272-8.

BARATA, R. B. Epidemiologia Social. Rev. **Bras. de Epidemiologia**, v. 8, n. 1, p. 7-17, 2005.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. **Proposta de reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira**. Brasília, 2005.

CASTRO, E.; HAZEU, M. Cidades , fronteiras transnacionais e migração na Pan-Amazônia. **Somalu**, [s.l.], n. 2, p. 17–43, 2012.

CUTTER, S. L.; BORUFF, B. J.; SHIRLEY, W. L. Social vulnerability to environmental hazards. **Social Science Quaterly**, v. 84, n. 2, 2003.

EDWARDS, H. M. et al. A novel cross-border approaches to optimise identification of asymptomatic and artemisinin-resistant plasmodium infection in mobile populations crossing Cambodian borders. **Plos One**, v. 10, 2015.

FRANCO, V. da C. **Determinantes da malária, em municípios da faixa de fronteira da região Amazônicao caso Oiapoque-Amapá**. 2013. 123 p. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical)–Instituto Oswaldo Cruz-Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

GLOBAL GOALS. **The 17 Goals**. The Global Goals for Sustainable Development, 2015. Disponível em: <https://www.globalgoals.org/>. Acesso em: 10 jul. 2017.

GOMEZ, C. M.; MINAYO, M. C. de S. Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia transdisciplinar. **Interfacehs**, v. 1, n. 1, p. 1-19, 2006.

MACHADO, L. O. Limites e fronteiras: da alta diplomacia aos circuitos da ilegalidade. **Revista Território**, [s.l.], p. 9–29, 2000.

_____. Estado, territorialidade, redes. Cidades gemeas na zona de fronteira sul-americana. In: SILVEIRA, M. L. (Org.). **Continente em chamas**: globalização e território na América Latina. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. p. 243-284.

MARANDOLA JR., E.; HOGAN, D. J. Vulnerabilidade do lugar vs. vulnerabilidade sociodemográfica : implicações metodológicas de uma velha questão. **R. Bras. Est. Pop**., v. 26, n. 2, p. 161–181, 2009.

MOREL, V. Vulnérabilité du territoire littoral guyanais aux maladies infectieuses à transmission vectorielle: esquisses de problématiques et perspectives de recherches pluridisciplinaires. **EchoGéo**, v. 22, 2012.

NOSSA, P.; SANTOS, N; CRAVIDÃO, F. Risco e vulnerabilidade: a importância de factores culturais e sociodemográficos na interpretação e reacção aos perigos. [S.l.], 2013. Resumo/Abstract. Mimeo.

PEITER, P. C. A Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio. **Instituto de Geociências**, [s.l.], p. 379, 2005.

PEITER, P. C. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 23, p. 237–250, 2007.

PIANTONI, F. Migrants en Guyane, Arles/Cayenne. Cayenne: Actes Sud; Musée des Cultures Guyanaises, 2011.

PINDOLIA, D. K. et al. Human movement data for malaria control and elimination strategic planning. **Malaria Journal**, [s.l.], v. 11, n. 1, p. 205, 2012. ISSN: 1475-2875, DOI: 10.1186/1475-2875-11-205.

RUMLEY, D.; MINGHI, J. **The Geography of Border Landscapes**. London: Routledge Library Editions, 1991. 328 p. ISBN: 1138815586.

SANTOS, S. L. dos; AUGUSTO, L. da S. G. Modelo multidimensional para o controle 177 da dengue: uma proposta com base na reprodução social e situações de riscos. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 177-196, 2011.

SUÁREZ-MUTIS, M. C. et al. Interacciones transfronterizas y salud en la frontera Brasil-Colombia-Perú. **Mundo Amazonico**, [s.l.], v. 1. p. 243-266, 2010. ISSN: 2145-5082, DOI: 10.5113/ma.1.10268.

SUSSER M, SUSSER E. Um futuro para a epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N et al. (Orgs.). **Teoria epidemiológica hoje**: fundamentos, interfaces, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1998. p. 187-212

VILLEMANT N. **Inventaire et cartographie des données épidémiologiques du paludisme à la frontière francobrésilienne**. Mémoire de master 2 «CarthaGEO» (Univ. Paris 1 Panthéon-Sorbonne et Paris 7 Diderot, ENSG). Este estudo teve o financiamento do CNPq e do Institut de Recherche pour le Development. 2013.

WANGDI, K. et al. Cross-Border Malaria: A Major Obstacle for Malaria Elimination. **Advances in Parasitology**. [S.l.: s.n.], 2015. p. 79–107. DOI: 10.1016/bs.apar.2015.04.002.

O CONTROLE DA DENGUE EM MUNICÍPIOS BRASILEIROS DE FRONTEIRA

Elisângela Martins da Silva Costa
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Edgar Aparecido da Costa
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Rozilene Cuyate
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Beatriz Lima de Paula Silva
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Aguinaldo Silva
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Rivaldo Venâncio da Cunha
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Fiocruz Mato Grosso do Sul

A fronteira é formada pelas partes de, pelo menos, dois territórios diferentes (na escala nacional) – as díades tratadas por Foucher (2009). Cada território possui normas particulares que terminam no seu limite, que compreende a sua jurisdição, ou seja, o espaço geográfico apropriado como território por cada Estado Nacional. Logo, as fronteiras contêm o limite (internacional) que une/separa as bandas territoriais que as formam (CATAIA, 2007; COSTA, 2012). Nelas coexistem relações de troca, de articulação e de comunicação em diferentes magnitudes, em razão das temporalidades e territorialidades que se constituem em desafios ou oportunidades para as políticas públicas bilaterais (COSTA; SABATEL, 2014).

As fronteiras são passíveis de travessias de ordem "econômica, social, cultural, animal, de vetores de doença, de circulação atmosférica, dentre outras" (COSTA, 2012, p. 66). Alguns fluxos permitem o seu controle, outros independem da vontade humana. A circulação viral, por exemplo,

não pode ser controlada simplesmente com a construção de um muro ao longo do limite internacional. Implica em questões sanitárias de diálogo internacional, mas também em responsabilidades políticas e sociais. Vale lembrar que jurisdição de cada território termina ou começa no limite internacional, que está contido e que dá sentido a essa construção sociopolítica, que é a fronteira. Os fluxos impelidos pelo ar ou pela água não compartilham dessa lógica territorial (COSTA, 2012).

Para Benedetti (2011), não é possível pensar nas fronteiras e em seus lugares sem levar em consideração as mobilidades entre seus territórios e vice-versa. As mobilidades dão vida aos espaços fronteiriços. Os diferentes sistemas políticos, monetários, de concepção da proteção social, dos intensos fluxos de produtos, serviços e pessoas coexistentes nas fronteiras provocam desafios aos sistemas de saúde.

A globalização trouxe consigo um aumento considerável nos fluxos de pessoas, mercadorias e capitais, exigindo cada vez mais a implantação de sistemas técnicos para permitir maior agilidade na circulação da informação, de produtos e serviços. Isso também ampliou as possibilidades de deslocamento dos patógenos que amplificaram a escala de atuação/incidência ganhando um horizonte planetário. As fronteiras, com suas pausas (as aduanas), são as passagens para esses fluxos. Em razão dessas condições, Peiter (2007) considera que as fronteiras são localidades que representam complicações para a vigilância em saúde.

As assimetrias nas áreas de fronteira podem ser traduzidas em oportunidades para ambos os lados. Um exemplo disso é indicado por Steiman e Machado (2002) em relação ao trabalho. Quando um lado da fronteira é mais desenvolvido que o outro, alguns setores de trabalho atraem mais mão-de-obra do que o outro. As necessidades e os espaços são desiguais, atraindo assim qualidades diferenciadas de trabalhadores. Para a oferta dos serviços de saúde não é diferente.

Em uma área de fronteira é preciso cooperação, colaboração entre os países (GIOVANELLA et al., 2007). Contudo, as fronteiras são espaços de confronto entre o que é NOSSO e o que é do OUTRO (ALBUQUERQUE, 2010). Invariavelmente essas matizes ideológicas colorem a atuação

do pessoal que trabalha nos serviços públicos de saúde localizados nos territórios fronteiriços. Assim, o objetivo deste trabalho é analisar como os gestores e os profissionais de saúde percebem o controle da dengue pelo fato de estar localizado num município de fronteira.

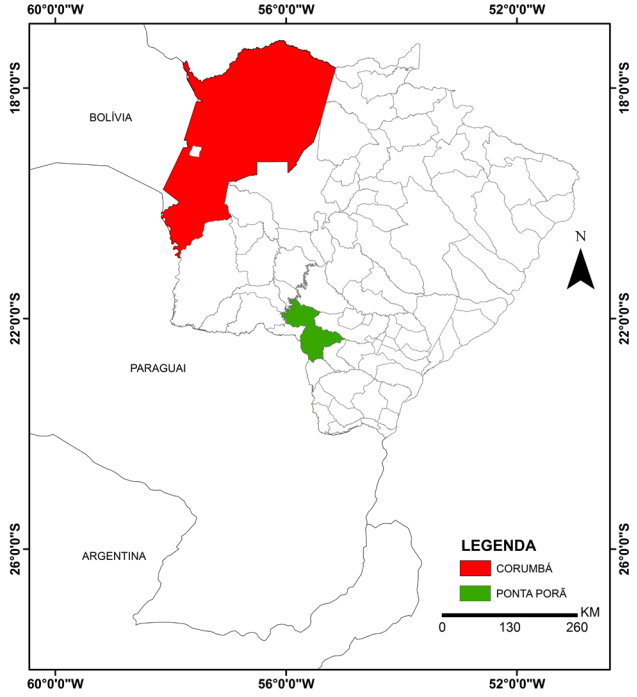
Procedimentos Metodológicos

A opção pela dengue se deve a alguns fatores: a) sua ocorrência de sul a norte nas fronteiras brasileiras; b) por seu modo de transmissão, que implica em formas de controle compartilhadas na fronteira, e; c) por ser um dos principais problemas de saúde pública no mundo e a principal arbovirose a atingir os seres humanos na atualidade (WHO, 2016).

Trata-se de um estudo quali-quantitativo realizado junto aos profissionais e gestores da saúde dos municípios de Corumbá e Ponta Porã, em Mato Grosso do Sul, no período de novembro de 2016 a janeiro de 2017.

Foram selecionados os municípios de Corumbá e Ponta Porã (Mapa 1). As cidades-sedes desses dois municípios do estado de Mato Grosso do Sul estão no limite internacional do Brasil, caracterizando uma conurbação (cidade gêmea) com as localidades dos países vizinhos. Essa área de abrangência contextual faz parte do chamado "Arco Central" (composto pelos estados de Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul), que se estende por 1.517 km (6,56%) de limite territorial da fronteira continental em Mato Grosso do Sul, sendo 1.131 km com o Paraguai e 386 km com a Bolívia (BRASIL, 2005).

Mapa 1 - Localização geográfica dos municípios de Corumbá e Ponta Porã.



Fonte: Base cartográfica do IBGE, 2015. Limites municipais.
Elaboração: Os autores, 2016.

Os critérios utilizados para selecionar os municípios-caso foram: ter contato direto do seu território com o limite internacional e ser município prioritário para o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD).

Corumbá é o maior município em área geográfica de Mato Grosso do Sul, com 64.962,720 km², localizado em sua porção ocidental, concentrando, regionalmente, a maior parte do Pantanal. A cidade possui contato direto com o território boliviano (cidade de Arroyo Concepción, distrito de Puerto Quijarro, na província de Germán Busch, no departamento de Santa Cruz) através de um pequeno arroio onde foi construída uma ponte de menos de 5 metros de extensão unindo as urbes fronteiriças. Empiricamente, são observados inúmeros fluxos diários de pessoas e mercadorias frutos da construção histórica das relações entre esses povos e das necessidades de complementaridade socioeconômica.

Ponta Porã é um município situado na porção sul do estado de Mato Grosso do Sul, com área de 5.328,621 km². A cidade é separada por uma rua (a Avenida Internacional) de Pedro Juan Caballero (distrito de mesmo nome, departamento de Amambay), no Paraguai. Assim, a passagem para um lado e outro do limite internacional é plenamente aberta, sem fiscalização. Ponta Porã e Pedro Juan Caballero construíram, historicamente, elementos culturais, comerciais, políticos e econômicos, com significativa influência na educação, saúde, no lazer, transporte, turismo e na segurança, e, da mesma forma que Corumbá e Puerto Quijarro, parcela significativa da população dessas cidades possui dupla cidadania.

No grupo dos gestores da saúde, foram selecionados para a pesquisa, em cada um dos municípios, o secretário municipal de saúde, o gerente da vigilância em saúde, o coordenador da vigilância epidemiológica, o coordenador de controle de vetores/endemias, o coordenador da atenção primária à saúde e o presidente do conselho municipal de saúde. Os entrevistados foram escolhidos de forma intencional por serem informantes-chaves, tendo como critério de inclusão a sua inserção e experiência enquanto profissionais componentes do processo de gestão, operacionalização e implantação das ações de controle da dengue nos municípios de Corumbá e Ponta Porã.

Para o grupo dos profissionais da saúde, definiram-se como sujeitos da pesquisa os profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF), das categorias: médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses, também foram inseridos os agentes de controle de endemias (ACE) e os técnicos da vigilância epidemiológica. A escolha desse grupo foi pautada na premissa de que esses profissionais são a referência em saúde nos municípios na área de prevenção, controle e tratamento da dengue.

À época da coleta de dados Corumbá dispunha de 26 ESF implantadas, 22 localizadas na zona urbana e 4 na rural. Em Ponta Porã havia 15 equipes implantadas, sendo 11 na zona urbana e 4 na zona rural (BRASIL, 2016a). As ESF da zona rural foram excluídas do estudo, devido às dificuldades operacionais, a distância e o acesso.

A questão norteadora da pesquisa foi: "Em sua opinião, o fato de seu município ser um município fronteiriço dificulta o controle da dengue?". Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas com gestores, médicos e enfermeiros. As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente para posterior análise. Para a coleta de dados com os outros profissionais da saúde foi utilizado um questionário com perguntas abertas. Os dados foram coletados nos respectivos locais de trabalho, com intuito de interferir o mínimo possível na rotina dos serviços desenvolvidos.

Foram entrevistados em Corumbá seis gestores da saúde, 13 médicos e 20 enfermeiros. Responderam ao questionário 111 agentes comunitários de saúde, 43 agentes de controle de endemias e seis técnicos da vigilância epidemiológica. Em Ponta Porã foram entrevistados cinco gestores (o então secretário de saúde não aceitou participar do estudo), oito médicos e nove enfermeiros. Responderam ao questionário 66 agentes comunitários de saúde, 30 agentes de controle de endemias e cinco técnicos da vigilância epidemiológica. Portanto, em Corumbá a pesquisa foi realizada com 199 indivíduos e em Ponta Porã com 123.

Para este estudo, a seleção da amostra foi intencional, baseando-se em critérios pragmáticos e teóricos em vez de critérios probabilísticos, buscando não a uniformidade, mas as variações máximas (BRAVO, 1998). O que há de mais significativo nas amostras intencionais ou propositais não se encontra na quantidade final de seus elementos, mas na maneira como se concebe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas deles (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Para exploração dos dados coletados foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012), que são discursos-sínteses redigidos na primeira pessoa do singular, composto por expressões chaves (ECH) – trechos mais significativos de cada depoimento – que têm a mesma ideia central (IC) e/ou ancoragem. Representa um recurso metodológico destinado a recuperar e dar luz às representações sociais, apresentando-as sob a forma de painéis de depoimentos coletivos. A análise dos discursos foi feita com o auxílio do software DSCsoft (versão aprimorada do Qualiquantisoft) desenvolvido na Faculdade de Saúde

Pública da Universidade de São Paulo (USP) por Lefèvre e Lefèvre em parceria com Sales & Paschoal Informática.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o protocolo número 1.804.168, atendendo às Diretrizes e Normas de Pesquisa estabelecidas pela Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

O enfrentamento da dengue – a fronteira como uma porta aberta

A dengue é uma doença viral transmitida aos seres humanos por mosquitos (principalmente o *Aedes aegypti* e *Aedes Albopictus*), por isso considerada uma arbovirose, com predominância nas áreas urbanas (GUBLER, 2004). Esses mosquitos possuem hábitos doméstico e diurno, além de grande capacidade de adaptação a diferentes situações ambientais e de transmitir outras doenças como *chikungunya, Zika* e febre amarela (TAUIL, 2002).

Em acordo com a OPAS (1997), a ocorrência da dengue está relacionada a alguns elementos do clima e do relevo que favorecem a existência dos vetores, tais como: latitude (35º Norte a 35º Sul), temperatura (15º a 40ºC), umidade relativa do ar (moderada a alta) e altitude (abaixo de 2200 metros em relação ao nível médio do mar). Esses elementos naturais, por si só, não determinam a manifestação da doença. A eles associam-se os elementos sociais, como: ambientes urbanos com elevada densidade populacional e sem planejamento adequado, habitações precárias, problemas de abastecimento de água e com a coleta de resíduos sólidos (OPAS, 1997). A conjunção desses fatores com o período de aumento das chuvas resulta em ambientes propícios à propagação da doença. Conforme a OPAS (1997), também é necessário considerar os chamados microdeterminantes de transmissão da dengue (hospedeiro, agente etiológico e vetor).

As campanhas com pulverização de veneno para combater o mosquito apresentaram resultados imediatos positivos, mas também provocaram a adaptação e criação de uma população de *Aedes aegypti* mais resistente

aos inseticidas (AUGUSTO et al., 2016). Nesse sentido, a melhor forma de combate ao vetor é a eliminação dos possíveis criadouros, especialmente a água parada.

As mesmas formas de campanhas de combate ao vetor da dengue são realizadas nos municípios fronteiriços. Como demonstrado anteriormente, as fronteiras possuem dinâmicas particulares, distintas dos demais territórios localizados no interior do país. Os fluxos de pessoas do e para o país vizinho são constantes. Os elementos culturais fazem toda a diferença para o entendimento do complexo patogênico preconizado por Sorre (2006) desde os anos 1930.

Peiter (2005) entende que os limites internacionais podem favorecer o aparecimento de doenças até então controladas ou desconhecidas num dado território. Através da ineficácia de seu poder fiscalizatório, as fronteiras políticas são como "membranas semipermeáveis", ou seja, porosas, abertas à circulação de enfermidades, porém fechadas para a livre circulação de remédios. Os vetores de doenças não atuam somente num único território nacional, e para tanto o controle precisa ser realizado pelos Estados Nações componentes da díade. Pelo fato de a fronteira ser a porta de entrada para o território nacional, torna-se um local sensível para iniciar o alastramento das doenças para o interior do país. Por isso, Peiter (2005) propõe a necessidade de estudos que levem em consideração as desigualdades sociais, a sociologia dos países vizinhos.

Em estudo comparativo entre unidades territoriais na fronteira do México com os Estados Unidos, Reiter et. al. (2003) observaram que o modo de vida influencia na dinâmica da dengue. A presença de vetores aparecia tanto em Nuevo Laredo (México) quanto em Laredo (EUA). Contudo, somente na primeira é que se registrou uma forte epidemia da dengue no ano de 1999. A pesquisa apontou que os acometimentos da doença nessas cidades foram influenciados decisivamente por fatores urbanos particulares do modo de vida de cada localidade. Enquanto na cidade estadunidense as casas, os prédios, carros, bares, possuíam, em sua maioria, aparelhos de ar condicionado, no lado mexicano este praticamente

inexistia. A maior exposição ao vetor dos indivíduos de Nuevo Laredo tornou mais fácil a explosão epidêmica.

Para Aquino Júnior (2010), a relação entre as epidemias de dengue e os fatores climáticos, associados aos elementos políticos, econômicos e sociais, precisa ser tratada como decisiva para o entendimento do complexo patogênico da dengue. Muitas doenças infecciosas endêmicas são sensíveis às mudanças climáticas, principalmente aquelas de transmissão vetorial e hídrica, como é o caso da dengue. Sua incidência é verificada principalmente nos países tropicais e subtropicais, nos quais as condições de temperatura e umidade favorecem a reprodução e dispersão do vetor.

Vale dizer que o fato de ter clima tropical ou subtropical não é determinante para um território apresentar epidemias de dengue. É preciso a conjugação dos elementos indicados pela OPAS (1997). Aquino Júnior (2010), ao estudar o que possibilita a ocorrência de epidemias de dengue na tríplice fronteira Foz do Iguaçu (Brasil), Puerto Iguazú (Argentina) e Ciudad de Leste (Paraguai), encontrou como elementos principais: a) aumento dos vetores e ausência de medidas eficientes (fronteiriças) para tentar evitar a doença; b) características naturais favoráveis para proliferação do vetor; c) dificuldades quanto ao ordenamento dos setores responsáveis pelo controle da dengue; d) características urbanas com elevada mobilidade de pessoas e mercadorias; e) infraestruturas urbanas geradoras de resíduos, com dificuldades de destinação adequadas.

É preciso destacar que as cidades fronteiriças sempre se arranjaram, independente dos acordos internacionais, em razão de suas aproximações/distanciamentos historicamente construídos. É a condição de ser da fronteira que frequentemente subverte as lógicas dos territórios nacionais (COSTA, 2012).

Contexto geográfico e características gerais dos municípios fronteiriços estudados

O estado de Mato Grosso do Sul conta com uma área territorial de 357.145,534 km², correspondente a 18% da região Centro-Oeste e 4%

do Brasil. Localiza-se entre as latitudes 17º01'00" Lat. Sul e 24º05'45" Lat. Sul. A população estimada em 2016 era de 2.682.386 habitantes, correspondendo a uma fraca densidade demográfica de 7,5 habs/km². O estado insere-se no contexto do "1º Brasil", em termos de IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano médio dos Municípios (0,725, em 2010). A maioria da população (em torno de 90%) é urbana (IBGE, 2016).

O relevo é marcado por altitudes modestas (médias entre 200 e 600m), tendo as serras da Bodoquena e de Maracaju (sentido Sul-Norte) como os divisores de água das bacias do rio Paraguai (a Oeste) e do rio Paraná (a Leste). Nesse sentido, a geomorfologia estadual favorece a penetração de massas de ar frias oriundas da zona Peri Antártida. A calha do rio Paraguai e a planície aluvial (Pantanal, com altitudes que oscilam entre 100 e 200m em relação ao nível médio do mar) se constituem num corredor que permite a passagem de massas de ar polares até o norte do país (MATO GROSSO DO SUL, 1990).

Conforme a classificação climática de Zavatini (1992), o estado é controlado por duas massas de ar principais, que o dividem praticamente ao meio no sentido latitudinal: a) massas tropicais e polares, ao sul, resultando em climas subtropicais úmidos, e; b) massas equatoriais e tropicais, na porção norte, com climas tropicais alternadamente secos e úmidos.

Analisando o Atlas Multirreferencial do estado de Mato Grosso do Sul observam-se cinco níveis de precipitação atmosférica na forma de chuvas: a) Zona de 1.600 mm anual (mais chuvosa), em Ponta Porã, pequena parte da Serra da Bodoquena, Costa Rica e proximidades do município de Bandeirantes; b) Zona de 1.400 mm anual, no sul do estado e numa pequena porção da área central; c) Zona de 1200 mm anual, abrangendo a maior parte do estado; d) Zona de1000 mm anual, no Pantanal, ao Norte do estado e em porções do leste, envolvendo partes de Três Lagoas, Água Clara e Ribas do Rio Pardo, e; e) Zona de 800 mm anual (a menos chuvosa) que abarca uma pequena faixa que atinge parte do município de Corumbá e estende na direção da Bolívia.

Em sua totalidade, Mato Grosso do Sul encontra-se no contexto das macro determinantes ambientais (elementos do clima e do relevo)

apontadas pela OPAS (1997) como potenciais para a ocorrência da dengue. A baixa densidade demográfica não reflete a realidade das áreas urbanas, onde estão concentrados os maiores agrupamentos populacionais. Principalmente as periferias ainda apresentam sérios problemas de abastecimento de água, coleta de lixo e precariedade das moradias. Essas características, somadas a elementos culturais, econômicos e políticos, resultam na ocorrência de dengue nos 79 municípios do estado.

Em Mato Grosso do Sul, a circulação do vírus da dengue foi confirmada pela primeira vez em 1987, quando foi isolado o sorotipo 1 em Campo Grande (CUNHA et al, 1996). No entanto, a primeira epidemia ocorreu apenas em 1990, ano em que foram notificados 9.757 casos de dengue, a maioria em Campo Grande. Em 2013, o estado de Mato Grosso do Sul registrou a maior epidemia de sua história, com 102.026 casos notificados.

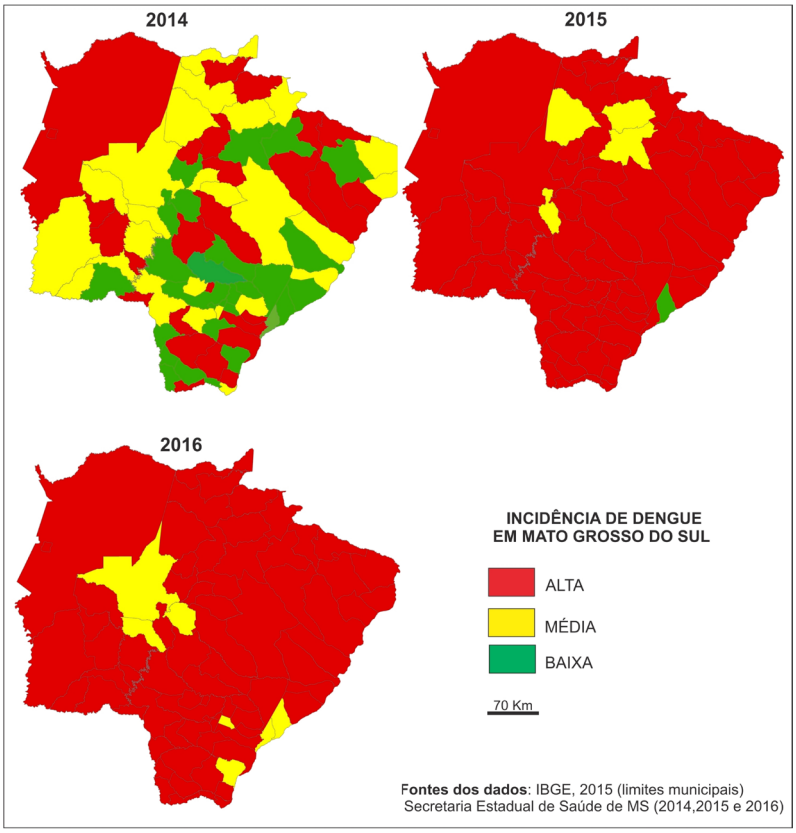
O Ministério da Saúde padroniza três níveis de casos notificados conforme o risco representado à saúde pública. As taxas de incidência são calculadas utilizando os números absolutos de casos suspeitos, divididos pela população residente de cada município e multiplicando por 100.000. Assim, considerando a quantidade de casos por cada 100 mil habitantes, os municípios são classificados como de incidência: a) baixa, inferior a 100 casos; b) moderada, entre 100 e 300 casos, e; c) alta, acima de 300 casos (BRASIL, 2008).

A última semana de cada ano epidemiológico registrado no Boletim Epidemiológico da dengue no estado de Mato Grosso do Sul revelou dados alarmantes. Tendo por base os três anos mais recentes, o estado apresentou 35,44% dos seus municípios enquadrado como alta incidência de dengue em 2014. Os anos seguintes foram ainda piores: 93,67% (em 2015) e 91,14% (em 2016) dos municípios foram enquadrados como de alta incidência (MATO GROSSO DO SUL, 2014, 2015, 2016). O mapa 2 apresenta a disposição geográfica da dengue nos municípios do sul-mato-grossenses nesses anos.

Observa-se que a alta incidência de dengue aparece em quase todos os municípios do estado. Como já apontado, a melhor forma de

enfrentamento da doença é o combate ao mosquito transmissor, eliminando possíveis criadouros. Nos municípios fronteiriços, os elementos culturais, como língua e costumes, traduzem-se em desafios para a eficácia do alcance das informações sobre a dengue e principalmente para as mudanças de comportamento para combate ao vetor.

Mapa 2 - Casos dengue notificados segundo o percentual da população, por municípios do estado de Mato Grosso do Sul: 2014 – 2016.



Elaboração: autores, 2017.

Mato Grosso do Sul tem seu território localizado em duas fronteiras internacionais do Brasil: com a Bolívia e com o Paraguai. Possui 44 municípios (55,70%) localizados na faixa de fronteira (150 km do limite internacional). Desses, 12 são fronteiriços, ou seja, têm suas terras em

contato direto com a dos países vizinhos: Mundo Novo, Japorã, Paranhos, Sete Quedas, Coronel Sapucaia, Aral Moreira, Ponta Porã, Antônio João, Bela Vista, Caracol, Porto Murtinho e Corumbá. Apenas este último está na fronteira com a Bolívia.

Nem todos esses municípios estabelecem interações fronteiriças cotidianas. Apenas 7 são considerados cidades gêmeas: Bela Vista, vizinha de Bella Vista Norte (Paraguai); Coronel Sapucaia, ao lado de Capitán Bado (Paraguai); Corumbá, ao lado de Puerto Quijarro (Bolívia); Mundo Novo vizinha de Salto del Guairá (Paraguai); Paranhos, com Ypejhú (Paraguai) próximo ao limite; Porto Murtinho, vizinha de Capitán Carmelo Peralta (Paraguai); e Ponta Porã, que fica ao lado de Pedro Juan Caballero (Paraguai).

O Ministério da Integração Nacional definiu as cidades gêmeas no artigo primeiro da Portaria nº 213, de 19 de julho de 2016, nos seguintes termos:

> [...] municípios cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho, assim como manifestações "condensadas" dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania (BRASIL, 2016b).

No estado de Mato Grosso do Sul os municípios considerados cidades gêmeas se caracterizam por apresentar, com exceção de Corumbá e Ponta Porã, populações entre 10 e 25 mil habitantes, com crescimento demográfico pouco significativo. Corumbá e Ponta Porã são também os municípios com a maior oferta de serviços do comércio, do setor bancário, contábil e de saúde dessa porção da fronteira brasileira. As relações de fronteira e os elementos culturais traduzem ambos os lugares em potencial para o turismo de compra nas cidades vizinhas boliviana e paraguaia, respectivamente. Além disso, formam com as cidades lindeiras aglomerações urbanas

de 150 a 200 mil pessoas, marcadas por intensas mobilidades humanas cotidianas.

Os discursos dos sujeitos coletivos sobre o enfrentamento da dengue na fronteira

Os resultados quantitativos serão apresentados na forma de tabelas. Para os resultados qualitativos serão apresentados os discursos dos sujeitos coletivos (DSC) das categorias mais lembradas entre os pesquisados. Ao analisar os discursos, percebeu-se a necessidade de separar os profissionais de saúde em dois grupos: a) agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemias e técnicos da vigilância epidemiológica e; b) enfermeiros e médicos.

A partir das respostas dos agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemias e técnicos da vigilância epidemiológica de Corumbá e de Ponta Porã obteve-se um conjunto de ideias centrais que evidencia o fato de ser fronteira como fator complicador para o controle da dengue no seu município. Apenas 7,4% das categorias de discurso em Corumbá e 3% em Ponta Porã não sinalizaram a fronteira como um problema. Na Tabela 1 são apresentadas as ideias centrais agrupadas em 11 categorias formadas a partir dos discursos e a proporção obtida para cada uma delas.

Tabela 1 - Distribuição das ideias centrais formadas a partir das respostas dos Agentes Comunitários de Saúdes, Agentes de Controle de Endemias e Técnicos da Vigilância Epidemiológica segundo categorias, Corumbá e Ponta Porã, 2017.

Categorias	Corumbá		Ponta Porã	
	N.	%	N.	%
Sim. Porque no país vizinho não há controle da dengue	61	37,0	49	48,5
Sim. Por causa do fluxo de pessoas	44	26,7	17	16,8
Sim. Por ser uma fronteira aberta	17	10,3	9	8,9
Sim. Porque o país vizinho não possui estrutura adequada para combater a doença	14	8,4	7	6,9
Sim. Por causa dos diferentes sistemas políticos	3	1,8	10	9,9
Sim. Porque falta um trabalho conjunto entre os dois países	5	3,0	4	4,0
Sim. Por causa das diferenças culturais	5	3,0	2	2,0
Não. Porque o próprio morador não faz sua parte	6	3,7	-	-
Não. Porque nós fazemos nosso trabalho	6	3,7	-	-
Sim. Porque dificulta a busca ativa dos casos de dengue	4	2,4	-	-
Não. Porque um país ajuda o outro	-	-	3	3,0
Total	165	100	101	100

Organização: autores, 2017.

Observa-se que, tanto em Corumbá como em Ponta Porã, a maioria dos pesquisados acredita que o fato de estar na fronteira dificulta o controle da dengue, pois não existe esse controle no país vizinho (Quadro 1). Percebe-se que os discursos são praticamente iguais, mudando apenas o país de referência.

Quadro 1 - DSC - Sim. Porque no país vizinho não há controle da dengue.

Agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemias e técnicos da vigilância epidemiológica de Corumbá	Agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemias e técnicos da vigilância epidemiológica de Ponta Porã

Sim. Porque, infelizmente, no país vizinho não existe controle, ou melhor, programa de controle da dengue. A Bolívia não vê a dengue como prioridade. Eles não trabalham com prevenção; eles nem têm acesso à saúde pública, utilizam a nossa. Nós intensificamos o controle, porém o vizinho não faz. Muitas vezes os ACE têm que ir lá para ajudá-los a combater o mosquito. Eles não têm estratégias de combate ao vetor e nem orientam a população. Eles não fazem o controle no seu país e isso dificulta o controle na nossa região.	Sim. No Paraguai não há controle e o mosquito pode atravessar. Do lado de lá, a participação da população e do poder público é quase zero. O trabalho de combate ao vetor no país vizinho não é tão eficiente como do nosso lado. Muitas ações são realizadas aqui e do outro lado da fronteira não. Aqui no Brasil, faz-se o controle e a prevenção e lá no outro país não. Lá não há um setor de endemias e a gente tem que fazer o controle nos dois países. Precisa haver ações dos dois lados, pois o mosquito não respeita a fronteira.

Organização: autores, 2017.

A segunda resposta mais lembrada, em ambos os municípios, foi alusiva aos fluxos. A porosidade e permeabilidade da fronteira são vistas como um risco à saúde dos nacionais, conforme discutido por Peiter (2005; 2007) e Giovanella et. al. (2007). Nota-se, como no primeiro caso apresentado, muita semelhança entre os discursos, apesar de ser outra fronteira, outra complexidade territorial (Quadro 2).

Quadro 2 - DSC – Sim. Por causa do fluxo de pessoas.

Agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemias e técnicos da vigilância epidemiológica de Corumbá	Agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemias e técnicos da vigilância epidemiológica de Ponta Porã
Sim. Porque há um fluxo muito grande de pessoas que transitam diariamente, tanto do Brasil para a Bolívia como de lá para cá. O fluxo de bolivianos é muito grande aqui. Muitas pessoas vêm da Bolívia com a doença e lá não tem tanto cuidado quanto aqui. A área de fronteira proporciona a circulação de doenças em nossa cidade, pela rotatividade de pessoas que atravessam essa fronteira. Corumbá é uma rota de passagem onde entram e saem pessoas de vários locais. Isso dificulta o controle da doença.	Sim. É por causa do fluxo de pessoas. Acontece porque há muitas pessoas que moram no município vizinho e passam sempre por aqui. Há também muitos turistas vindos de vários lugares. É uma área onde o fluxo de pessoas é muito grande, por ser fronteiriça.

Organização: autores, 2017.

Não houve coincidência com a terceira categoria mais importante das ideias centrais dos agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemias e técnicos da vigilância epidemiológica de Corumbá e de Ponta Porã. Em Corumbá prevaleceu a categoria "Por ser uma fronteira aberta", que em Ponta Porã foi a quarta mais mencionada. Naquele município a terceira categoria mais relevante foi "Por causa dos diferentes sistemas políticos", que em Corumbá foi muito pouco significativa.

O DSC – "Sim. Por ser uma fronteira aberta" dos agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemias e técnicos da vigilância epidemiológica de Corumbá foi o seguinte:

> Sim. Porque é uma fronteira aberta e isso acaba facilitando a transmissão de alguma doença. Não há como controlar a entrada das pessoas e dos vetores na cidade. Os bolivianos têm livre acesso à nossa cidade e muitas vezes eles vêm pra cá já doentes, o que aumenta o risco da gente também pegar a doença. A fronteira seca facilita o trânsito de pessoas e animais.

O DSC – "Sim. Por causa dos diferentes sistemas políticos", foi construído pelos agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemias e técnicos da vigilância epidemiológica de Ponta Porã nos seguintes termos:

> Sim, porque a gente não conhece a política do outro lado da fronteira. Isso dificulta para o município, pois cada país tem suas normas. A gente não controla as informações do país vizinho. Não se sabe o método de trabalho deles, ou seja, não tem mapeamento da área... Isso tudo influencia para uma boa ação. Não temos ideia do plano de trabalho deles. Eles têm diferentes formas de controle, de incentivo financeiro e tem diferentes políticas de saúde. Eu não sei como os paraguaios trabalham no combate da dengue. É difícil, né? A gente não sabe como é o controle de vetores no outro lado.

O fato de ser uma fronteira aberta também apareceu de forma destacada nos discursos dos agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemias e técnicos da vigilância epidemiológica de Corumbá e de Ponta Porã. Dentre os grupos este foi o único, apesar de pequena

representação percentual das categorias, que teve uma parcela dos discursos não atribuindo culpa à fronteira pelos problemas de controle da dengue. Os enfermeiros e médicos e os gestores foram unânimes em perceber dificuldades de controle das doenças em razão de estarem em um município de área de fronteira.

Destaca-se a diferença de discursos para aqueles que não veem a fronteira como um problema. Em Corumbá observaram-se categorias "Não. Porque o próprio morador não faz sua parte" e "Não. Porque nós fazemos nosso trabalho". Em Ponta Porã, a categoria foi "Não. Porque um país ajuda o outro". Essas diferenças podem encontrar explicação nas distâncias entre as cidades. Provavelmente, o fato de Corumbá não possuir uma contiguidade espacial com Puerto Quijarro possa induzir a crença de que garantindo o controle desse lado o risco fica anulado. O mesmo não se verifica em Ponta Porã.

Os enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família de Corumbá e Ponta Porã apresentaram uma visão diferente dos demais profissionais de saúde, quanto à categoria de discursos mais importantes ao considerar a fronteira no controle da dengue. Na Tabela 2 são apresentadas as ideias centrais agrupadas em cinco categorias formadas a partir dos discursos e a proporção obtida para cada uma delas.

Tabela 2 - Distribuição das ideias centrais formadas a partir das respostas dos Enfermeiros e Médicos da Estratégia Saúde da Família segundo categorias, Corumbá e Ponta Porã, 2017.

Categorias	Corumbá		Ponta Porã	
	N.	%	N.	%
Sim. Por causa do fluxo de pessoas	13	33,3	5	25,0
Sim. Porque o país vizinho não possui estrutura adequada para combater a doença	7	18,0	6	30,0
Sim. Porque dificulta a busca ativa dos casos de dengue	9	23,1	3	15,0
Sim. Por causa dos recursos gastos com estrangeiros	6	15,4	4	20,0
Sim. Por causa das diferenças culturais	4	10,2	2	10,0
Total	39	100	20	100

Organização: autores, 2017.

O DSC – "Sim. Por causa do fluxo de pessoas" foi a categoria mais destacada entre os médicos e enfermeiros de Corumbá e, em Ponta Porã, foi a segunda mais lembrada. A ideia de que a livre circulação de pessoas pela fronteira dificulta o controle é evidente nos discursos dos grupos entrevistados e aproxima consideravelmente um do outro (Quadro 3). Essa forma de percepção do cotidiano corrobora as observações de Peiter (2007), já tratadas anteriormente, para quem a mobilidade humana pela fronteira é, ao mesmo tempo, uma estratégia dos fronteiriços e um problema para a vigilância em saúde.

Quadro 3 - DSC - Sim. Por causa do fluxo de pessoas

Enfermeiros e médicos de Corumbá	Enfermeiros e médicos de Ponta Porã
Dificulta porque tem bastante fluxo de gente, tanto indo quanto vindo. Os bolivianos entram aqui como se fosse outro bairro; as pessoas vão e vêm quando querem, às vezes duas, três vezes por semana e tem muita gente da Bolívia que trabalha aqui. Como é entrada para o Brasil, também há muitos turistas e nesse pessoal é mais difícil de chegar, é uma população flutuante. Essas pessoas não acompanham o problema da dengue. Elas estão de passagem, não têm essa responsabilidade. Eu sempre digo nas reuniões que a gente não pode pedir passaporte para o mosquito, não tem como. É muito difícil controlar.	Sim. É muita gente que vai daqui pra lá e de lá pra cá. Por causa dessa movimentação de brasiguaios a transmissão é muito maior. Aqui a gente tem muitos estudantes que fazem medicina no Paraguai e eles vão e voltam todos os dias. A gente trata de ter o controle aqui, mas esse pessoal que vai e volta pode adquirir a dengue lá e trazer pra cá. Isso não acontece só com a dengue, não. É complicado!

Organização: autores, 2017.

O DSC – "Sim. Porque o país vizinho não possui estrutura adequada para combater a doença" é a principal categoria de discursos dos enfermeiros e médicos de Ponta Porã e a segunda dos de Corumbá. São discursos muito parecidos, baseados no entendimento de que na Bolívia e no Paraguai não existem políticas públicas voltadas para a saúde, nem para o enfrentamento da dengue (Quadro 4). Em ambos os discursos é evidenciada a necessidade de ajuda dos brasileiros para que funcione

minimamente o controle de vetores de doença. É a fronteira sendo vista como espaço de alteridade (ALBUQUERQUE, 2010).

Quadro 4 - DSC - Sim. Porque o país vizinho não possui estrutura adequada para combater a doença.

Enfermeiros e médicos de Corumbá	Enfermeiros e médicos de Ponta Porã
Sim, porque lamentavelmente a Bolívia não é atendida pelas autoridades de saúde. Eu acho que o trabalho daqui é melhor, porque tem agente de endemias, agente de saúde, programas da dengue e lá não tem. As condições de saneamento básico são muito precárias também. Não tem agente de endemias que faz campanhas quando há uma epidemia. Eles não têm esse mesmo compromisso com a saúde pública que a gente tem, tanto na questão da dengue quanto na de outras doenças, como raiva e leishmaniose. Quem vacina os cachorros e os gatos de lá é Corumbá, não por bondade, mas para evitar que as doenças cheguem aqui.	Sim. O Paraguai não tem políticas públicas de saúde. Lá do outro lado tem muito a avançar em relação às campanhas de prevenção e manejo da dengue, por isso eles vêm fazer o atendimento aqui. Os paraguaios têm dificuldade, pois não têm agentes comunitários e os agentes de endemias são poucos. Se não são os agentes de Ponta Porã ajudar, não funciona. A fronteira dificulta bastante, acredito que é necessário que haja mais recursos humanos para desenvolver um serviço melhor.

Organização: autores, 2017.

A segunda categoria de discursos mais relevante dos enfermeiros e médicos de Corumbá foi "DSC - Sim. Porque dificulta a busca ativa dos casos de dengue", pronunciado nos seguintes termos:

> Acredito que sim e bastante. Tem gente que vem com dengue e você não sabe dizer se adquiriu aqui ou se a dengue veio da Bolívia para cá. A gente não consegue achar esse paciente, ele paciente vem, é atendido e diagnosticado com dengue e some, volta para o país dele e depois aparece ou não aparece nunca mais. Os bolivianos dão o endereço daqui para serem atendidos, eles pegam uma casa por modelo e dizem que todos moram ali. Quando a gente vai atrás desse paciente não o encontra, o endereço é falso. Isso dificulta o controle da dengue. Você não sabe de onde ele pegou dengue para fazer um controle, daí ficamos sem saber de onde surgiu o foco. É uma série de coisas que a gente precisaria conhecer como se pegou

> em Corumbá, onde pegou, há quanto tempo que pegou, se melhorou. Eles somem e o acompanhamento fica difícil.

Quando se analisa o DSC dos entrevistados de Ponta Porã se percebe que não existe diferença no conteúdo das falas, apenas no grau de importância das ideias centrais. Em Ponta Porã essa categoria ficou em quarto lugar. A terceira mais relevante foi o "DSC - Sim. Por causa dos recursos gastos com estrangeiros", assim narrado:

> Dificulta. A maioria que mora lá tem documentos brasileiros, então eles vêm pra cá para serem atendidos. Eles consultam aqui; usam nosso sistema de saúde. O município não recebe para atendê-los, mas temos que atender essa população. Daí a gente precisa de mais materiais, mais insumos para poder fazer esse atendimento. Muitas vezes os próprios brasileiros são prejudicados. Dificulta o atendimento.

Essa categoria ficou como a quarta mais importante para o pessoal de Corumbá. Repetem basicamente o mesmo discurso em relação ao atendimento dos bolivianos, destacando os custos e o tempo de trabalho como principais problemas evocados pela fronteira. Os discursos que trazem os elementos da cultura como responsáveis pelas dificuldades de enfrentamento da dengue nos municípios fronteiriços foram os menos importantes do ponto de vista quantitativo.

Dentre os grupos entrevistados, os gestores foram os que apresentaram maiores discordâncias quanto à qualificação da principal categoria de influência nos resultados das ações de prevenção e controle de doenças na fronteira. Muito provavelmente, esse resultado ocorre em função do número reduzido desses indivíduos em comparação aos demais. Na Tabela 3, são apresentadas as ideias centrais agrupadas em quatro categorias formadas a partir dos discursos e a proporção obtida para cada uma delas.

Tabela 3 - Distribuição das ideias centrais formadas a partir das respostas dos gestores segundo categorias, Corumbá e Ponta Porã, 2017.

Categorias	Corumbá		Ponta Porã	
	N.	%	N.	%
Sim. Por falta de recursos específicos	3	33,3	3	42,9
Sim. Porque dificulta a busca ativa dos casos de dengue	-		4	57,1
Sim. Por ser uma fronteira aberta	3	33,3	-	
Sim. Por causa dos diferentes sistemas políticos	3	33,4	-	
Total	9	100	7	100

Organização: autores, 2017.

Os gestores de Corumbá encontraram a mesma ordem de importância para três categorias de discursos: a falta de recursos específicos para atuar em fronteira, o fato de ser uma fronteira aberta e a diferença de sistemas políticos entre as bandas territoriais componentes da fronteira. Apenas o primeiro deles também esteve nos discursos dos gestores de Ponta Porã, como a segunda categoria mais importante. A primeira foi a dificuldade de busca ativa dos pacientes.

O DSC – "Sim. Por falta de recursos específicos" dos gestores de Corumbá e de Ponta Porã são muito próximos (Quadro 5). O primeiro é menos detalhado, com foco na população boliviana que se soma à corumbaense, tanto nas práticas preventivas como assistencialistas. O segundo é mais rico em detalhes, relatando a dificuldade do enfrentamento das epidemias no lado paraguaio. Neste caso, ficam evidentes as amarras das jurisdições territoriais que limitam o uso dos recursos humanos e financeiros ao território. Dessa forma o gestor se vê na difícil tarefa de decidir entre o risco de má aplicação dos recursos públicos e suas contas glosadas pelos órgãos de auditorias fiscais e ajudar o vizinho a enfrentar uma epidemia, pois disso pode resultar a proteção de sua própria população.

Quadro 5 - DSC - Sim. Por falta de recursos específicos.

Gestores de Corumbá	Gestores de Ponta Porã
Sim. Por causa do orçamento, que é a maior dificuldade. Eu vejo a necessidade de um recurso financeiro específico para a área de fronteira. Tem que ser diferenciado, não pode ser igual a todos. O nosso SUS abraça todo mundo, porém os recursos nem sempre vêm nessa amplitude, então a gente acaba tendo que arcar realmente com o país vizinho, tanto na prevenção quanto na assistência. Isso dificulta muito.	O recurso é pouco quando a gente soma as duas cidades. Torna-se pouco porque ele é baseado somente para a população aqui. Para município de fronteira deveria haver uma verba específica porque o repasse é pouco. É um recurso difícil de se utilizar. É difícil gastar dinheiro público hoje. É muita burocracia. Quando tem uma epidemia do outro lado a gente precisa se preparar, então a gente precisa daquele recurso imediato para utilizar, gastar, comprar, e a gente não consegue. A gente sofre bastante. Então as dificuldades vão ser sempre essas em relação ao financeiro.

Organização: autores, 2017.

A implementação e efetivação do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras), proposto pelo governo brasileiro em 2004, poderia resolver essas inconformidades. O Programa tinha "os objetivos de promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteiras e contribuir para a organização e fortalecimento dos sistemas locais de saúde" (BRASIL, 2004). Sua adoção no país poderia permitir uma distribuição mais justa de recursos para os municípios fronteiriços a partir do conhecimento da real população atendida e de suas demandas.

As outras duas categorias de discursos mais importantes dos gestores de Corumbá sinalizam para o fato da fronteira ser aberta, facilitando o fluxo de pessoas e por conta das diferenças políticas e de procedimentos dos gestores da saúde fronteiriça.

O DSC – "Sim. Por ser uma fronteira aberta", foi expressado pelos gestores de Corumbá da seguinte maneira:

> A maior dificuldade é essa fronteira aberta. A circulação de bolivianos aqui na nossa cidade é muito grande. Temos a feira que é diária, então essa população flutua, ela entra e sai da fronteira todos os dias trazendo as doenças. Por dia entram mais de 1500 pessoas aqui. E

> você vê gente entrando por todos os lados. É uma dificuldade não haver esse controle.

O DSC – "Sim. Por causa dos diferentes sistemas políticos" foi descrito nos seguintes termos pelos gestores de Corumbá:

> As normativas são diferentes. A gente encontra barreira de fazer o trabalho. Se a política fosse a mesma e se fossem adotados os mesmos procedimentos seria muito melhor, mas é país diferente e as políticas e normas são diferentes. Seria interessante haver um calendário único para as ações de saúde. A mesma política de cuidado e prevenção tem que ser adotada nos dois lados.

A categoria de discurso mais importante destacada pelos gestores de Ponta Porã foi o DSC – "Sim. Porque dificulta a busca ativa dos casos de dengue". A dificuldade de acompanhamento dos pacientes com residência no outro lado da fronteira está no medo deles em revelar seu endereço. Isso afeta não apenas o combate adequado ao foco da doença, mas também os números de pacientes verdadeiramente atendidos, conforme DSC:

> A gente vivencia muitos impasses, muitos indicadores que a gente acaba deixando de cumprir ou deixando de ter uma assistência completa, principalmente no acompanhamento dos paraguaios que são atendidos aqui. Eles têm receio de passar o endereço real. A gente não consegue acompanhar esse paciente nem bloquear o foco da dengue. A gente tem uma rotatividade de endereços muito grande que não consegue dar continuidade e acompanhamento a essas pessoas. Quando eles dão o endereço certinho a gente entra em contato com o pessoal do Paraguai para fazer o acompanhamento lá, mas isso é muito difícil.

Essas diferenças de posturas e práticas apontadas nos discursos dos três grupos entrevistados persistem pela falta de uma verdadeira integração entre os gestores fronteiriços. Não existe outra forma de enfrentamento dos seus problemas a não ser a cooperação (GIOVANELLA et al, 2007). Deve-se aproveitar estruturas já existentes, como os Comitês de Fronteira (comandados pelos cônsules) ou avançar para espaços mais representativos

e cooperativos, como conselhos, e pactuar ações em ambos os lados da fronteira (COSTA; SABATEL, 2014).

Considerações finais

Os discursos dos profissionais e dos gestores de saúde de Corumbá e de Ponta Porã, no estado de Mato Grosso do Sul, confirmam que os municípios localizados em área de fronteira não podem receber o mesmo tratamento dos governos estadual e federal que os demais localizados no interior do país. A fronteira influencia decisivamente nas práticas de controle e prevenção das doenças e na assistência em saúde. A conta não fecha: tem mais população a ser atendida do que os números de habitantes dessas unidades administrativas.

Apesar dos municípios estudados possuírem formação socioterritorial diferente e serem parte de fronteira brasileira com países distintos, os discursos dos grupos entrevistados se mostraram semelhantes, guardadas as especificidades do ambiente de atuação de cada um. Os agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemias e técnicos da vigilância epidemiológica de saúde valorizaram mais os problemas atinentes à prevenção e o controle; os médicos e enfermeiros, ao trabalho assistencial; e os gestores, à utilização dos recursos disponíveis e validação dos indicadores.

Por fim, conclui-se que qualquer município brasileiro situado em área de fronteira com assimetrias de oferta dos serviços de saúde em favor do território nacional contará com incursões cotidianas dos moradores vizinhos. São territorialidades (re)criadas a cada movimento novo das políticas públicas do país. É preciso diálogo territorial nas fronteiras e pactuação de ações de enfrentamento conjunto dos vetores de doenças. Também é preciso reconhecer as especificidades dos territórios fronteiriços e adaptar as políticas públicas para essas localidades.

Referências

ALBUQUERQUE, J. L. C. **A dinâmica das fronteiras**: os brasiguaios entre o Brasil e o Paraguai. São Paulo: Annablume, 2010.

AQUINO JÚNIOR, J. **A dengue na área urbana contínua de Maringá/PR**: uma abordagem socioambiental da epidemia de 2006/07. 2010. 190 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Setor de Ciências da Terra, Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR, 2010.

AUGUSTO, L. G. S. et al. Aedes aegypti control in Brazil. **The Lancet**, v. 387, n. 10023, p. 1052-1053, 2016.

BENEDETTI, A. Lugares de frontera y movilidades comerciales en el sur sudamericano: una aproximación multiescalar. In: COSTA, E. A.; COSTA, G.V.L.; OLIVEIRA, M.M.M. **Fronteiras em foco**. Campo Grande: Ed. UFMS, Série Fronteiras, p. 33-55, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Brasília, 2016a. Disponível em: <http:// http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Portaria n. 213, de 19 de julho de 2016. **Diário Oficial da União**, Seção 1, n. 138, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde**: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.120**, de 06 de julho de 2005.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. **Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira**. Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2004.

BRAVO, R. S. **Técnicas de investigación social**. 5. ed. Madrid: Paraninfo,1988.

CATAIA, M. A relevância das fronteiras no período atual: unificação técnica e compartimentação política dos territórios. **Scripta Nova**. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Barcelona, Universidad de Barcelona, 1 de agosto de 2007, v. XI, n. 245 (21).

COSTA, E. A. Os bolivianos em Corumbá-MS: construção cultural multitemporal e multidimensional na fronteira. **Cadernos de estudos culturais**, v. 4, n. 7, 2012, p. 17-33.

COSTA, E. A.; SABATEL, V. O. Mobilidades humanas e interações sociais entre comunidades rurais na fronteira Brasil-Bolívia. **Terr@Plural**, Ponta Grossa, v. 8, n. 1, p. 13-35, 2014.

CUNHA, R. V. et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos da epidemia de dengue em Mato Grosso do Sul (MS), 1995 - resultados preliminares. Goiânia, Brasil, **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 29, p. 52-3, 1996;

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FOUCHER, M. **Obsessão por fronteiras**. São Paulo: Radical Livros, 2009.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 Sup, 2: S251-S266, 2007.

GUBLER, D. The changing epidemiology of yellow fever and dengue, 1900 to 2003: full circle? **Comp. Immun. Microbiol. Infect. Dis.**, v. 27, p. 319–330, 2004.

IBGE. **Estimativas da população residente nos municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2016**: [notas metodológicas]. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Pesquisa de representação social**: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. 2. ed. Brasília: Liber Livro, 2012.

MATO GROSSO DO SUL. **Boletim Epidemiológico**, n. 47, Dengue – Semana 52 de 2016. Campo Grande: Superintendência Geral de Vigilância em Saúde, 2016.

MATO GROSSO DO SUL. **Boletim Epidemiológico**, n. 47, Dengue – Semana 52 de 2015. Campo Grande: Superintendência Geral de Vigilância em Saúde, 2015.

MATO GROSSO DO SUL. **Boletim Epidemiológico**, n. 50, Dengue – Semana 53 de 2014. Campo Grande: Superintendência Geral de Vigilância em Saúde, 2014.

MATO GROSSO DO SUL. **Atlas multirreferencial**. Campo Grande: Secretaria de Planejamento do Mato Grosso do Sul, 1990.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Dengue and dengue haemorraghic fever in the Americas**: guidelines for prevention and control. Washington: Organização PanAmericana de Saúde, 1997.

PEITER, P. C. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. **Cad Saúde Pública**; 23, Suppl 2: S237-50, 2007.

PEITER, P. C. **Geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio**. Rio de Janeiro: UFRJ/IGEO/PPGG, 2005. 314p. (Tese de Doutorado em Geografia).

REITER, P. et al. Texas Lifestyle Limits Transmission of Dengue Virus. Boston/USA, **Emerging Infectious Diseases**, v. 9, n. 1, p. 86-89, 2003.

STEIMAN, R.; MACHADO, L. O. **Limites e fronteiras internacionais**: uma discussão histórico-geográfica. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002. p. 1-16.

SORRE, M. Complexes pathogènes et géographie médicale. **Hygeia**, v. 2, n. 2, p. 2-14, 2006.

TAUIL, P. L. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. **Cad Saude Publica,** v. 18, n. 3, p. 867-871, 2002.

WHO. World Health Organization. Scientific Working Group. **Report on dengue** [Internet]. Geneva: WHO; 2016.

ZAVATINI, J. A. Dinâmica climática no Mato Grosso do Sul. Rio Claro: Associação de Geografia Teorética, **Geografia**, v. 17, n. 2, p. 65-91, 1992.

BRASIL E COLÔMBIA: HISTÓRIAS COMUNS NAS PRÁTICAS ESPACIAIS DE SAÚDE NO CAMPO

Julián Medina Naranjo
Universidade Estadual Paulista "Júlio Mesquita Filho" - UNESP

Ana Lúcia de Jesus Almeida
Universidade Estadual Paulista "Júlio Mesquita Filho" – UNESP

Pensar na saúde como um fator fundamental para garantir a vida não é uma ideia nova. Os seres humanos têm trabalhado em todas as culturas e civilizações para assegurar o bem-estar da sua própria população, e, dependendo das condições do território, os povos têm agido para sobreviver, o que acaba modificando a realidade de onde moram. Esses espaços acabam sendo modificados por processos econômicos, políticos, culturais ou demográficos, que, ao final, influenciam na saúde da população (GUIMARAES; PICKENHAYN; LIMA, 2014). Por isso, a importância de conhecer a realidade da população na hora de intervir nela com políticas ou programas.

Ora, quando se fala dos programas e serviços das comunidades do campo, pode-se observar um desconforto entre muitas das populações latino-americanas, que se sentem isoladas por viverem longe dos serviços de saúde eficientes, que, teoricamente, poderiam assegurar sua qualidade de vida. Isto é, os programas e projetos, que já não tiveram em conta suas realidades, agora nem chegam às suas regiões: acabam sendo ignorados e isolados (Coordinadora Latinoamericana de Organizaciones del Campo, 2010). Muitas destas populações parecem não estar conformadas com as propostas dos governos, e parece imperativo se perguntar: há programas específicos para atenção em saúde, dirigidos às populações do campo em países como Colômbia e Brasil, por exemplo? Caso existam, seria importante nos perguntar: esses programas estão sendo aplicados? E, finalmente: se estivessem sendo aplicados esses projetos, as populações os conheceriam

e teriam acesso a eles? As respostas podem ser inferidas no decorrer do artigo.

Nesse momento faz presença outro discurso muito frequente que aborda a necessidade das famílias do campo se desenvolverem e como estas comunidades precisam avançar. Neste caso os auxílios financeiros ou de alimentos ou serviços geralmente estão acompanhados por exigências de formação ou capacitação do grupo beneficiado, sob a bandeira do desenvolvimento. Mas nem sempre isso é possível. Seja pelas oportunidades ou pelas condições, algumas comunidades ficam esperando ajuda e serviços dos governos, de fundações, igrejas ou instituições, como agentes passivos, sem muita figuração. Por esta razão é preciso refletir sobre essa ideia de desenvolvimento, ou subdesenvolvimento, que é um conceito histórico e espacial e não apresenta uma única e estática definição. Trata-se de uma palavra nova, mas um conceito velho que tem evoluído, mudado e se transformado conforme as crenças e valores que regem uma sociedade durante um período de tempo (DUBOIS, 2011). Poderíamos talvez compreendê-lo melhor em relação a essa visão de futuro que cada sociedade propõe como fundamento para seu próprio coletivo. Esse destino traçado seria o projeto de desenvolvimento de cada comunidade.

O risco aqui é pensar em uma ideia dominante de desenvolvimento, pois, se cada sociedade tem seu próprio imaginário de futuro e com esses parâmetros avalia as outras sociedades, vemo-nos frente a um conceito de desenvolvimento linear no qual quem está fora da lógica de futuro do mais forte acaba sendo não desenvolvido ou subdesenvolvido. Nesse desenvolvimento unidimensional pensa-se em pontos de saída e chegada, começando o caminho num ponto, pouco ou nada desenvolvido, e buscando-se chegar à meta, ao nível de prosperidade. Com esta mentalidade se tomam decisões para que aqueles que não são possam um dia ser.

Tendo essa visão como norte, decidimos estudar algumas comunidades camponesas, para poder conhecer as suas práticas espaciais de saúde e analisar os discursos que as norteiam. Para isso, toma-se a decisão de trabalhar com uma comunidade camponesa no Brasil e uma na Colômbia, porque, além do fato de ser um projeto desenvolvido por um colombiano

numa universidade brasileira, as motivações atravessam as limitações de idioma e de distância. Colômbia e Brasil compartilham fronteira, história e muitos costumes. Os dois países da América do Sul têm a fortuna de serem cobertos pela Amazônia, o maior rio do mundo banhando seus territórios e costa no Atlântico. As duas nações estão na linha do Equador e possuem climas que sofrem ligeiras variações durante o ano. Na Colômbia as mais significativas alterações são produto da altitude, fruto da presença de montanhas da Cordilheira dos Andes, e no Brasil estas alterações são produto da impressionante extensão do seu território, que leva suas fronteiras até o Trópico de Capricórnio.

Porém, as similitudes vão além das características geográficas e climáticas. Colômbia e Brasil são os dois países com maior população afro-descendente da região. Segundo a ONU (2011), são mais de 24 milhões de jovens negros na América Latina, desses 47% estão no Brasil e 11% na Colômbia. Estes dois países também são os que têm mais comunidades indígenas: o Brasil, com 305, o maior número de comunidades da região, seguido pela Colômbia, com 102; depois deles estão o Peru, com 85, México, com 78, e Bolívia, com 39. Segundo este documento, muitas destas comunidades estão em risco de desaparecer cultural o fisicamente; no Brasil estão em risco 70 povos e 35 na Colômbia (ONU, 2015).

Outra característica que faz destes dois países uma dupla muito semelhante é sua diversidade biológica, ou, como foi definida na Declaração de Cancún (2002), sua Mega-Diversidade. Colômbia e Brasil são os dois primeiros dentre os 12 países mais ricos do mundo em recursos naturais, seja pela sua posição geográfica, sua diversidade de paisagens, seu isolamento, o tamanho do território, sua história evolutiva ou as suas culturas. Este grupo de países possui 70% da biodiversidade mundial, o que faz com que sejam territórios muito apetecidos para, como chamariam alguns, mega-projetos de desenvolvimento (Revista Mexicana de Biodiversidad, 2016).

Não obstante, a similaridade mais perigosa, triste e alarmante, é a que tem a ver com as desigualdades socioeconômicas. Toda a América Latina sofre desse mal: poucos têm tudo e muitos não têm nada. Segundo

o Banco Mundial, 10% dos indivíduos mais ricos recebem entre 40% e 47% do recurso, na maior parte da sociedade latino-americanas, enquanto 20% da população mais pobre só recebe entre 2% e 4%. (BANCO MUNDIAL, 2003). Segundo o resumo executivo do Banco Mundial, os países mais desiguais da região são Brasil, no primeiro lugar, seguido de Guatemala e Colômbia.

As desigualdades em educação, saúde, saneamento básico, serviços de água e luz, estão relacionadas, normalmente, com as diferenças de renda, segundo este documento do Banco Mundial. Porém, a saúde e os serviços de atenção, por exemplo, são normalmente assuntos da agenda dos governos, promessas de campanhas, e estão sempre no discurso dos políticos. Contudo, os povos latino-americanos, ainda, e apesar de tudo, sofrem uma "[...] desatenção em saúde para a população camponesa que continua sendo uma constante" (Coordinadora Latinoamericana de Organizaciones del Campo, 2010, p. 4, tradução nossa).

Procedimentos metodológicos

Os trabalhos de campo foram realizados em comunidades, territórios de luta pela terra, que ocupam um espaço geográfico. No Brasil, o Assentamento Bom Pastor, e na Colômbia, o *Resguardo Indígena del Kilómetro 7*. Esses espaços geográficos como cenários das práticas humanas (CORREA, 2007) permitiram entender os comentários, as referências e as falas dos entrevistados e das entrevistadas, pois os espaços carregam história ecológica, biológica, econômica, comportamental, cultural – em resumo, social – que inevitavelmente leva em si o conhecimento da saúde e da doença (ROJAS, 2003). A compreensão dessas questões antes de começar a pesquisa permitiu a escolha da entrevista semi-estruturada como ferramenta principal.

Esta técnica qualitativa de pesquisa com entrevista semi-estruturada exigiu um roteiro pré-estabelecido (SANTOS, 2006), com perguntas flexíveis que estimularam o diálogo e para que os participantes falassem sobre a sua percepção dos serviços na região, além da opinião que eles tinham

sobre a qualidade e o alcance das políticas públicas para o atendimento das necessidades de saúde de suas comunidades. As entrevistas forneceram informações sobre as fortalezas, fraquezas e oportunidades das experiências em atenção em saúde no campo colombiano e brasileiro, conseguindo, com estas noções, identificar os aprendizados que podem aportar uma para a outra e enxergar as práticas espaciais de saúde das comunidades.

As práticas espaciais são entendidas como ações localizadas num espaço, realizadas por atores sociais específicos, com o intuito de conseguir um objetivo pontual e não são, necessariamente, ordenadas ou metódicas; são ações que se distinguem por ter uma escala temporal restrita e por serem atos desenvolvidos individualmente (CORREA, 2009). São essas iniciativas pelas quais os povos conseguiram morar onde estão morando, o jeito que criam e recriam as identidades a partir da convivência e os lugares; a forma com que é legitimado o espaço, como se dividem os lugares, como se fazem as negociações interpessoais, como esse espaço pode se tornar motivo de conflitos ou motivo de luta. A construção de uma usina, de uma barragem, de uma avenida; a plantação de cana ou soja, ou qualquer outro produto, em terrenos próximos; a chegada de desterritorializados, de novos vizinhos de outras regiões; tudo faz com que as práticas espaciais mudem e se modifiquem. Tudo faz com que as práticas espaciais se alterem em diferentes níveis.

Quando se trata de saúde, as práticas espaciais adquirem mais força e importância. Não reage igual uma população que tem uma usina nas proximidades daquela que não conta com uma; nem uma comunidade que mora do lado da rodovia, de uma que mora longe. Não são as mesmas decisões que tomam as pessoas que têm um posto de saúde próximo daquelas que precisam de longas viagens para qualquer opção de atendimento médico. As práticas espaciais de saúde vão além das realidades da paisagem; as decisões das comunidades, no que têm a ver com a procura do bem-estar físico e mental, dependem das atividades culturais: religião, tradições locais, simpatias, programas de formação; das possibilidades econômicas: trabalho, comércio, turismo; e dos programas e projetos sociais

na região: agentes de saúde, agentes comunitários, projetos universitários, entre outros.

As práticas espaciais são, então, todas essas ações que as comunidades realizam para manter seu bem-estar e o objetivo do nosso projeto foi reconhecer essas práticas, nas comunidades escolhidas no Brasil e na Colômbia, analisando quanto são influenciadas pelas políticas públicas as tradições populares. Percebe-se como estas práticas mudam de acordo com o acesso aos serviços de saúde e refletindo sobre as fortalezas, fraquezas e oportunidades na conquista do acesso a serviços de saúde pelos movimentos sociais destes países. Porém, sob a nossa perspectiva era fundamental compreender a história, para perceber melhor os posicionamentos atuais, os discursos, as decisões e, no final, as práticas espaciais. Depois de nos contextualizarmos na história, prosseguimos em identificar a realidade no acesso ao serviço de atenção em saúde entrevistando os funcionários do setor de saúde nas comunidades para, finalmente, conhecer as opiniões da população, visando às ações que realizam para manterem-se saudáveis e se considerarem saudáveis.

As entrevistas semi-estruturadas foram a matéria-prima para a etapa acima da pesquisa através da Análise do Discurso. Cientes de que as palavras significam muito mais do que é dito, transcreveram-se as entrevistas e foi usado o TextSTAT, um programa de concordância criado para analisar recopilações de textos e conseguir listas de frequência de palavras e termos. A vantagem do programa consiste em permitir saber quantas vezes uma palavra é dita ou em quais contextos é usada. Olhando a frequência das palavras conseguimos definir um grupo de 'Palavras Significativas', que foram as mais repetidas durante as entrevistas. Com esta lista passamos a fazer combinações de palavras significativas ou grupos de palavras inter-relacionadas que chamamos de 'Campos Semânticos', para conseguir, finalmente, fazer uma análise dos depoimentos dos entrevistados, conectando a palavra significativa 'saúde' com os outros 'Campos Semânticos'. Foi este exercício que nos permitiu chegar aos temas apresentados neste artigo: 'Práticas de saúde e Identidade' e 'Práticas de saúde e Alteridade'.

Este artigo, então, apresenta a análise do percurso histórico dos serviços de atenção em saúde na América Latina, tão importante para nós como pesquisadores, pois permitiu entender como, porque e quando foram construídos alguns conceitos, de que forma algumas ideias foram implantadas e a razão pela qual ideias naturalizadas na atualidade começaram a serem empregadas. Essa análise nos permitiu formar uma visão de conjunto dos aspectos comuns que devem ser considerados no estudo de duas comunidades camponesas, no Brasil e na Colômbia, através da voz dos seus protagonistas com a exposição de algumas análises de discursos das palavras significativas e dos campos semânticos coletados nas entrevistas semi-estruturadas feita para o projeto de mestrado.

Direito à saúde na América: um percorrer histórico

Como anunciado anteriormente, acreditamos que, para começar qualquer análise, é necessário desenvolver uma visão de conjunto do contexto histórico a partir do qual o discurso é enunciado. Afinal, o presente, o que se faz como ação habitual, tem uma forte conexão com o passado individual e coletivo, que é arquitetado por palavras, ideias e juízos que usamos para enfrentar o mundo físico, psicológico e social. Os conceitos carregam história e entendemos que as práticas espaciais de saúde estão carregadas de conceitos: "parece doente", "tem boa saúde", "precisa de uma alimentação melhor", "isso não deve ser feito" – todos estes conceitos que, constantemente, são avaliados e deixam ver as práticas das comunidades.

Aquilo que é avaliado como bom tem que ser feito e o que é julgado de ruim precisa ser esquecido ou corrigido. Em algumas casas, a água é religiosamente fervida, em outras, quem tem sede pega da torneira para o copo; há famílias que proíbem as crianças de comerem assistindo televisão porque julgam ser péssimo para a digestão e outros pais não ligam para isso – até assistem à televisão juntos porque consideram um tempo importante de conexão familiar. As práticas espaciais de saúde de uma família estão carregadas de conceitos e mudam dependendo da história de cada um dos seus membros.

Se isso acontece num nível pequeno, como o familiar, pareceria claro pensar que acontece também num nível maior. As comunidades decidem o que deve ser feito, neste caso no que tem a ver com a saúde, dependendo do passado do coletivo. Por exemplo, as ideias que se tem de saúde ou de perigo de morte ou as ideias de bem-estar estão estreitamente ligadas com a história. Pensar que algo é bom e que algo é mau, decidir que uma coisa é melhor que outra ou que é saudável ou insalubre, são conceitos que movem práticas. Por esta razão precisamos entender o passado das comunidades para enxergar melhor o que está acontecendo e entender o motivo de algumas práticas.

Neste sentido, alguns fatos podem nos fazer pensar que o costume de opor conceitos para conseguir entender mais facilmente o mundo pode ter sido a maior e mais forte das heranças da Europa. Não estamos falando das ideias de dualidade, que estão presentes em várias outras civilizações, como as do Oriente e mesmo as culturas pré-colombianas, mas estamos nos referindo às dicotomias, a essa visão maniqueísta onde o mundo está composto, basicamente, entre: o bem, representado pelo 'Reino da Luz' e todas as coisas que a ele pertencem, e o mal, simbolizado pelo 'Reino das Trevas' e onde se encontram todas as coisas que não são toleráveis para o outro reino (BASCOPÉ, 2001).

Embora essas ideias não tenham sido exclusivas da Europa, foi esse povo que as instituiu, fortemente, na nossa cultura. A influência europeia existente em nosso continente nos leva a usar essa lógica para entender o mundo, escolhendo uma de duas alternativas como a mais correta. A sociedade americana cresce e caminha ainda no meio de duas forças: o bem e o mal; ricos e pobres; brancos e negros; civilização e atraso; campo e cidade; capitalismo e socialismo. É como se a dualidade tornasse o mundo mais compreensível, que eleger uma de duas opções reduzisse as possibilidades e facilitaria julgar a realidade. Passa despercebida a ideia de que entre a cor branca e a cor negra existem muitos entretons de cinza; que entre o bem e o mal há uma infinidade de interpretações; que entre a cidade e o campo há uma multiplicidade de territórios.

Antes da chegada dos europeus, nas comunidades pré-colombianas, por exemplo, a dicotomia vida-morte tinha uma concepção muito diferente. Para várias das comunidades andinas a morte não era uma tragédia, nem mesmo uma força oposta à vida, aliás, a morte fazia parte da vida. Bascopé (2001) afirma que a morte, na cosmologia andina, jamais tem representado o fim ou a terminação dos seres, mas é a continuidade, uma sequência do ser no todo da existência e do universo. Este constante movimento entre vida e morte faz com que a concepção de saúde tenha mais a ver com o bem-estar e com o bem-viver.

A ideia de saúde também mudou com a colonização europeia e, com o decorrer dos anos, aumentou a ideia de saúde como ausência de doença. Foram realizados programas, estabelecidos projetos e definidas políticas públicas para normatizar a saúde e as suas práticas. Os povos tradicionais americanos foram ensinados pelos pretensos detentores do "conhecimento verdadeiro". Os antigos povos americanos ficaram do "lado fraco" das dicotomias, considerados como os pobres, os atrasados, que precisavam aprender com os ricos e civilizados e povos europeus. As práticas espaciais de saúde em territórios onde atualmente estão localizados o Brasil ou a Colômbia claramente se transformaram e foram influenciados por estas mudanças ao longo dos séculos.

É imperativo para nós começar a história em tempos pré-colombianos, antes do estabelecimento das fronteiras que hoje conhecemos e que configuram o atual território brasileiro e colombiano, onde procuraremos nos localizar. Seria um erro e um insulto para a história do nosso continente começar a análise com a chegada de portugueses e espanhóis, como se ainda nossa compreensão do mundo fosse eurocêntrica. Antes da chegada de Colombo, o mundo desconhecido para eles já tinha uma história e um caminhar de séculos; seguramente tinham conseguido avanços e certamente já tinham construído relações e processos para suas práticas espaciais de saúde.

A saúde como "ausência de doenças" frente à saúde como "bem-estar"

Quando os estrangeiros chegaram às terras que posteriormente chamaram de terras americanas, houve o primeiro choque de duas dicotomias nestas latitudes: *Velho vs. Novo*. A história deste continente se dividiu. Muitas eram as comunidades e eram muito variadas. Para uma melhor compreensão, e fazendo uso das chamadas dicotomias, poder-se-iam dividir em dois tipos: A) as pequenas comunidades com um tipo de comunismo primitivo, como era o caso dos Mapuches, Tupis e Guaranis localizados nos territórios que hoje são brasileiros, e as comunidades Calima, Muisca e Tayrona, nas terras que hoje fazem parte da Colômbia – onde a economia se baseava no trabalho e na força produtiva das terras. Eram comunidades pequenas, familiares, que geralmente não tinham classes sociais, onde a divisão das tarefas era feita por gênero, ficando a agricultura para as mulheres e as tarefas como a caça ou produção artesanal para os homens. Estes povos viviam essencialmente da pesca, da caça e da coleta, com algumas exceções (como o caso de alguns povos do atual território colombiano, que também eram comerciantes de produtos artesanais). B) as grandes civilizações, caso dos Incas, Maias e Astecas; organizados em comunidades igualitárias, articuladas com estados centralizados, submetidas a um estado onde a população pagava impostos e trabalho excedente. Estes povos, além do trabalho agrícola, tinham comércio e tecnologias vinculados à mineração (BETHELL, 1990).

Segundo Bascopé (2001), para muitas destas comunidades as doenças significavam uma perda do equilíbrio entre as variadas influências da vida; nada acontecia por casualidade, nem mesmo a morte, pois acreditavam que uma força sobrenatural dominava a vida dos homens. E aqui, como para as outras grandes civilizações antigas do mundo, as funções do médico, do sacerdote e do feiticeiro, normalmente eram desempenhadas pela mesma pessoa.

Com a chegada dos espanhóis, no dia 12 de outubro de 1492, e dos portugueses, no dia 22 de abril de 1500, essa concepção de saúde começou

a mudar. A tradição, que era uma mistura de religião, magia e alquimia, e que lutava contra os males que os deuses enviavam aos homens, foi modificada. Foi trocada por ideias não muito distantes, já que os ensinamentos da cristandade, trazidos desde além do oceano, consideravam que as doenças eram produto do demônio. As crenças dos nativos foram jogadas no lado negativo da dicotomia *Bom vs Mau*, e muitas das práticas medicinais, terapêuticas ou de atenção foram lançadas para a clandestinidade, pois dentro dos costumes destes povos pré-colombianos usavam-se as plantas, os minerais e até os animais para sarar as enfermidades, que acreditavam ser produto de feitiços dos inimigos (BETHELL, 1990).

O povo do 'novo continente' – "novo" para os europeus, vale repetir – tinha uma velha história e uma antiga cultura. Algumas comunidades conseguiram documentar essas tradições graças à escritura, caso dos Maias, dos Incas e de outros que mantinham vivas suas tradições através da oralidade, como algumas comunidades encontradas pelos portugueses no atual território do Brasil e pelos espanhóis em grande parte do território colombiano. Muitas dessas memórias foram exterminadas no processo de conquista, sendo que, atualmente, grande parte do que se conhece dos indígenas do século XV da América do Sul é a partir da visão dos conquistadores, graças aos relatos dos viajantes europeus que chegaram a estas terras. Em *Historia General de las Indias* (GÓMARA, 1552), um religioso e cronista espanhol que nunca viajou para a América escreve um livro, com dados aportados pelos exploradores – entre eles Hernán Cortés, um dos maiores conquistadores espanhóis – onde se relatam algumas práticas médicas dos maias da época, expressando como os *piaches*, sacerdotes indígenas, curavam usando suas técnicas utilizando plantas, minerais e até animais. Mesmo que na atualidade se reconheçam alguns dos avanços em variados aspectos das comunidades pré-colombianas e se creia que estas civilizações eram bastante evoluídas, por exemplo, nos estudos astronômicos não era assim e no assunto da religião e das práticas médicas, as técnicas utilizadas no novo mundo, mais que outros aspectos, não eram muito bem vistas nem aprovadas pelos europeus, mas consideradas no mínimo como hereges e diabólicas. Estas ideias parecem estar presentes em algumas das

comunidades camponesas atuais, em que as tradições e o uso das plantas ainda fazem parte das práticas espaciais. Nestas comunidades algumas destas práticas são feitas em segredo, e quando alguém alheio à comunidade pergunta não se fala, porque ainda se mantém a ideia de que são práticas hereges e supersticiosas.

Muitas dessas tradições se misturaram com lendas e, com o tempo, viraram 'superstições de povos não civilizados'. O que não é lenda é o fato de que a realidade das práticas de saúde das grandes cidades americanas do século XVI não era muito diferente das europeias. Testemunha disso seria o mesmo conquistador Hernán Cortez, que reconhecia que as cidades maias eram tão civilizadas quanto as europeias porque "(...) há muita gente que, nas ruas, nas casas e nos mercados imploram aos ricos, como fazem os pobres na Espanha e em outros países donde há gente racional" (TODOROV, 1999, p. 152). Com essas afirmações começa então a dicotomia: *Civilização Vs. Atraso*.

Seria importante ressaltar, antes de começar, que os novos donos das terras, donos por direito de conquista, não teriam alcançado a vitória frente a grandes cidades se não tivessem a ajuda de algumas outras aliadas involuntárias, mais poderosas que a força da tecnologia das suas armas. Poder-se-ia pensar que as armas de portugueses e espanhóis fossem suficientes para lutar contra comunidades agrícolas americanas, e várias dessas comunidades, efetivamente, tiveram que fugir para não serem mortas. Porém, refletindo logicamente, teria sido fisicamente impossível para Pizarro a proeza de vencer um império enorme como os Incas, de Huayna Cápac; ou que Hernán Cortés, com um pouco mais de uma centena de homens e alguns cavalos, acabassem com o Montezuma e seu império Asteca. Para essa empreitada, os europeus tinham, além das armas, a varíola e o sarampo como aliados, parceiros involuntários e, seguramente, não intencionados, mas que contribuíram com o sucesso da conquista (GUERRA; TÉLLEZ, 1986).

A partir deste momento, segundo Mora e Alemañy (2001), tudo nas terras americanas começou a ser avaliado com o padrão europeu e, naturalmente, a linguagem, a religião e as práticas de saúde foram alvo da

intervenção civilizadora. Os séculos seguintes se caracterizam pela expansão comercial e marítima das nações europeias e pela conquista colonial. Frente a este panorama, a saúde dos povos e o cuidado do bem-estar das comunidades nos novos territórios não foram uma prioridade. A inexistente experiência dos nativos no atendimento das novas doenças impulsiona a construção de hospitais, tanto na América espanhola, quanto na portuguesa, principalmente nos portos e principais centros comerciais.

Essas estruturas reproduzem a lógica das cidades europeias, onde se usam prédios para a atenção de pessoas que devem ser isoladas dos outros – por exemplo, doentes com lepra ou outras enfermidades contagiosas (MORA; ALEMAÑY, 2001). No território dos portugueses esses prédios foram chamados de "Santa Casa", construídos a partir do século XVI, deixando a assistência dos pobres nas mãos da caridade cristã "[...] que abrigavam indigentes, viajantes e doentes" (SILVA, 2009, p. 26). Em alguns locais da coroa espanhola, a fundação de hospitais religiosos precedeu a institucionalização da beneficência (RAMÍREZ, 2002), que tinha a mesma ideia assistencialista que a caridade cristã, mas com instituições estatais, ou pelo menos controladas e fiscalizadas pelos governos, que desempenhassem essas atividades de bondade.

As independências subordinadas

Não se pode falar ainda de Brasil ou de Colômbia, enquanto Estados-Nação, senão até depois dos processos de independência. Até este momento a América Latina tinha dois grandes donos – Espanha e Portugal – sem contar as pequenas colônias francesas. Para a América espanhola a noção dominante foi de fragmentação do imenso território, onde a opção foi num primeiro momento dividir em dois vice-reinos: Nova Espanha, no norte, e Peru, no sul; e duas Capitanias Gerais: Yucatán e Nova Granada. Porém, o território ainda era muito grande e difícil de controlar, levando a coroa espanhola a fazer mais divisões e criar novos vice-reinos e capitanias. Foi dessa forma que a capitania de Nova Granada, atual Colômbia, virou vice-reino, e nasceu também o vice-reino de Rio de la Plata, atuais

Argentina, Bolívia, Uruguai e Paraguai, além das capitanias de Chile, Cuba, Venezuela e Guatemala. Na América portuguesa foram criadas capitanias hereditárias, mas esse sistema não deu certo porque a Coroa portuguesa assumiu diretamente o controle da sua colônia – por isso para o Brasil a ideia de unificação teve um sentido mais forte. Nesse contexto político e territorial começaram os processos de independência e a formação de Estados-Nação na América Latina. Na América espanhola, se produziram as fragmentações que resultaram em vários dos atuais países, e, na América portuguesa, a unificação que gerou o Brasil (BETHELL, 1990).

Na América portuguesa, as motivações pela independência provocaram revoltas da população e movimentos fortalecidos por grupos de escravos, e foi neste contexto que se começou a construção de uma perspectiva mais centralizada de um processo de independência. Poder-se-ia pensar que as oligarquias vislumbraram que só teriam o controle de um povo formado por negros e indígenas, com um Estado fortalecido e não dividido, lembrando que estava frente ao exemplo do Haiti (JAMES, 2000). Assim, o Brasil viveu um processo de independência diferente e planejada, em que se manteve a escravidão. Os serviços de saúde para esta época também sofreram mudanças. Para Roberto Machado (1978), o nascimento da saúde pública no Brasil se deu no século XIX, por conjunturas que distinguem esse período dos anteriores, como a chegada da família real portuguesa. Até esse momento, a saúde do Brasil Colonial era, praticamente, inexistente. O saneamento e os hábitos de higiene eram precários, não havia muitas noções de higiene pessoal; muitas vezes as mesmas fontes de água potável eram usadas para abastecimento das casas, para lavar roupa e como poço séptico, nada muito longe do que acontecia em grandes cidades como Londres ou Paris, no mesmo período. Todos estes fatores juntos contribuíam com os fedores e as doenças que castigavam as terras brasileiras da época.

Na Nova Granada, a reorganização pelas lutas de independência levou a priorização da atenção às pessoas com sequelas; a beneficência foi uma das ferramentas para atender os pobres e os conventos menores confiscados à Igreja foram usados para esses propósitos. Reconstruíram-se vários

hospitais para pobres e, segundo Ramírez (2002), só as crianças abandonadas, os mendicantes e os doentes mentais, ou pessoas com enfermidades degenerativas, permaneceram sendo responsabilidade da Igreja. A jovem e independente República da Nova Granada, conformada pelos posteriores países de Colômbia e Panamá, seguiu mantendo a dependência, conservando as dinâmicas de exploração, só que agora não para uma metrópole. Para as potências dominantes do momento – Inglaterra e Estados Unidos – a saúde da população camponesa, indígena e negra seguiu sendo importante somente quando afetava a produtividade ou interferia na produção. Igualmente ocorreu nas outras nações

> [...] a independência não modificou substancialmente a matriz produtiva, [...] continuaram mantendo o mesmo negócio "sob nova direção". [...] Na prática, o setor local mais beneficiado era o da burguesia exportadora, comercial ou proprietária de terras nas que se produzia para exportar (ADOUE, 2010, p. 68).

A ideia de saúde era definida basicamente a partir da ausência de doença, e a beneficência constituía uma das alternativas para a população não assalariada, até que nos anos quarenta do século XX formalizou-se a noção de seguridade social (GÓMEZ-ARIAS, 2009).

Enquanto isso acontecia na Colômbia, no Brasil os serviços de saúde eram muito confusos e complicados, já que existia certa omissão do poder público; havia, segundo Jairnilson Silva (2009), uma espécie de não sistema de saúde, onde o Estado podia intervir só nas situações que a iniciativa privada não pudesse resolver. Aquele não sistema continuou até o século XX, "(...) tendo como marca principal a separação entre as ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar" (SILVA, 2009, p. 30). As epidemias de febre amarela e varíola, entre outras, que afetaram a economia e o saneamento dos portos, obrigaram a adoção de medidas sanitárias e começaram as campanhas e as reformas. Começou um movimento liderado por vários médicos, que, contando com o apoio de políticos e intelectuais, levou à criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920, o qual promovia serviços de atenção também nas áreas rurais.

A atenção em saúde no século XX

Depois de viver o enfrentamento *Novo-Velho*, *Civilização-Atraso*, *Liberdade-Escravidão* nas Américas, os sistemas de atenção primária em saúde nasceram no meio da mais forte dicotomia do século XX, a confrontação entre capitalismo, com os Estados Unidos como principal promotor, e o socialismo, com a União Soviética à frente. Dois blocos econômicos e políticos que marcaram a rota deste século, cada um com ideias contrárias em relação aos princípios que deveriam regular a sociedade, basicamente, ante os direitos e deveres das pessoas e, mais fortemente, as obrigações do Estado. A corrente comunista, que defendia a intervenção do Estado para formular políticas fortes com a intenção de regular as atividades sociais, fortalecida principalmente na Europa oriental e na Ásia, enfrentou a corrente capitalista, com os Estados Unidos à cabeça, e que predominou em grande parte do mundo, a qual não tinha unanimidade sobre o papel do Estado frente à sociedade, dividindo suas ideologias basicamente entre: os keynesianos, que reconheciam o limite da liberdade individual e acreditavam que o Estado deveria ser o principal provedor de serviços sociais; e os neoclássicos, que defendiam a liberdade individual e recusavam a regulação do Estado (DOCUMANIA, 2011).

Vários governos da América Latina aplicaram os princípios keynesianos, que reconhecem os limites da liberdade individual e impõem uma mediação do Estado sobre a economia, porém, os resultados foram muito diferentes dos esperados. A forte concentração da riqueza, a acumulação das terras por poucos grupos econômicos, a corrupção e a dependência dos Estados Unidos restringiram a sua eficácia. Por essa razão, a atenção em saúde na Colômbia se restringiu para a atenção das necessidades básicas, mas na prática foram somente assistencialistas, no meio de contextos de corrupção e escasso investimento, que limitaram sua capacidade de atender as necessidades da população (GÓMEZ, 2010).

O não-sistema de saúde brasileiro ficou cada vez mais perto do exemplo dos Estados Unidos. "Havia uma multiplicidade de instituições e organizações – estatais e privadas – prestadoras de serviços de saúde,

muitas vezes dirigidas a uma mesma clientela, deixando milhões de pessoas excluídas da atenção, ou recebendo serviços de baixa qualidade" (SILVA, 2009, p. 32). E não era muito diferente na Colômbia, os serviços de saúde tinham se convertido numa organização fragmentada, baseados nas dinâmicas de mercado e sujeitos à capacidade de pagamento das pessoas: quem tinha, pagava; quem não tinha, pedia.

Segundo Miranda Canal (1984), o tipo de medicina norte-americana deu início a um forte movimento e estes ventos renovadores tiveram grande influência na medicina latino-americana – renovações que vieram das transformações políticas, militares e econômicas, e que fizeram com que essa medicina estadunidense, com radicais mudanças de concepção e de prática, em grande medida pelas consequências das guerras mundiais, chegasse à América do Sul. As parcerias entre as nações sul-americanas e os Estados Unidos aconteceram desde a segunda década do século XX. O país do norte, com interesse nas doenças tropicais, e preocupado com os problemas de saúde pública dos nossos países que afetassem as políticas de comércio internacional e a sua economia; nossos países interessados na mobilização de pessoal, recursos técnicos e financeiros para resolver as graves dificuldades de saúde relacionadas, particularmente, às condições de miséria dos países denominados do terceiro mundo. Na Colômbia estes anos estiveram marcados pela mobilidade da população do campo para as cidades, especialmente na segunda metade do século. Segundo dados do site *SaludColombia.com*, a população nas cidades cresceu de 30% em 1939 para 70% em 1997; foram quase 60 anos em que a população urbana passou de quase seis milhões para 30 milhões. O século caminhou com cidades lotadas, campos desatendidos e com a agitação da guerra.

Estas e outras desigualdades sociais motivaram as lutas populares durante a segunda metade do século XX que marcaram o começo da forte e direta intervenção dos Estados Unidos na região através de medidas neoliberais, inspiradas nas ideias neoclássicas. Na América Latina, a adoção dessas medidas ocorreu depois da crise da dívida externa, já que o endividamento dos países latino-americanos era muito alto e precisava ser renegociado. Para isto, os organismos financeiros, entre eles o Fundo Monetário

Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), estabeleceram condições que possibilitaram o projeto neoliberal, privatizando os serviços públicos potencialmente rentáveis, entre eles, claramente, a saúde. À medida que os países latino-americanos acolheram o modelo neoliberal, suas noções sobre políticas públicas mudaram profundamente (ESTRADA-ÁLVAREZ, 2003).

Ao final da década de 1970, os grandes investidores mundiais começaram os negócios dos serviços públicos, e, valendo-se de diversas estratégias e motivados pela aplicação das reformas impulsionadas pelo Consenso de Washington (1989), acabaram se apoderando progressivamente dos serviços públicos, que antes eram administrados pelo Estado.

Na Colômbia, as reformas relacionadas à saúde introduziram elementos ideológicos cada vez mais distantes das propostas keynesianas. Desde seu nascimento e durante a segunda metade do século, o sistema colombiano de seguridade social foi mercadoria, organizado como um produto sob a direção do governo nacional. A administração da saúde passou aos escritórios de economistas liberais que não optaram pela necessidade de empreender ações pouco ou nada rentáveis como a atenção em zonas rurais ou a participação comunitária, tentando evitar a realização de programas especiais de saúde pública ou a programação de atividades coletivas para as quais ninguém pagaria. Assim, a promoção da saúde virou uma política cada vez mais fraca (GÓMEZ-ARIAS, 2009).

A década de 1990 começou com uma nova constituição para os colombianos, que no artigo 48 assegurou que "[...] a Seguridade Social é um serviço público de caráter obrigatório que se prestará sob a direção, coordenação e controle do Estado" (CONSTITUIÇÃO POLÍTICA DE COLÔMBIA, 1991). O interessante, e que no futuro será motivo de outras muitas decisões, é que nesta constituição a saúde não conseguiu atingir o nível de Direito Humano Fundamental. No Brasil ela atingiu este nível três anos antes, na sua própria Constituição, que define a saúde como um "direito de todos e um dever do Estado". Este artigo da constituição colombiana prepara o terreno para que, em 1993, a saúde vire uma mercadoria com a Lei 100, na qual a atenção das doenças é comprada por

quem tem dinheiro e é subsidiada para quem não tem e se assume como pobre. Nesse processo aparecem as Empresas Promotoras de Saúde (EPS), que administram os recursos da saúde e obtêm o monopólio do serviço.

Por sua parte, o Brasil estava vivendo, naturalmente, seu próprio processo. As funções do Ministério da Saúde limitavam-se à promoção da saúde e à prevenção de algumas doenças, com frequência à assistência médico-hospitalar para algumas outras doenças. O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado durante o regime militar em 1974, tinha como objetivo oferecer atendimento médico a quem contribuísse com a previdência social, estes eram os empregados com carteira assinada. Durante a ditadura foi criado também o Sistema Nacional de Saúde, que promovia cobertura para as zonas rurais, principalmente no Nordeste, onde foi organizado o Sistema de Vigilância Epidemiológica, que estava separado da vigilância sanitária.

Algo muito interessante e peculiar que aconteceu no Brasil foi que, embora o contexto histórico latino-americano e mundial estivesse levando a saúde à precarização, um movimento social, composto por acadêmicos e profissionais da saúde, além de frações populares, conseguiu a Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). No seguinte século, deu-se a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo e da Floresta, na 14ª Conferência de Saúde em 2011, que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), foi produto da luta dos movimentos sociais. Importante refletir que esta política voltada às populações rurais nasceu quase 30 anos depois da criação do SUS, evidenciando o esquecimento das populações não urbanas neste período.

As populações da cidade, tanto no Brasil como na Colômbia, protagonizaram as lutas para garantir o serviço de saúde, e conseguiram resultados para eles; entretanto, nas zonas rurais, as populações indígenas e negras sofriam com o abandono junto com as populações camponesas, que, para nosso melhor e mais fácil entendimento, e fazendo uso das dicotomias, são as populações que não habitam as cidades, mesmo reconhecendo que "[...] há camponeses clássicos, associados, originários, polifônicos, intermitentes, virtuais, nômades, exiliados, multinacionais e

[até] vocacionais" (BALTRA, 2011, p. 14). Com essa simples e limitada separação não se faz justiça a territórios cheios de misturas e contrastes de populações, de construções culturais; espaços com características particulares, que, para serem delimitados, normalmente, deve-se usar cifras populacionais.

Brasil: um sistema único de saúde que nasce para o povo

O Brasil, como república, começou tendo um não-sistema de saúde, como já vimos, de base particularmente assistencialista na primeira metade do século XX, depois passou a ter um seguro social para os trabalhadores urbanos, pelas suas dinâmicas e projeções econômicas. Com a Constituição de 1988, deu início à efetivação de uma Seguridade Social para todos e todas, que foi a base do Sistema Único de Saúde (SUS). As palavras na Constituição marcam uma rota: se a saúde é "um direito de todos", todos têm direito à saúde, independentemente do poder aquisitivo; é assim que o SUS propõe uma "sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e equidade, sem discriminação ou privilégios" (SILVA, 2009, p. 41).

O SUS se constitui então como um sistema público, estruturado e guiado pelo sentido do interesse coletivo, em que todas as pessoas, independente de raça, crenças, cor, renda ou mesmo classe social têm direito ao serviço, e por ser um direito constitucional assegurado para toda a população brasileira, passou a ser responsabilidade solidária da União, dos estados e municípios – os governos federal, estaduais e municipais, então, administram os recursos do SUS e os serviços são ofertados por organizações que devem prestar os serviços gratuitos para qualquer cidadão. Nos locais onde faltam serviços públicos, para que não falte assistência para as pessoas, realizam-se contratações de serviços de hospitais ou laboratórios particulares, que se integram à rede SUS, seguindo seus princípios e diretrizes. Na atualidade, o SUS é um dos sistemas públicos de saúde com maior cobertura do mundo e o único que garante o acesso universal, integral,

completamente gratuito e igualitário para toda a população no território nacional (ONUBR, 2013).

Todos os níveis do poder público respondem pelo serviço. No nível municipal, por exemplo, a figura do prefeito é quem se compromete por prestar ações e serviços de saúde em sua localidade, através da secretaria de saúde, que trabalha exclusivamente para a gestão da saúde municipal, sendo os estados e a União parceiros na oferta desse atendimento. Deste modo, é responsabilidade do município criar políticas públicas e aplicar as políticas nacionais e estaduais; coordenando, planejando e desenvolvendo as ações do SUS, usando recursos próprios, no mínimo 15% de sua receita, segundo a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e os repassados pelos estados e pela União. O governo estadual é responsável pelo planejamento e pela coordenação das ações do SUS no estado, assim como do apoio e a aplicação das políticas nacionais de saúde. O governo central, mesmo não sendo o principal responsável pela prestação dos serviços de saúde, é o maior financiador e o responsável pela criação de normas, o planejamento, a avaliação, o seguimento e controle das ações do SUS em todo o país.

Os recursos são administrados, segundo a Emenda Constitucional nº. 29, pelos Fundos de Saúde e os Conselhos de Saúde. Os Fundos de Saúde recebem os recursos locais e os recursos transferidos pela União e os Conselhos de Saúde são responsáveis por acompanhar e fiscalizar os gastos. O atendimento tem duas características: é feito de um modo descentralizado e hierarquizado, com estratégias regionais de atendimento e parceria entre estados e municípios. Descentralizado porque no SUS cada tipo de enfermidade tem um local de referência para o atendimento, o ingresso ideal é através da Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde, Estratégias Saúde da Família, etc.) e hierarquizado porque deve haver centros de referência dependendo da complexidade dos serviços, seguindo a sequência: unidades de saúde – município – pólo – região, dependendo do atendimento.

No entanto, a população camponesa, que é de quase 30 milhões de cidadãos brasileiros, segundo o Censo Agropecuário de 2006 (IBGE,

2006), e que vive, majoritariamente, em condições de pobreza, não só pela falta de dinheiro, senão pelas poucas opções para ter qualidade de vida, como: emprego, alimentação apropriada, moradia em condições dignas, saneamento básico, água potável e educação; tardou quase três décadas, desde a criação do SUS, para ter uma política inclusiva. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (2013) nasceu como fruto da luta dos movimentos sociais e busca melhorar as condições de saúde da população que, segundo essa portaria, tem seus modos de vida, produção e reprodução social associados com a terra. A proposta reconhece, dentro do grupo de camponeses, além dos trabalhadores rurais – sejam estes assentados ou acampados, que morem ou não no campo e os agricultores familiares – às comunidades tradicionais e também à população atingida por barragens, entre outras.

Esta política, pelo menos a abordagem inicial, afasta-se da ideia que entende a saúde exclusivamente como ausência de doenças e retoma a concepção inicial de saúde como um bem-viver e um bem-estar, que tinham nossos indígenas antes da chegada dos europeus, reconhecendo que a saúde é "[...] determinada pelas condições econômicas, sociais, culturais e ambientais em que vivem as comunidades" (BRASIL, 2013, p. 14). Esta postura leva à manifestação da necessidade das articulações interinstitucionais de diferentes setores da sociedade, que contribuam com a qualidade de vida da população do campo e da floresta, e da valorização de conhecimentos e práticas tradicionais, respeitando as suas subjetividades.

Esta proposta de atenção à população do campo e da floresta no Brasil está projetada em quatro eixos: primeiro, aplicando mecanismos para a promoção da equidade em saúde através da adoção de modelos de gestão e a ampliação da Atenção Básica para estas regiões, inclusive do aperfeiçoamento das urgências e emergências. Em segundo, aplicando ações para a prevenção; neste eixo incluem-se as atividades de trabalho e o cuidado com o uso de agrotóxicos. O terceiro será o eixo da educação, uma educação permanente em saúde com foco nas populações alvo da proposta. Este eixo projeta cinco ações: inserção das equipes de saúde da família e dos profissionais em assuntos referentes ao campo; promoção de

pesquisas voltadas à saúde destas populações; ajuda para a capacitação das lideranças sociais; impulso para a participação no SUS para o melhoramento desta política; e a aplicação de estratégias pedagógicas baseadas na educação popular que promovam a integração dos saberes e as práticas de cuidado da população atingida. No final, o quarto e último eixo, monitora e avalia o acesso ao serviço de saúde dos cidadãos. A aplicação ou não desta política é algo que depende também da população, que muitas vezes desconhece estas propostas e limita sua ideia de saúde ao acesso ao profissional ou a equipamentos de saúde.

Colômbia: a saúde entre o estado e o mercado

No Brasil o modelo vigente é um modelo universal, onde, sem importar a classe social, raça, orientação sexual ou religião, a população deve ser atendida, tem acesso a consultas com especialistas, pode fazer o pré-natal e o parto, ou exames laboratoriais, por exemplo, e tudo sem custos mesmo onde a iniciativa privada fica encarregada de tratamentos e procedimentos específicos. Já no sistema colombiano o modelo é segmentado, e atinge distintas frações da sociedade: os mais pobres, por exemplo. Neste tipo de modelo, o privado e o público se mesclam tanto na questão do financiamento quanto no atendimento.

Depois da Constituição de 1991, na qual, como tínhamos afirmado anteriormente, a saúde não alcançou o grau de direito fundamental, senão de "serviço público de caráter obrigatório", o governo colombiano abriu a porta à entrada da Lei 100, de 1993, que criou o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS), e com ele algumas entidades para administrar e prestar os serviços.

Antes da Lei 100, os serviços de saúde eram ofertados por hospitais públicos ou fundações de caridade. Para quem não fazia parte do Sistema de Segurança Social, praticamente, não havia esperanças de ser atendido, já que clínicas e hospitais recebiam recursos básicos e muito restritos. Desde 1994, com a aplicação da Lei 100, o panorama mudou, a saúde passou a ser vista como um serviço fundamental, e foram criadas EPS, IPS, ARS, POS,

FOSYGA e muitas outras siglas, que, além de confundir, davam liberdade aos usuários para escolher hospitais e centro de atenção, o que não garantia o serviço porque poderia ser negado. Para entendermos melhor o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde, vamos por partes.

Criaram-se dois regimes de vinculação ao Sistema: Regime Contributivo e Regime Subsidiado. Ao Contributivo pertencem as pessoas com boa renda e vinculação laboral, ou seja, que têm capacidade de pagar. São trabalhadores formais, independentes, aposentados, e suas famílias, os que fazem mensalmente um aporte porcentual a seu salário para uma Empresa Promotora de Saúde (EPS), encarregada de contratar para seus afiliados os serviços das Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde (IPS), que são, basicamente, clínicas, hospitais e centros de atenção. E o Regime Subsidiado é o mecanismo através do qual a população mais pobre do país, aquela sem capacidade de pagar, tem acesso aos serviços de saúde, sendo as Administradoras do Regime Subsidiado (ARS) as encarregadas de tutelar os recursos para este Regime.

Para acessar os serviços ofertados nas IPS, os usuários devem estar registrados numa EPS, para isto devem fazer a gestão da sua afiliação: os subsidiados na secretaria de saúde da sua região e os contributivos ante as próprias EPS, através da empresa na qual trabalham ou diretamente, se forem autônomos. É ante a EPS que o usuário deve pedir a atenção primária em saúde e são elas as encarregadas pela gestão dos serviços especializados e do acesso a qualquer medicamento, mesmo aqueles inclusos no Plano Obrigatório de Saúde (PSO) – uma lista de medicamentos, tratamentos e procedimentos médicos de obrigatória execução das EPS, porém, só com prévia autorização dos médicos da atenção primária.

Para uma EPS poder prestar seus serviços em alguma região do país deve ter uma rede de IPS, parceria com clínicas e hospitais, que assegurem a atenção e o acesso dos usuários. Quando um usuário é atendido, a IPS envia a conta para cobrar para a EPS e estas últimas devem depositar o recurso, que está incluso no POS e é pago com o recurso do associado. O que não está incluso no POS é repassado pelo Fundo de Solidariedade e Garantia (FOSYGA), demonstrando que o serviço foi prestado e o valor

dos medicamentos e dos custos operacionais para que as contas possam ser verificadas e posteriormente depositadas à EPS. Para financiar todo este processo, o SGSSS recebe os recursos do lucro dos jogos de fortuna ou azar, a arrecadação dos associados do regime contributivo, os aportes das cooperativas, do Fundo de Seguro Obrigatório de Acidentes de Trânsito (FONSAT) e do orçamento da Nação, dos departamentos e dos municípios. Contudo, os usuários, contributivos ou subsidiados e seus beneficiários, devem pagar uma taxa moderadora (COPAGO) por consultas, medicamentos, procedimentos ou tratamentos, dependendo do nível da sua afiliação.

Já com a população do campo o assunto se agrava, porque, embora a Colômbia não tenha tido uma ditadura militar, vive uma guerra de mais de 60 anos. Uma guerra relacionada com o uso e a propriedade da terra, em que os mortos têm sido camponeses principalmente. Durante mais de seis décadas o campo colombiano tem sofrido violência e pobreza, e essa realidade fica ainda mais grave quando reconhecemos que 94% do território colombiano é território rural e que nos últimos anos só 25% da população colombiana vive no campo (DANE, 2005). Muitos dos camponeses colombianos moram nas cidades por conta dessa guerra que tem deslocado milhares de famílias das zonas em disputa. Ante a esta realidade no campo, vale a pena mencionar que 83% da população rural está no regime subsidiado de saúde, sendo alvo de descuido e isolação por parte do SGSSS (GÓMEZ, 2010). Sem querer entrar nessa discussão ainda, parece óbvio que, diante dessas disputas, a realidade das populações do campo assim se explica: se o plano é tirar toda essa gente das terras, por quê começar programas para melhorar a qualidade de vida nessas regiões?

A luta pela terra tem levado as populações do campo – indígenas, camponeses, afro-descendentes e comunidades Rom[2] – a migrar para as cidades ou começar a lutar entre elas pelas poucas terras que lhes restam para compartilhar. Com movimentos e lutas passadas os indígenas lograram benefícios sociais que os camponeses não têm ainda, por exemplo, constituindo as suas próprias ARS, que são, junto com as EPS, intermediárias do Sistema de Saúde, e administram os recursos de saúde designados pelo regime subsidiado. Os movimentos camponeses não têm logrado benefícios, o que tem provocado disputas entre indígenas e camponeses.

Depois de percorrer pela história e pelas práticas de saúde no Brasil e na Colômbia, podemos apreender muito destes dois países tão distintos, com idiomas, culturas e histórias diferentes, mas com realidades que podem muito ensinar uma a outra, ainda mais para as populações do campo, que, através do tempo, têm vivido à margem da atenção dos governos.

Sobre as condições de infraestrutura no campo, não defendemos a ideia de que deva ser igual àquela das cidades; porque as necessidades do campo não são iguais às necessidades da cidade, nem suas realidades são as mesmas– esses territórios têm dinâmicas próprias e práticas espaciais de saúde que diferem pelas suas variadas realidades. O passo seguinte será analisar os resultados destas duas propostas de atenção para a população do campo e como isto tem interferido nas práticas espaciais de saúde das populações. Esse é o motivo de continuar este estudo, no qual ecoam a voz dos protagonistas: camponeses e camponesas, indígenas, profissionais da saúde nas zonas rurais e responsáveis pelos serviços de saúde nas áreas estudadas no Brasil e na Colômbia.

[2] A Comunidade Rom é um povo reconhecido pela Constituição colombiana com, aproximadamente, cinco mil ciganos em toda Colômbia, e quase mil e oitocentos na capital, Bogotá; cifras não oficiais já que o Povo Rom sempre tem estado contra os censos populacionais, devido a sua estratégia de supervivência que os faz ficar invisíveis, segundo afirma María Marcela Hoyos Quintero no seu texto "El pueblo Rom, Los gitanos, una cultura milenaria de tradición migratória". Disponível em: <http://base.d-p-h.info/es/fiches/dph/fiche-dph-6794.html>. Acesso em: 14 de setembro de 2015.

A situação atual na voz dos protagonistas

Como foi anunciado no começo do artigo, apresentaremos agora os resultados das entrevistas semi-estruturadas realizadas com os funcionários do setor de saúde e os moradores do assentamento brasileiro e o resguardo colombiano, aonde se compartilharão as opiniões, os comentários e a análise do discurso dos depoimentos. Como tínhamos anunciado, as entrevistas foram transcritas e foi usado o programa TextSTAT, com o qual conseguimos reconhecer as Palavras Significativas (aquelas que mais freqüentemente foram repetidas durante as falas dos entrevistados). Com este grupo de palavras, elas foram integradas fazendo conjuntos pelo seu significado, seu valor no discurso ou sua intencionalidade, constituindo um grupo que chamamos de Campos Semânticos. O trabalho de análise dos dados de campo na Colômbia estava em andamento no momento de entrega deste artigo, porém, no caso dos dados do Brasil, ainda estão faltando algumas entrevistas com os assentados, que não haviam fechado nem as Palavras Significativas nem os Campos Semânticos. Por esta razão, apresentamos os resultados preliminares da análise dos dados das entrevistas na Colômbia.

A palavra mais significativa foi 'saúde', com 128 repetições. Alguns dos Campos Semânticos para a análise do discurso do projeto que foram constituídos juntando as outras palavras significativas foram:

Campo Semântico "Identidade": que será entendido como o conjunto de características próprias de uma pessoa ou de um grupo, que permitem identificá-los, diferenciá-los e reconhecê-los dos outros. E também a concepção do coletivo sobre si mesmo em relação com os outros. Neste Campo Semântico foram integradas palavras como "comunidade", com 110 repetições; "indígena", com 94; "nós", com 69; "embora" com 32; "etnia" com 9; "cultura" com 7; "companheiros" com 6; "katio" com 3; e "tradição", com 3 repetições.

Campo Semântico "Alteridade": que será entendido como o conceito que reconhece "um outro" diferente da pessoa que está sendo entrevistada, um indivíduo diferente que não forma parte da comunidade própria.

Este conceito pressupõe que, com o reconhecimento de um Outro, a pessoa assume sua própria identidade; a existência de um Outro implica que há algo que não é próprio e, por essa razão, não forma parte da existência individual da pessoa. Neste Campo Semântico foram incluídas palavras como: "vocês", com 90 repetições; "a pessoa" com 28; "gente" (que em espanhol faz referência às outras pessoas), com 27; "pessoas", com 18, e "afros" com 9 repetições.

Além destes outros, há o Campo Semântico "Atenção Médica"; Campo Semântico "Institucionalidade"; Campo Semântico "Movimentos Sociais"; Campo Semântico "Educação"; Campo Semântico "Trabalho"; Campo Semântico "Soberania Alimentar"; Campo Semântico "Família"; Campo Semântico "Território", Campo Semântico "Doenças" e Campo Semântico "Fé", entre outros.

Identificadas as palavras significativas e os campos semânticos, acreditamos que possa ser possível analisar o discurso dos entrevistados, para assim poder conhecer as realidades em que vivem, suas opiniões e seus posicionamentos. Deste modo, foi relacionada a concordância da palavra significativa "saúde" com todos os campos semânticos anteriormente enunciados, dando como resultado reflexões que consideramos relevantes para entender as práticas espaciais de saúde desta comunidade. Apresentamos aqui algumas das análises com dois dos campos semânticos analisados: Práticas de saúde e Campo Semântico Identidade e Práticas de saúde e Campo Semântico Alteridade.

Práticas de saúde e identidade: quando a palavra significativa "saúde" é contrastada com várias das palavras significativas que conformam o "Campo Semântico Identidade", achamos afirmações que permitem entender as práticas espaciais de saúde da comunidade indígena visitada. Quando se perguntou sobre qualidade de vida, o que era e significava para eles, afirmações como "significa ter de tudo" e "nós tínhamos tudo, água cristalina, a água sem contaminação", permitiram evidenciar uma forte relação das suas práticas de saúde vinculadas ao território que habitam; como a qualidade de vida é imediatamente relacionada com o tempo

quando não viviam em espaços contaminados e tinham acesso a fontes de água que eles denominaram "cristalinas".

A relação que eles, como cultura tradicional, têm com a saúde também é outro aspecto relevante, percebendo como a voz dos mais velhos da comunidade tem que ser escutada e precisa ser respeitada, "nós como indígenas se é uma doença tradicional sempre procuramos aos velhos, aos anciãos, aos médicos tradicionais, e se a doença não é resolvida, aí sim, a gente vais ao hospital". Esta afirmação foi confirmada pelos funcionários da secretaria de saúde que asseguraram que "tem sido muito difícil acostumar os indígenas da região a usar os serviços dos postos de saúde, pois eles vão diretamente ao hospital".

Pode-se perceber uma dificuldade de comunicação, entre os funcionários e os indígenas, que vai além das limitações dos idiomas. Os funcionários fazem referência à teimosia dos indígenas de procurar diretamente o hospital, antes de passar pelas unidades e postos de saúde; expressam as complicações no atendimento porque os indígenas "fazem os rituais da sua cultura, com o *Chamán*, acho que chamam, ou *jaibanás*, eles primeiro esgotam todas as práticas que eles fazem e quando já percebem que isso de lá não está funcionando vêm aqui." Por outro lado, os indígenas consideram que o tratamento que recebem no hospital é desrespeitoso, afirmando que "aqui nesta cidade o tratamento é ruim, o hospital trata a gente pessimamente, nos discriminam, se o indígena não chega gritando, como fazem os afros, ficamos na sala de espera. Aqui não tem carinho pelo paciente, os médicos talvez sim, mas enfermeiros e enfermeiras brigam muito com a gente".

A relação desta comunidade com as entidades de saúde é passiva; eles não usam os serviços porque resolvem, na maioria das vezes, na própria comunidade e quando precisam com muita urgência vão para o Hospital. As lógicas de atendimento no hospital, claramente, são outras, e duas culturas se chocam: "nós, os índios, somos assim, nós não somos como vocês. Quando você vê um indígena gritando já é para morrer. Pelo contrário, os afros, por exemplo, por qualquer dorzinha começa a gritaria para serem atendidos".

Os entrevistados dizem que a relação com o hospital se dá dessa forma porque o indígena acredita que as doenças acontecem por meio de espíritos maus, "nós aqui falamos normalmente que caiu num *jai*, e esse espírito mau só pode ser tirado por uns dos anciões", "nossa memória indígena não é como a de vocês, eu sou matemático, eu sou psicólogo, eu sou advogado, todas são áreas diferentes. O pensamento nosso é um todo. O indígena sabe construir, o indígena deve saber pescar, o indígena conhece do terreno, sabe caçar, conhece o terreno para semear, as pisadas. Mas curar só os anciões".

Além da relação com os anciões da comunidade, existe uma relação com as mulheres parteiras. Uma das pessoas entrevistadas afirmou "eu de parteiro não sei, sei de plantinhas para curar, mas parteiro não. Há pessoas que nascem para isso. Todos os anciões são sábios porque não há nenhum ancião que não saiba".

A análise deste Campo semântico transita através de comentários acerca da alimentação e de sua relação com a natureza; também de como esta comunidade percebe sua dependência das instituições governamentais e sua visão de vida e morte, bem como a necessidade de receberem uma educação que respeite sua identidade. O principal problema que estão enfrentando, ultimamente, é a falta de dinheiro, um tipo de relação a que não estavam acostumados e que faz com que sejam dependentes de fundações, entidades e da caridade.

Práticas de saúde e Alteridade: neste campo semântico temos incluído todos esses depoimentos que manifestam as práticas de saúde que a comunidade entende como 'não próprias'. As atividades que fazem para conseguir ajuda, a burocracia que percebem ter de cumprir para arranjar ajudas, as imposições que recebem dos "outros"- esses outros que eles não entendem como pares, senão como agentes externos à sua realidade que ingressam no seu mundo e afetam as suas dinâmicas.

Neste campo semântico incluem-se afirmações que ligadas ao atendimento, que foram indicadas na análise anterior, mas também a relação com a política. "Porque aqui tudo é político, eu tive que trabalhar com um governador, ou com o prefeito de algum município. Eu fiz campanha para

ele e consegui 'não sei' quantos votos, então foi aí que me dei conta e me deu um trabalhinho varrendo no Centro de Saúde, para servir-lhes o café em uma instituição ou bom, pra ir pegar o lixo".

Também se pode perceber como as suas associações são orientadas pela lógica do governo central, "a organização indígena deste departamento se cria como organização de nível departamental no ano de 2002, com aquilo que temos aprendido da gente branca, pois o poder e os recursos deles são. Mas então o dinheiro fez com que foram criadas muitas outras em várias partes e, pois neste momento, há diferentes organizações, associações e federações". Esta realidade faz com que muitos recursos que deveriam estar chegando aos indígenas, que são repassados pela nação, cheguem aos donos das associações, o que impulsiona o desejo de vários indígenas de terem suas próprias organizações para captar dinheiro do Estado, da comunidade internacional e de organizações humanitárias.

Outro aspecto muito importante a ser analisado neste campo semântico é a percepção que eles têm da opinião daqueles que não são indígenas. Afirmam: "o pessoal critica, critica e critica e que isso tem custado vidas". A relação entre o departamento de comunidades afro-descendentes, de presença majoritária; os indígenas, que acreditam serem donos do território pela sua presencia histórica na região; e os brancos, com o poder e o dinheiro para decidir, faz com que a resistência adote alguns costumes que resultam em brigas, desencontros e, no final, mortes.

Finalmente, as opiniões sobre o meio ambiente culpam as indústrias, principalmente dominadas por homens brancos, pelas nova realidade: "eu acho que também a própria contaminação é a culpada dos nossos problemas de saúde, o corte de árvores, muito desmatamento, águas contaminadas, tudo para buscar dinheiro". Este campo semântico também abrange suas opiniões sobre a soberania alimentar, sobre as concepções de desenvolvimento e qualidade e sobre o que os "outros" deveriam fazer para ter uma melhor qualidade de vida e contribuir para a qualidade de vida deles próprios.

Definitivamente, a análise voltada à saúde com o percorrer histórico nos permitiu avaliar criticamente os discursos, buscando informações

nas entrevistas que nos ajudou a entender as práticas espaciais de saúde das comunidades do campo nestes dois países. O estudo das entrevistas da comunidade brasileira tem nos permitido criar novos campos semânticos e fazer uma leitura particular e própria das suas realidades. Tal estudo, como fora anunciado antes, não foi incluído neste artigo por não ter sido acabado o processo de entrevistas com os assentados – e por esta razão não foram criados os campos semânticos para este processo. Estes depoimentos, estas análises, estas concordâncias e relações permitem entender a realidade de uma comunidade, para deste modo poder entrar a apoiar, orientar ou criar projetos e programas que atinjam as necessidades verdadeiras da população para que são criadas.

Referências

ADOUE, Sylvia Beatriz. **A independência pendente**: no bicentenário das independências de Hispano América. Revista Espaço Acadêmico,UEM, v. 10, n. 109, p. 67 – 70, Junho, 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/10316 / 5695>. Acesso: 12 mar. 2-16.

Agência Brasil. **ONU**: "Brasil é país da América Latina com maior número jovens afro-descendentes", 2011. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/ noticia/2011-11-18/onu-brasil-e-pais-da-america-latina-com-maior-numero-jovens-afrodescendentes>. Acesso: 23 nov. 2011.

BALTRA, A. **Os novos camponeses**. São Paulo: Cultura Acadêmica; Cátedra Unesco de Educação do Campo e Desenvolvimento Rural, 2011.

BASCOPÉ CAERO, V. El sentido de la muerte en la cosmovisión andina: el caso de los valles andinos de cochabamba. **Chungará**, Arica, v. 33, n. 2, jul. 2001. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562001000200012>. Acceso em: 27 de ago. de 2015.

BETHELL, L. **Historia de América Latina**. 1. América latina colonial: la américa precolombina la conquista. Barcelona: Editorial crítica, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

COLÔMBIA. Constituición (1991). **Constituicion Politica de Colombia**: promulgación 6 de julio de 1991. Organizado por la Corte Constitucional. Bogotá: Imprenta Nacional, 2015. Disponível em: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica% 20de%20Colombia%20-%202015.pdf> . Acesso: 30 abr. 2016.

COORDINADORA LATINOAMERICANA DE ORGANIZACIONES DEL CAMPO. **Resolución Sobre Educación y Salud em el Campo**. 27 de Julio de 2010. Disponível em: <http://www.cloc-viacampesina.net/congresos/educacion-y-salud-en-el--campo>. Acesso: 14 jul. 2016.

CORREA, R. L. Diferenciação sócio-espacial, escala e práticas espaciais. **Revista Cidades**, UNESP, v. 4, n. 6, p, 67-72, 2007. Disponível em: <http://revista.fct.unesp.br/index.php/ revistacidades/article/view/570/601> . Acesso: 14 mar. 2017.

_____. **Sobre a Geografia Cultural**. Instituto histórico e geográfico do Rio Grande do Sul. Publicado no site em: 16 nov. 2009. Disponível em: <http://ihgrgs.org.br/artigos/contibuicoes/Roberto%20Lobato%20Corr%C3%AAa%20-%20Sobre%20a%20Geografia%20Cultural.pdf>. Acesso: 20 abr. 2017.

DECLARACIÓN DE CANCÚN DE PAISES MEGADIVERSOS AFINES. 18 de febrero de 2002. Disponível em: <http://www.inecc.gob.mx/descargas/ai/con199328.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA - DANE. **Resultados del censo general de Colombia**. Bogotá: DANE, 2005. Disponível em: <http://www.ddhh-colombia.org/html/CENSOGENERALDEL2005.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2015.

DOCUMANIA. **La Batalla por la Economía Mundial**. 1 jul. 2011. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=cD2u437fGJM>. Acesso em: 10 ago. 2016.

DUBOIS, A. **Un Concepto De Desarrollo Para El Siglo XXI**. Disponível em: <https://www.institutodeestudiosglobales.org/resources/Un%20concepto%20de%20desarrollo%20para%20el%20siglo%2021..pdf>. Acesso: 12 ago. 2015.

ESTRADA-ÁLVAREZ, J. **Notas sobre el neoinstitucionalismo**. Disponível em: <http://www.espaciocritico.com/sites/all/files/artcls/a0023_je-a11.pdf>. Acesso: 22 abr. 2015.

FERRANTI, D. et al. **Desigualdad en América Latina y el Caribe**: ¿ruptura con la historia? ESTUDIOS DEL BANCO MUNDIAL SOBRE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Washington: World Bank, 2003.

GÓMARA, F. L. **Historia general de las índias**. Biblioteca Virtual Universal, 2003. Disponível em: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/92761.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2015.

GÓMEZ-ARIAS, RD. La mortalidad evitable como indicador de impacto de la reforma sanitária: Colombia 1985-2002. **Revista Colombia Médica**, v. 40, n. 4, Octubre/ Diciembre, p. 373-385, 2009.

GÓMEZ, R. Atención primaria de salud y políticas públicas. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín, v. 28, n. 3, set./dez./Dec, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2010000300009.>. Acesso em: 21 jun. 2015.

GUERRA, F.; TÉLLEZ, M. C. S. Pestes y remédios en la conquista de América. **Rev. Estudios de historia social y económica de América**, n. 2, p. 51-58, 1986. Disponível em: <http://dspace.uah.es/dspace/handle/10017/5723>. Acesso: 22 maio 2016.

GUIMARAES, R. B.; PICKENHAYN, J. A.; LIMA, S. C. **Geografia e saúde sem fronteiras**. Uberlândia: Assis Editora, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA (IBGE). **Censo agropecuário 2006** - Brasil, grandes regiões da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/51/agro_2006.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2015.

JAMES, C. L. R. **Os jacobinos negros**. Tradução de Afonso Teixeira Filho. São Paulo: Boitempo Editorial, 2000.

MACHADO, R. **Danação da Norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MIRANDA CANAL, N. Apuntes para la historia de la medicina en Colombia. **Ciencia. Tecnología y Desarrollo**, Bogotá, v. 8. n. 1-4, enero/diciembre, 1984.

MORA, F; ALEMAÑY, A. La modernidade de los hospitales del siglo XVI y XVII en América. **Elementos**: Ciencia y Cultura, Puebla, v. 8, n. 42, jun./ago. 2001.

ONU - CEPAL. **Os Povos Indígenas na América Latina**. Chile: Nações Unidas, 2015. Disponível em: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37773/S1420764_pt.pdf;jsessionid=72F89709DFD440307B27FE085BFC3B3D?sequence=1>. Acesso: 20 fev. 2016.

ONUBR. **Sistema de saúde público brasileiro é referência internacional, diz Banco Mundial**. Publicado em 20 dez. 2013. Disponivel em: <https://nacoesunidas.org/sistema-de-saude-publica-brasileiro-e-referencia-internacional-diz-banco-mundial/>. Acesso em: 4 jun. 2016.

RAMÍREZ, M. H. **Beneficiencia y salud en Colombia**. Colección: Instituciones y símbolos de Colombia; Credencial Historia. Biblioteca Nacionaal. 155 ed., noviembre, 2002. Disponível em: <http://www.banrepcultural.org/node/86404>. Acesso: 27 ago. 2015.

REVISTA MEXICANA DE BIODIVERSIDAD. **¿Qué es un país megadiverso?** Disponível em: <http://www.biodiversidad.gob.mx/pais/quees.html>. Acesso: 13 abr. 2016.

ROJAS, L. I. Geografía y Salud en Cuba: Tendencias y Prioridades. **Revista Cubana de Salud Pública**, Habana, v. 29, n. 4, p. 295-306, octubre/diciembre, 2003.

SANTOS, J. B. F. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde - estaçãocetrede/ufc/uece**: reflexões de pesquisa. Fortaleza: eduece, 2006.

SILVA PAM, J. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro. Editora Fio Cruz. 2009.

TODOROV, T. **A conquista da América:** a questão do outro. Tradução: Beatriz Perrone Moisés. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

A POLÍTICA DA APLICAÇÃO DA GEOINFORMAÇÃO NA SAÚDE INDÍGENA

Inajá Neiva dos Santos
Pós-Graduada em Educação Ambiental Urbana pela
Escola Superior Aberta do Brasil – ESAB

A Constituição Federal do Brasil de 1988 garante a todos os indígenas direitos do cidadão comum, além daqueles específicos. São garantidos o respeito à sua organização social, costumes, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, protegê-las e fazer respeitar todos os seus bens (CF/88 art. 231). Essa mesma constituição define a saúde como direito de todos e dever do Estado, consolidando os princípios para a criação do Sistema Único de Saúde – SUS (CF/88 art.196)(FUNAI, 2015).

Até 2010, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) era responsável pela saúde básica dos povos indígenas em consonância com o Art. 6º do Decreto N. 7.336, de 19 de Outubro de 2010. A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) foi instituída em 2010, no âmbito do Ministério da Saúde, por meio da Lei n. 12.314, de 19 de agosto de 2010. Essa lei foi regulamentada pelo Decreto n. 7.336, de 19 de outubro de 2010, que estabeleceu, dentre outras competências, a programação e a execução das ações de saneamento ambiental em áreas indígenas (BRASIL, 2014). No Brasil, os povos indígenas compõem 305 etnias que totalizam aproximadamente 800 mil indivíduos (FUNAI, 2015), presentes em todos estados brasileiros, e a SESAI atende aproximadamente 600 mil que são referentes a indígenas aldeados.

Atualmente, grande parcela de indígenas sobrevive da agricultura, da pesca, do artesanato, dentre outros meios, enfrentando situações distintas de tensão social, como expansão das frentes econômicas (extrativismo, mineração, grandes empreendimentos e trabalho assalariado), turismo acentuado e desordenado. Isso traz como consequência mudanças dos hábitos e dos costumes, associadas ao surgimento de doenças, perda da

identidade e da autoestima, ameaçando, além da preservação cultural, a integridade do ambiente nos seus territórios. Assim, pode-se afirmar que essas alterações trouxeram como consequência problemas relacionados aos modos de vida dos índios, levando-os, forçadamente, à mudança dos costumes no seu próprio território.

Dentre as atribuições da SESAI, destacam-se como as principais atividades: desenvolver ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, em consonância com as políticas e os programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas – como planejar e coordenar ações de saneamento e edificações de saúde indígena. Com a integração dos estados, municípios e organizações não-governamentais, são desenvolvidas ações de atenção à saúde indígena, respeitando as especificidades culturais e o perfil epidemiológico de cada povo e promovendo o fortalecimento do Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 2007).

Para executar essas ações, a estrutura administrativa da SESAI conta com a participação de três departamentos: Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI), Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI), e Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde (DSESI). Possui trinta e quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs): unidade gestora descentralizada do subsistema responsável pela execução de ações de atenção à saúde nas aldeias e de saneamento ambiental e edificações de saúde indígena.

Os Distritos foram divididos por critérios territoriais, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Os DSEIs abrangem mais de um município e em alguns casos mais de um estado. Além dos DSEIs, há ainda os Polos Base, as Casas de Saúde Indígena (Casais) e os postos de saúde (SESAI, 2015).

O DGESI tem a responsabilidade de garantir as condições necessárias à gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), tais como: promover o fortalecimento da gestão nos DSEIs; coordenar as atividades relacionadas à análise e à disponibilização de informações de saúde indígena, além de promover e apoiar o desenvolvimento de estudos

e pesquisas em saúde indígena (BRASIL, 2007). O DASI tem a missão de planejar, coordenar e supervisionar as atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas; orientar e apoiar a implementação de programas de atenção à saúde para a população indígena, seguindo diretrizes do SUS; planejar, coordenar e supervisionar as atividades de educação em saúde nos DSEIs (BRASIL, 2007).

O Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena tem por competência planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes a saneamento e edificações nas áreas indígenas. O departamento tem como atribuições planejar e supervisionar a elaboração e implementação de programas e projetos de saneamento, de edificações e de educação em saúde indígena, relacionadas à área de saneamento (BRASIL, 2007).

Assim, o Geoprocessamento aplicado ao monitoramento e a avaliação da saúde dos povos indígenas traz benefícios e contribui para a missão do SESAI, pois possibilita a correlação de diversos dados, com capacidade de atualização, compartilhamento, divulgação e armazenamento de dados geográficos e tabulares (BRASIL, 2007).

Foi realizada uma pesquisa descritiva, utilizando-se de uma abordagem qualitativa acerca das responsabilidades pela saúde básica dos povos indígenas, visando à análise da Política da Aplicação da Geoinformação na Saúde dos Indígenas Brasileiros, informando a consolidação dos princípios para a criação e implantação do Sistema de Informação da Saúde Indígena, tais como o SIASI, HORUS e GEOSI. A pesquisa também abarcou a finalidade de informar como foi desenvolvida a construção do Sistema de Informações Geográfica da Saúde Indígena.

Sistemas de Informação da Saúde Indígena

SIASI

Como parte da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi criado o Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena

(SIASI), visando a coleta, o processamento e a análise de informações para o acompanhamento da saúde das comunidades indígenas, que abrange, atualmente, cadastro do indivíduo desde o nascimento, vigilância alimentar e nutricional, imunização, morbidade com CID – (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), morbidade por sinais e sintomas, saúde bucal e saúde da mulher (SOUSA, 2007).

Sousa, em referência ao documento sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, argumenta que:

> os aspectos a serem acompanhados e avaliados [pelo SIASI] incluirão a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas. O SIASI deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando à coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas (SOUSA, 2007, p. 07).

HÓRUS

Para qualificar a gestão da assistência farmacêutica nas três esferas do SUS e contribuir para a ampliação do acesso aos medicamentos e atenção à saúde prestada à população brasileira, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS) apresentou o novo Sistema de Gestão denominado HÓRUS.

Esse novo sistema foi inicialmente desenvolvido por meio de uma parceria estabelecida em 2009 entre o DAF/SCTIE a Secretaria Municipal de Saúde de Recife (SMS/PE); a Empresa Pública de Informática do Recife (Emprel); o Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE); o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), com a finalidade de melhorar a distribuição de medicamentos para a população indígena (SESAI, 2015).

GEOSI

Com objetivo de auxiliar a organização dos serviços e principalmente prover dados confiáveis dos indicadores básicos de saneamento nas terras indígenas, o Departamento de Engenharia de Saúde Pública em 2002 construiu o Sistema de Saneamento em Áreas Indígenas – SISABI. Para aumentar a contribuição desse sistema, no ano de 2010, na SESAI/MS, foi desenvolvido o atual Sistema de Geoferrenciamento do Saneamento e Saúde Ambiental em Áreas Indígenas no Brasil – GEOSI. Através deste novo sistema, são coletadas as coordenadas geográficas e os dados de saneamento básico das aldeias e imóveis indígenas, armazenando as informações sobre a captação de água, formas de esgotamento sanitário dos imóveis existentes nos 34 DSEIs (SESAI, 2015).

Os dados são coletados a partir de saída de campo, que envolve uma equipe multidisciplinar, composta por agente de saúde, técnico de saneamento, geógrafos, geólogos, enfermeiros – profissionais que muitas vezes passam por dificuldades de acesso às aldeias e especialmente durante o trabalho em si. Contudo, após os trabalhos concluídos os dados são inseridos no sistema em gabinetes, geralmente na sede do Polo ou no DSEI (SESAI, 2015).

Atualmente está sendo idealizado o GEOSI *Web*, em que o reconhecimento dos territórios pertencentes ao DSEI, aldeia e Polo Base, foi concebido para possibilitar os esclarecimentos do espaço geográfico, auxiliando no planejamento e nas conjecturas de políticas públicas voltadas não só para o saneamento ambiental, mas se relacionando com todos os departamentos da SESAI, possibilitando assim cumprir com a missão da Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena – CGMASI/DGESI/SESAI/MS, que é de coordenar e monitorar a saúde indígena, subsidiando ações de saneamento e saúde (SESAI, 2015).

A construção do Sistema de Informações Geográfica (Sig) da Saúde Indígena

A construção da Geoinformação na Saúde Indígena segue três etapas: de reconhecimento de território da saúde indígena; integração dos sistemas utilizados na saúde indígena; publicização dos seus dados.

Reconhecimento do território

A primeira missão da Geoiformação foi reconhecer e vetorizar o território do DSEI, o qual é unidade gestora descentralizada do subsistema, responsável pela execução de ações de atenção à saúde nas aldeias e de saneamento ambiental e edificações de saúde indígena e Polo Base (SESAI, 2015). Cada DSEI possui microrregiões de saúde denominadas Polo Base, que abrangem um conjunto de aldeias com a finalidade de atender às demandas de saúde e de saneamento das comunidades indígenas (BRASIL, 2014).

Esse trabalho foi executado durante os anos de 2013 e 2014. Foram realizadas entrevistas com diversos técnicos da SESANI/SESAI, que identificaram referenciais importantes para a delimitação do território Polo Base e o DSEI.

A Oficina de Geoinformação em Saúde Indígena realizada no mês dezembro de 2014 em Brasília proporcionou a validação destes territórios, levando em consideração a identificação e o reconhecimento desses limites, utilizando-se a localização de aldeias, limites políticos, Terras Indígenas e acidentes geográficos naturais (rios, grotas, escarpas, serras, linhas de cumeada, talvegues, dentre outros). Houve a participação dos representantes do CONDISI (Controle Social, que são os representantes indígenas do território; Coordenadores e Técnicos dos DSEIs).

Com esses dados foram aplicadas técnicas de análises espaciais, que são utilizadas pela ciência da geografia como as ferramentas de Sistema de Informação Geográfica – SIG. SIG são os sistemas de computador usados para capturar, armazenar, gerenciar, analisar e apresentar informações

geográficas. Nesse processo foi utilizada uma metodologia para delimitar o território, denominada de vetorização.

Integração de sistemas

Depois de construída a base territorial pode-se começar a elaborar mapas, que são uma representação visual de varias regiões dos territórios indígenas. Para isso é necessário compor um **Sistema de Banco de Dados Geográficos** – SBDG. Banco de Dados – **BD** é todo local físico ou virtual onde estão armazenados dados de forma relacional. Ou seja, um banco onde dados são armazenados na forma de tabelas relacionáveis entre si através de campos chave (MEDEIROS, 2015).

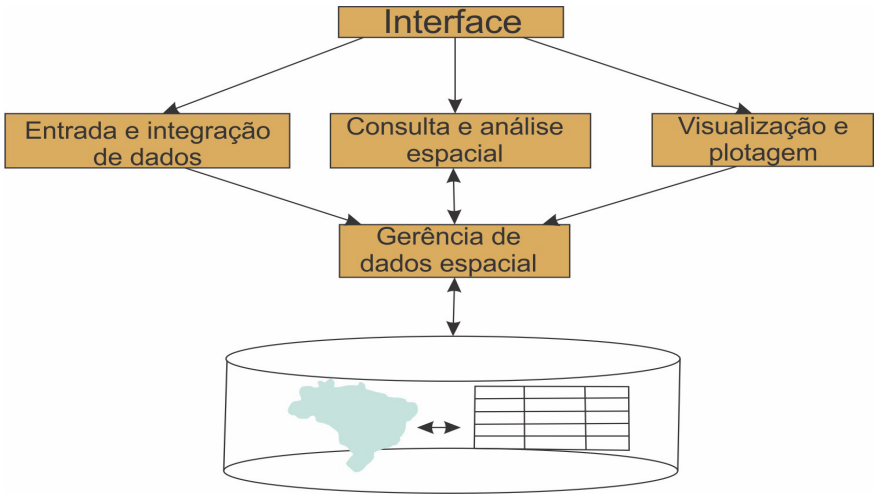
Para a Geoinformação foi utilizado um **Geodatabase** do **ArcGIS**, um banco de dados relacional que armazena dados geográficos. Ele é proprietário e suas conexões com outros *softwares* são bem restritas e complicadas. Contudo, está em processo de desenvolvimento no GEOSI *Web*, que é um banco *PostgreSQL+PostgiSQL*; esses são livres e gratuitos e se conectam em diversos SIGs.

Foram armazenados no **Geodatabase** dados vetoriais, raster, tabulares SIASI, HORUS e dados de outros órgãos e instituição como: Infraestrutura de Dados Especiais – INDE; Agência Nacional da Águas – ANA – Base Hidrográfica Ottocodificadas 2012 – SAD69.

A integração dessas bases cartográficas é o que compõe a estrutura de um **Sistema de Informações Geográfica – SIG,** onde os dados se relacionam de forma hierárquica, como demostrado na Figura 1. No nível mais próximo ao usuário, a interface homem-máquina define como o sistema é operado e controlado. No nível intermediário, um **SIG** deve ter mecanismos de processamento de dados espaciais (entrada, edição, análise, visualização e saída). No nível mais interno do sistema, um Sistema de Gerência de Bancos de Dados Geográficos (SBGD) oferece armazenamento e recuperação dos dados geográficos, armazenamento e recuperação dos dados espaciais e seus atributos (BRASIL, 2006).

De uma forma geral, as funções de processamento de um **SIG** operam sobre dados em uma área de trabalho em memória principal. A ligação entre os dados geográficos e as funções de processamento do SIG é feita por mecanismos de seleção e consulta que definem restrições sobre o conjunto de dados (BRASIL, 2007).

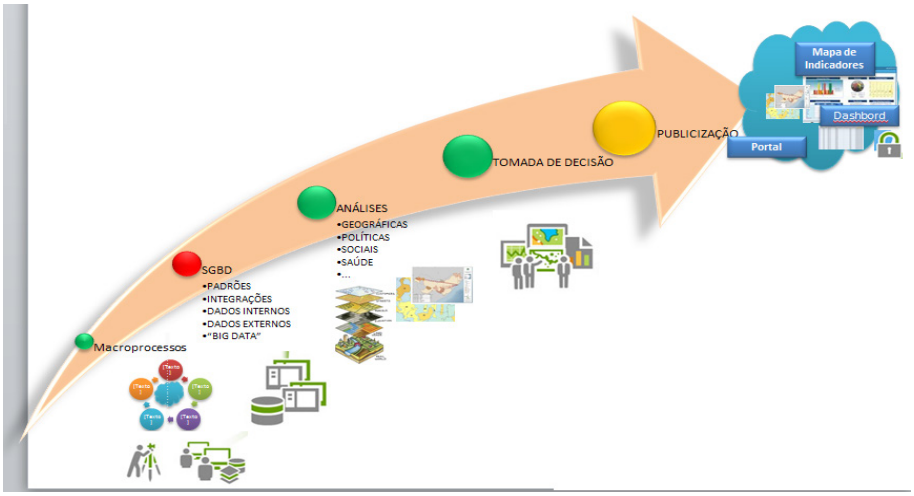
Figura 1 – Estrutura de um SIG.



Fonte: BRASIL, 2006.

A seguir, na Figura 2, é apresentado o funcionamento da estruturação do SIG na saúde indígena. Para realizar os macroprocessos (monitoramento e avaliação em saúde indígena) é necessário construir um SBGD (*Postgres+Postgis*), como dito anteriormente, onde tal processo está em fase de elaboração, mas mesmo assim em **Geodatabase** ou mesmo em *shapefile* algumas análises são construídas, como: monitoramento ou avaliação de metas; indicadores; algumas análises estatísticas e mapeamento de fluxo, como apresentado no Quadro 1; mapas produzidos pela equipe GEO, que são importantes nas tomadas de decisão. Como observado ainda nessa Figura 2 a publicitação também está em fase de construção; parte será publicada no próprio sistema GEOSI *Web*.

Figura 2 – Estrutura do SIG na Saúde Indígena.



Fonte: FRANCISCO, 2015.

Quadro 1 – Lista de Mapas elaborados pela Geoifomação da Saúde Indígena.

Departamento de Gestão
Quantidade de abastecimentos feitos por barco por DSEI no período de 2013 – 2014
Quantidade de (litros) utilizada de combustível para barcos por DSEI período de 01/2013 – 01/2014;
Quantidade de barcos que abasteceram por DSEI no período de 01/2013 – 01/2014;
Valores totais de transações com combustíveis para barcos por DSEI, período de 01/2013 – 01/2014;
Quantidade de postos por município nos DSEIs (Fonte ANP).
Núcleo da Assistência Farmacêutica
Situação de Abastecimento de Medicamentos na CAF dos DSEIs no mês – 2013 a 2015;
DSEIs com ATA de Registro de Preço de Medicamentos Vigente no mês – 2015.
Coordenação de Avaliação e Monitoramento
Acompanhamento de aldeias Georreferenciadas;
Mapa das Casas de Saúde Indígena dos DSEIs;
Mapa de fluxos dos DSEIs – DSEI e Polos Base;

Situação da instalação do sistema nas unidades administrativas alimentadoras do SIASI 4.0 nos DSEI – Junho 2014;
Mapa da Densidade Demográfica por DSEI – 2013;
Mapas: Territorial – Hídrico – Logístico de transporte – População 2012 dos DSEIs e Polos Base;
Regiões de Saúde na área de abrangência dos DSEIs.
Departamento de Saneamento
Porcentagem de aldeia com abastecimento de água no DSEIs – 2012;
Porcentagem de aldeias com SAA nos DSEIs – 2012;
Porcentagem de aldeias SAA com Tratamento nos DSEIs – 2012;
Porcentagem de população com abastecimento de água nos DSEIs – 2012;
Porcentagem de população com SAA nos DSEIs – 2012.
Departamento de Atenção
Doenças em eliminação Ofidismo
DSEIs com capacitação integrada em hanseníase, tracoma, geo-helmitiases e esquistossomose realizadas de 2012 e 2014;
DSEIs com casos novos de hanseníases de 2014 a junho 2015.
DST-HIV-hepatites
Prevalência de hepatites virais B e C na população Indígena e cobertura do tratamento – 2013–2014; Prevalência do HIV da população Indígena e cobertura do tratamento – 2013–2014;
Mapa de Promoção em saúde e Prevenção às DST, AIDS e Hepatites Virais – 2013.
Imunopreníveis
Indicadores de Imunização da Saúde Indígena 2012 e 2013 – Percentual de Esquema Vacinal Completo em crianças < 7 anos de idade;
Indicadores de Imunização da Saúde Indígena 2012 e 2013 – Percentual de vacinação de rotinas nas aldeias e taxa de Homogeneidade por aldeia.
Malária
Incidência Parasitária Anual – IPA 2008, 2009, 20010, 2011, 2012 e 2013;
Classificação de risco de malária nos 25 DSEI da AM Legal em relação à Incidência parasitária Anual – IPA. 2008–2012.
Vigilância Alimentar e Nutricional
Percentual de Acompanhamento de crianças < de 5 anos e gestantes em 2013–2014;

Percentual de crianças < de 5 anos classificadas com Déficit Nutricional e baixo peso em 2013-2014;
Análise dos coeficientes de mortalidade infantil de indígenas > de 1 ano por DSEI – 2009–2013.
Saúde Bucal
Cobertura de primeira consulta odontológica programática – 2014;
Percentual de pessoas atendidas que concluíram o tratamento odontológico básico – 2014;
Média de ação coletiva de Escovação Dental Supervisionada por pessoa – 2014.
Saúde Mental medicina tradicional
Percentual de usuários de psicotrópicos acompanhados regulamente pelas equipes de saúde - 2013;
Percentual de pessoas que tentaram suicídio em 2013 e estão sendo acompanhadas regularmente pelas equipes de saúde;
Óbito por homicídio nº e taxas – 2013;
Índice de Polos Base que realizam ações de prevenção e promoção da saúde mental por DSEI – 2013 e 2014;
Mortalidade por causa violenta por DSEI (Taxa de Suicídio, taxa de homicídios) – 2013.
Tuberculose
Cobertura vacinal da BCG-ID na população indígena por DSEI – Ano 2013 – 2014;
Taxa de incidência de tuberculose por 100.000 habitantes na população indígena dos DSEIs – Ano 2012, 2013 e 2014;
Razão de médicos por habitantes (1.000 pessoas) nos DSEIs em 2013 e 2015.
Coordenação Geral de Articulação
Restrições de Uso e TI com Índios Isolados correlacionadas com DSEIs – 2015;
Terras Indígenas e Etnias de Recente Contato correlacionadas com DSEIs – 2015;
Terras indígenas com a presença confirmada de povos e/ou grupos indígenas isolados correlacionadas com DSEIs – 2015;
Terras Indígenas com Referências e informações de índios isolados correlacionadas com DSEIS – 2015.
Mapas de tipo de modal utilizado nos DSEIs

Fonte: FRANCISCO, 2015.

Publicações dos dados

A disponibilização dos dados ou a sua publicação se dará, além do GEOSI *Web*, pela plataforma da Infra Estrutura de Dados Espaciais (INDE), instituída pelo Decreto n. 6.666 de 27/11/2008 (INDE, 2015). Segundo esse decreto, a disponibilização, o compartilhamento e o acesso a dados e Informações Geoespaciais (IG), bem como aos serviços relacionados, serão viabilizados na INDE através de uma rede de servidores integrados à Internet, que reunirá produtores, gestores e usuários de IG no ciberespaço. Esta rede de servidores denomina-se Diretório Brasileiro de Dados Geoespaciais ou DBDG. O Portal Brasileiro de Dados Geoespaciais (SIG Brasil) é a porta de acesso dos usuários aos recursos distribuídos do DBDG (INDE, 2015).

Considerações finais

Tendo em vista os fatos apresentados, torna-se imperativo que todos se conscientizem de que é necessário à Equipe de Geoinformação ter um plano de ação para concluir o sistema GEOSI *Web* e consequentemente a concretização do Sistema de Banco de Dados Geográficos (SGBDG). Também é imprescindível a publicação dos dados na plataforma INDE, pois é notório que a Equipe conta com o apoio da SESAI, no entanto, não devemos levar em consideração apenas esse aspecto. Trata-se de uma Equipe muito pequena, carente de recursos humanos, a qual dispõe de um baixo orçamento para essa finalidade. Apesar disso, atualmente a Equipe está desenvolvendo um Atlas da Saúde Indígena. Ou seja, um livro contendo o histórico do SESAI disponibilizando mapas cartográficos (hídrico, logístico, populacional, territorial e étnico dos DSEIs), que poderá ser acessado por toda a equipe da SESAI.

Assim sendo, verifica-se que a SESAI tem um grande desafio pela frente com sua infraestrutura insuficiente, com seu orçamento baixo e com a escassez de funcionários. Contudo, a conclusão mais importante desta pesquisa foi que a Geoinformação é uma ótima ferramenta de análise

de dados da saúde indígena e que sua aplicação na gestão deve ser mais explorada.

Deste modo, devemos reconhecer que a Equipe de Geoinformação possui limitações, mas sabemos que a Geoinformação tem a potencialidade de produzir inteligência geográfica, pois ela capacita à atuação e o correlacionamento em diversas áreas políticas, ambientais, legais, jurídicos, sociais, físicos, logísticos, econômicos, estratégicos, financeiros, tributários, mercadológicos, cronológicos e operacionais – podendo, assim, contribuir e melhorar a qualidade de vida dos povos indígenas do Brasil. Além disso, é notório que a Geoinformação referente à saúde indígena é um campo pouco explorado pelo meio acadêmico devido à falta de publicações e acessos aos dados.

Referências

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: nov 2015.

BRASIL. **Diretrizes para Monitoramento da Qualidade da Água para o Consumo Humano em Aldeias Indígenas**: DMQAI / Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Sistemas de Informações Geográficas e Análise Espacial na Saúde Pública** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Simone M. Santos, Reinaldo Souza-Santos, organizadores. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 148 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde; 2). ISBN 978-85-334-1421-1.

BRASIL. **Abordagens espaciais na saúde pública** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; Simone M. Santos, Chistovam Barcellhos, organizadores. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 136 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde; 1). ISBN 85-334-1181-2.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

FRANCISCO, Renato Apolinário. **Os sistemas de informação da SESAI/MS como ferramentas de gestão**. Brasília – DF, agosto de 2015.

FUNAI. Ministério da Justiça. **Saúde**. 2015. Disponível em:<http://www.funai.gov.br/index.php/saude>. Acesso em: nov. 2015.

INDE. **O Diretório Brasileiro de Dados Geoespaciais**. 2015. Disponível em:<http://www.inde.gov. br/>. Acesso em: nov. 2015.

MEDEIROS, Anderson. **O Geoprocessamento e Suas Tecnologias**: Parte 2. 2015. Disponível em: <http://andersonmedeiros.com/geotecnologias-parte2/>. Acesso em 26 nov. 2015.

SESAI. **Secretaria Especial de Saúde Indígena**. Disponível em:<http://portalsaude.saude.gov.br/>. Acesso em: nov. 2015.

SOUSA, Maria da Conceição de. **O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)**: criação, estrutura e funcionamento. Cad. Saúde Publica, Rio de Janeiro, 23(4):853-861, abr. 2007.

SAÚDE E FRONTEIRA: ENTRE O ESPAÇO DA NORMA E O TERRITÓRIO USADO

Alexandre Bergamin Vieira
Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD

Cláudia Marques Roma
Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD

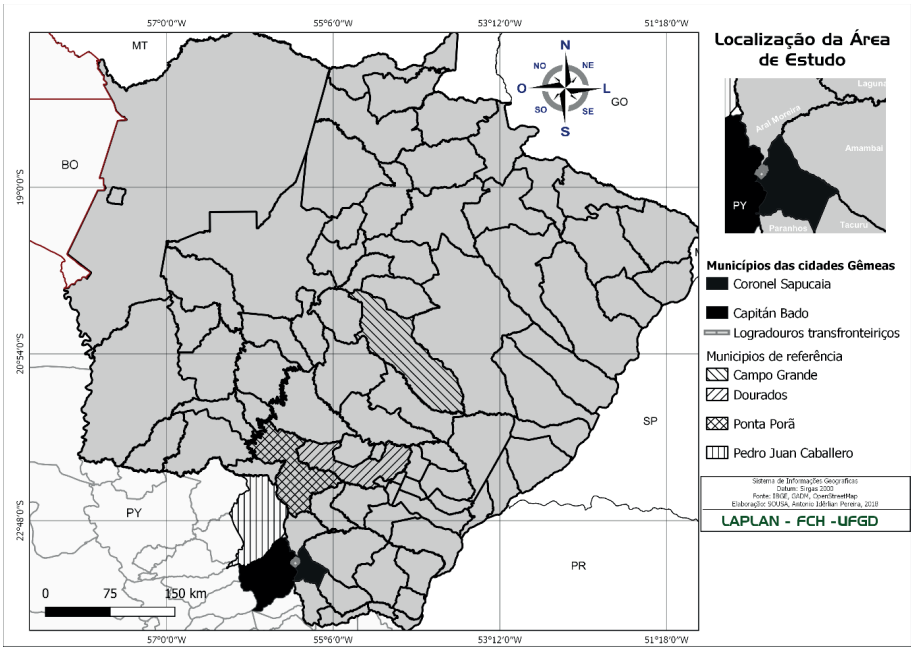
Fronteira, comumente, indica um limite, ela aponta onde tem início ou fim de um determinado território, cujo limite estabelece a soberania nacional e serve para assinalar o que pertence a ele, quais as suas competências e os elementos que dele fazem parte e o que pertence ao outro. Mas, ela não se resume às suas delimitações geográficas. A demarcação normatizada de uma linha ou faixa divisória de natureza política entre duas partes estimula a ocorrência de práticas de afirmação, adaptação e tensão. Ao mesmo tempo que constitui um cenário de intolerância, ambição e morte é também lugar da esperança, de justiça, de alegria e de vida.

Para conhecer e perceber a complexidade da fronteira é necessário vê-la sob diversos ângulos. A visão daqueles que vivem próximos é muito diferente daqueles que vivem longe. Para aqueles que vivem a e/ou na fronteira, esta faz parte do cotidiano, é fonte de trabalho formal e/ou informal, do contrabando, do tráfico e "muambas", do turismo, da riqueza e da pobreza, da inclusão e da exclusão social, ou seja, para além de espaço da norma ela se constitui como território usado, onde as inter-relações culturais, econômicas, sociais e políticas assumem uma determinada frequência e intensidade que se misturam num espaço onde de fato a fronteira parece inexistir, onde "tudo" é possível, desde o transitar, até o engajar-se no mercado de trabalho, passando a usufruir e a transmitir os elemento do que está do lado de cá e do lado de lá, que normativamente se instaura, mas que na prática se esvai.

Neste sentido é que propomos, neste capítulo, analisar as especificidades do espaço normatizado e o território usado nos termos propostos

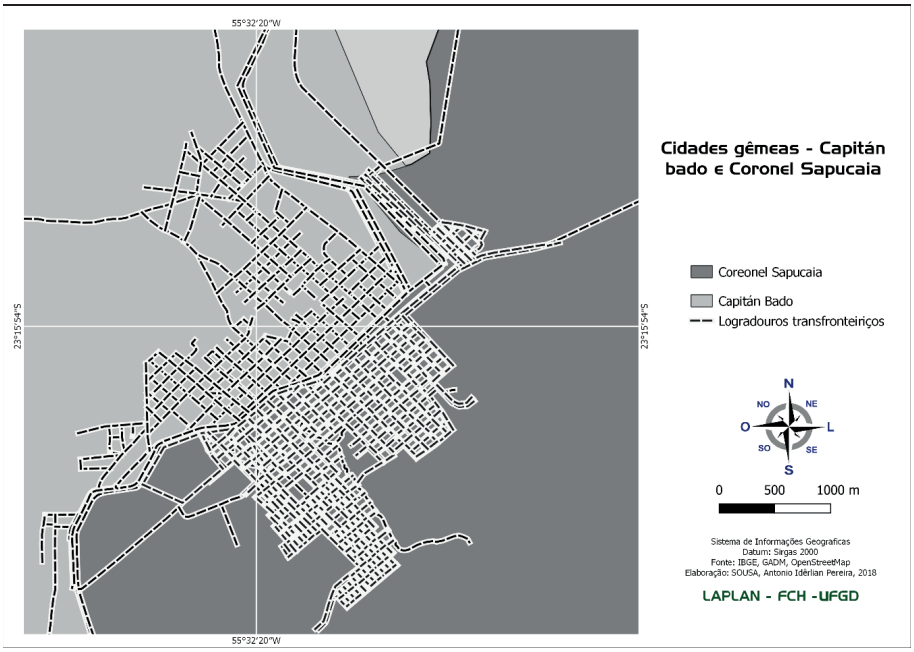
por Santos (1999) nas cidades-gêmeas[3] de Coronel Sapucaia-BR e Capitán Bado-PY, conforme apontaremos nos mapas 1 e 2 a seguir, partindo do acesso aos serviços de saúde pelos moradores das referidas cidades.

Mapa 1 – Localização da área de estudo.



[3] O conceito de cidades-gêmeas não é central na discussão deste trabalho, mas o Grupo de Trabalho Interfederativo de Integração Fronteiriça (2010, p. 21), defende sua definição: "Para entender-se o conceito de cidade-gêmea é importante ter a noção de zona de fronteira. Em linhas gerais, a zona de fronteira é composta pelas 'faixas' territoriais de cada lado do limite internacional, caracterizadas por interações que, embora internacionais, criam um meio geográfico próprio de fronteira, apenas perceptível na escala local/regional das interações transfronteiriças. Na escala local/regional, o meio geográfico que melhor caracteriza a zona de fronteira é aquele formado pelas cidades-gêmeas. Estes adensamentos populacionais cortados pela linha de fronteira – seja esta seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura - apresentam grande potencial de integração econômica e cultural, assim como manifestações "condensadas" dos problemas característicos da fronteira, que nesse espaço adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania".

Mapa 2 – Logradouros das cidades-gêmeas Coronel Sapucaia e Capitán Bado.



Território e fronteira

Ao falarmos em território podemos entendê-lo como uma área ou a extensão geográfica de um município, estado ou país, quando institucionalizado, como também porção de terra onde se exerce domínio e poder, normatizado, legal ou ilegal, contínuo ou intermitente, permanente ou temporário.

A etimologia da palavra território deriva do latim *territorium*, que por sua vez é derivado de terra. Portanto, enquanto termo, é importante destacar que há muitas definições para território, bem como uma grande diversidade e ambiguidade de entendimentos, enquanto conceito, provenientes das diversas áreas do saber, ligadas às ciências humanas, como a Geografia, as Ciências Políticas, o Direito, a Antropologia, a Sociologia e a Psicologia, dentre outras.

Em síntese, não há apenas uma definição de território e sim várias, pois um conceito nunca é consensual, mesmo dentro da mesma área do

conhecimento científico. Para os geógrafos, o território seria a apropriação e o domínio de um espaço geográfico, ao passo que, para os cientistas políticos, os aspectos políticos, geopolíticos e as relações internacionais com os países vizinhos são o que o constituem. Para antropólogos e historiadores, o território pode ser visto como uma unidade repleta de diversidades étnicas, culturais e sociais, inscrito num campo de forças e relações de poder (econômico, político e cultural).

Para Raffestin (1993) o território não existe sem antes haver a apropriação concreta e/ou simbólica e, atualmente, virtual (via conflito ou não) de uma área ou porção de terra, bem como com o desígnio de informar a outros seus limites, suas fronteiras e seu poder de influência. Isso conflui para aquilo que o autor aponta que a formação de um território "implica em comunicação", a partir da qual um ator informa a outros suas intenções e o espaço que ele ocupa e exerce seu poder, bem como as normatizações (RAFFESTIN, 1993, p. 147). Portanto, o ato de informar a outros atores evidencia a manifestação de poder que o primeiro exerce sobre determinada porção do espaço. Havendo aceitação por parte dos "outros", constitui-se um território apaziguado. Do contrário instala-se o território conflituoso, mais comum, pois os atores estão em constante contato e luta por interesses, quando as contradições se estabelecem.

A aceitação ou o conflito remetem às relações políticas, que impõem (ou não) o controle e a subordinação de pessoas e grupos sociais, recursos e lugares, por indivíduos ou um conjunto de pessoas e/ou, principalmente, organizações e instituições (legais ou ilegais) sobre determinado território delimitado pelas suas fronteiras. Portanto, nessa perspectiva, o território pode ser visto como um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder (RAFFESTIN, 1993).

Na perspectiva de Santos e Silveira (2001, p. 19), numa leitura do espaço normatizado politicamente pelos Estados nacionais:

> território é um nome político para o espaço de um país. Em outras palavras, a existência de um país supõe um território. Mas a existência de uma nação nem sempre é acompanhada da posse de um território e nem sempre supõe a existência de um Estado. Pode-se

> falar, portanto, de territorialidade sem estado, mas é impossível se referir a um Estado sem território.

Espaço é delimitado politicamente pela norma, mas, para os autores, para além das normas e suas intencionalidades, o território é sinônimo de espaço geográfico e incorpora elementos e dinâmicas do relacional da materialidade e da imaterialidade, da política, constituído de híbridos.

Para Haesbaert (2004, p. 79) uma leitura integradora do espaço social não deve se pautar numa leitura unidimensional, sendo necessário entender o território como um híbrido: "híbrido entre sociedade e natureza, entre política, economia e cultura, e entre materialidade e 'idealidade', numa complexa integração tempo-espaço", e acrescenta

> Tendo como pano de fundo esta noção "híbrida" (e, portanto, múltipla, nunca indiferenciada) de espaço geográfico, o território pode ser concebido a partir da imbricação de múltiplas relações de poder, do poder mais material das relações econômicas-políticas ao poder mais simbólico das relações de ordem mais estritamente cultural.

Segundo Holzer (1997, p. 83) território também pode ser entendido como um conjunto de "itinerários e lugares". O autor busca compreender o território a partir das relações sociais e culturais que determinadas sociedades mantêm com lugares e itinerários que constituem seu território. Nessa perspectiva, a existência do território não reclama a delimitação de fronteiras fixas, e sim flexíveis, visto que os limites são dados de acordo com as relações (espontâneas ou não, conflituosas ou não) frente (ou junto) a outros grupos, com a necessária alteridade.

A fronteira flexível foi observada na realidade quando da realização de trabalho de campo e entrevistas junto aos moradores das cidades-gêmeas dadas como recorte empírico deste texto. Para a população de Capitán Bado-PY, a relação com os brasileiros é "tranquila; normal; boa; todos se chamam de irmãos; relação de irmandade; cooperação para o bom funcionamento do comércio e serviços de assistência pública; somos iguais; todos são iguais;

sem nenhuma diferença" (INFORMAÇÕES VERBAIS, 2017a)[4]. Das 21 entrevistas duas destacam os conflitos e os preconceitos existentes entre brasileiros e paraguaios. Os moradores de Coronel Sapucaia-BR destacam "melhor impossível; boa; normal; positivo; tranquilo; boa relação comercial e trabalho bastante com clientes paraguaios; relações de trocas, serviços e vivenciais; grande troca cultural" (INFORMAÇÕES VERBAIS, 2017b)[5], também do "lado" brasileiro das 21 entrevistas, três destacam a dimensão do perigo, da violência e das atividades ilícitas.

Portanto, o território e suas fronteiras junto aos sujeitos/agentes sociais que o compõe são história. A história de um território é a história e os movimentos de migrações constantes, de conflitos entre diferentes espaços, de transformações de espaços e de paisagens, constituindo-se em território usado (SANTOS, 1999). Assim como o espaço, o território é produzido (explorado ou utilizado) por formações sociais complexas, com dinâmicas próprias e repletas de contradições e desigualdades. No interior das fronteiras dos territórios, normatizados ou usados, estão presentes as especificidades de cada região, inerentes à dinâmica geral da sociedade, às peculiaridades de cada lugar e tempo histórico, que tem seu limite definido por fronteiras formal e politicamente estabelecidas.

Assim, ao falarmos de fronteira comumente compreendemos que ela indica um limite entre duas áreas, regiões ou países, ou seja, limites entre territórios, ou seja, um espaço normatizado. Ela determina onde tem início ou fim um determinado território, cujo limite estabelece a soberania e o exercício de poder de quem o controla, sejam países, empresas, grupos sociais e/ou étnicos, etc. Portanto, a fronteira, enquanto norma, serve para assinalar o limiar do que pertence a um determinado território, quais as suas competências e os patrimônios que dele fazem parte.

Dessa forma, podemos indicar a existência de uma infinidade de tipologias de fronteira(s), dependendo da natureza da discussão a ser

[4] Entrevistas concedidas por moradores de Capitán Bado-PY aos autores durante a realização de trabalho de campo com a realização de entrevistas e questionários semi-estruturados.

[5] Entrevistas concedidas por moradores de Coronel Sapucaia-BR aos autores durante a realização de trabalho de campo com a realização de entrevistas e questionários semi-estruturados.

realizada, quer na geografia, na sociologia, na antropologia ou na história, dentre outras áreas do conhecimento. Portanto, há fronteiras naturais (um rio) ou artificiais (um muro), há fronteiras marítimas ou terrestres fronteiras povoadas ou inabitadas, fronteiras de tensão ou apaziguadas, linha de fronteira e faixa de fronteira, fronteiras físicas, geométricas, antropológicas e complexas, fronteira agrícola, fronteira política, fronteira econômica, fronteira cultural, fronteira étnica, fronteira linguística, dentre tantas outras que podemos delimitar, que se constituem tanto em fronteiras normatizadas, mas que, invariavelmente, se constituem em territórios usados, onde a norma, em geral, é flexibilizada.

A fronteira, portanto, não se resume às suas delimitações geográficas (rios, vales e montanhas) ou políticas normatizadas. A demarcação normativa de uma linha ou faixa divisória de natureza política entre duas regiões ou países estimula a ocorrência de práticas de afirmação, adaptação, tensão e contradição, que possibilita a construção da fronteira vivida e usada. Isso nos remete à ideia de se observar a fronteira não apenas como um elemento, uma forma, mas como um processo histórico em movimento, de conflitos e de interações. Ao mesmo tempo em que se constitui num "cenário de intolerância, ambição e morte", (MARTINS, 2009 [1997], p. 09), é também "lugar da elaboração de uma residual concepção de esperança, atravessada no milenarismo da espera do advento do tempo novo, um tempo de redenção, justiça, alegria e fartura" (MARTINS, 2009 [1997], p. 10).

A complexidade da fronteira a demarca como fronteira(s), no plural, como destacamos no início desse debate. São diferentes ângulos e perspectivas teóricas, conceituais e de análise, é a visão do "de perto", do "de dentro" e do "de longe", da dinâmica econômica, cultural e/ou política que permeia e perpassa a realidade fronteiriça. É local, pois, de exercício de poder e do seu questionamento, como também do exercício da cidadania e da sua contradição.

Para os que vivem na/da fronteira as inter-relações geográficas, culturais, econômicas, sociais e políticas assumem uma determinada frequência e intensidade:

> que costumes, experiências, gostos, moeda e língua se intercambiam e se misturam, [...] num espaço de fronteira onde de fato a fronteira inexiste, onde tudo é possível, desde o transitar, até o engajar-se no mercado de trabalho, passando a usufruir e transmitir diversas culturas. (CATTA, 1994, p. 15).

Ou seja, a fronteira, muito além de espaço normatizado, se constitui em território usado, nos termos proposto por Santos (1999), na medida em que, para além das normas e das determinações legais, ela é território praticado (RIBEIRO, 2003) e/ou usado, na medida em que as relações sociais e as interações independem de ser e estar na fronteira.

Ao inserir o usado, enquanto substantivo ao território, Santos (1999) incorpora na discussão elementos para além do estritamente material. Ao aprofundar o debate teórico e metodológico referente ao território usado ou sendo usado, Maria Laura Silveira (2008, 2011) apresenta um debate relacional. O território usado inclui todos os atores, todos os aspectos e todas as existências. Nesse sentido, não se restringe apenas às dinâmicas do Estado, como a concepção herdada da modernidade, assim, não cristaliza somente a perspectiva material e, ao mesmo tempo, não a desconsidera, pois território usado é aquilo que constitui materialidade e imaterialidade, ou seja, entende o território usado como matriz da vida social (SILVEIRA, 2011). Nesse sentido, o uso expressa um híbrido de aparência-essência, forma-conteúdo, razão-emoção.

Assim, deve-se pensar na interdependência e na inseparabilidade entre materialidade e ação, isto é, trabalho e política. As normas rígidas, sendo consideradas na unidimensionalidade das decisões políticas do Estado, estruturam formas diferenciadas ao trabalho e aos lugares, não expressando uma justiça socioespacial (SILVEIRA, 2011).

A mesma autora destaca ainda que a vida em comum não se restringe somente às dinâmicas econômicas, pois espaço contém cultura.

Portanto, território usado não pode ser pensado somente através da dinâmica econômica e material, mas também política e cultural.

Para aqueles que (re)conhecem ou observam a fronteira à distância, procuram defini-la por meio da localização geográfica e do espaço normatizado, como por exemplo a linha internacional entre Brasil e Paraguai, na fronteira seca entre Ponta Porã e Pedro Juan Caballero. Há ainda aqueles que a frequentam ou a atravessam eventualmente. Nestes casos a fronteira se apresenta apenas enquanto espaço normatizado, revelando-se apenas como um limite a ser ultrapassado, atravessado, legal ou ilegalmente, com ou sem a permissão das autoridades competentes.

Podemos afirmar, portanto, que a fronteira é um espaço privilegiado da produção de antagonismos e determinações legais — quando considerada apenas como espaço normatizado —mas, também e contraditoriamente, constitui-se, efetivamente, como território usado produzindo solidariedade entre aqueles que nela estão e vivem, reproduz a (re)afirmação e/ou a negação de identidades, da (re)elaboração e da (re)invenção e mescla das tradições, dos (des)encontros dos homens, dos conflitos e das conquistas. Fronteira faz parte da história, possui as suas histórias e as suas geografias.

A transformação de uma fronteira política entre dois países num espaço "transfronteiriço" estimula a mobilidade no seu interior e confere uma nova centralidade política, geográfica, econômica e social nos territórios fronteiriços.

A fronteira não se formaliza numa "faixa" ou "linha", e sim, no seu caráter político, econômico e social de ambos os lados. Ela marca presença em uma série de particularidades: na integração historicamente vivenciada, no papel do comércio, na presença dos marcos e quartéis militares, na ruptura do traçado das ruas, no porte dos imóveis, na organização do espaço urbano e regional, e também na oferta e/ou demanda da prestação de serviços.

Certeau (2000, p. 213) argumenta que a "fronteira funciona como um terceiro" isto é, o espaço existente entre o lado de cá e o lado de lá da fronteira. Numa palavra, fronteira é aquilo que cada um representa, criada

por aquele que a transpõe diariamente, esporadicamente ou nunca. Ou seja, o terceiro seria a mistura entre os espaços normatizados (pelas leis de Estado) e o territórios usados do cotidiano, das vivências, das experiências das pessoas e do próprio Estado.

Portanto, a fronteira não é somente enquanto um fator de limite geográfico, mas também social e espacial, que expressa "modos de diferenciação no contexto espaço-temporal" e, nesse espaço-temporal, "a fronteira é também bio-social: ela delimita um "para cá" e outro "para lá", um 'antes' e um "depois", com um limite marcado e uma área de segurança" (RAFFESTIN, 2005, p. 11-12).

Saúde e/na fronteira Coronel Sapucaia-BR e Capitán Bado-PY: entre a norma e o usado

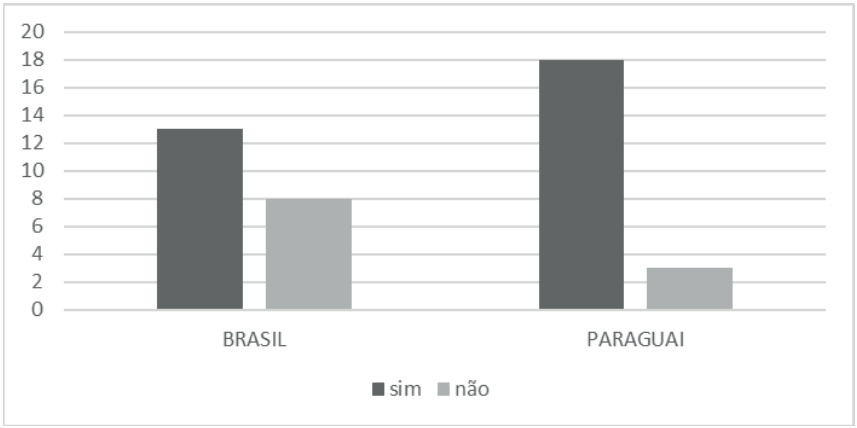
Nesse contexto fronteiriço "terceiro" inserem-se os serviços de saúde, sua oferta, sua demanda e o seu acesso, que, apesar das imposições normativas e legais dos Estados nacionais, se efetiva a partir do movimento e da fluidez da fronteira.

Ou seja, o acesso à saúde na fronteira Brasil (Coronel Sapucaia) e Paraguai (Capitán Bado) se consolida como um "terceiro" pois, ao mesmo tempo que é delimitado e demarcado pelas normas — pois, para se ter acesso à saúde no lado brasileiro, é obrigatória a nacionalidade brasileira, comprovada com documento de identidade oficial, diferentemente do Paraguai, onde não há restrição ao acesso, contudo há somente o serviço privado — no cotidiano das experiências e das vivências do território usado, na maioria das respostas obtidas em entrevistas com os moradores das cidades-gêmeas (gráfico 1), nota-se que tanto paraguaios utilizam os serviços de saúde pública do lado brasileiro como os brasileiros utilizam a saúde privada no lado paraguaio da fronteira — das 21 respostas do lado brasileiro, doze afirmam que paraguaios acessam a saúde no lado brasileiro e dezoito paraguaios afirmam que os brasileiros acessam a saúde em seu país.

Destacam-se as respostas no lado brasileiro aquelas que afirmam que "é bom pois saúde é para todos" e "todos têm direito a receber ajuda,

independente da nacionalidade". No lado paraguaio as respostas refletem a mesma concepção: não podemos negar saúde para ninguém, pois somos seres humanos" e "temos de ter a opção de sermos atendidos nos dois lados".

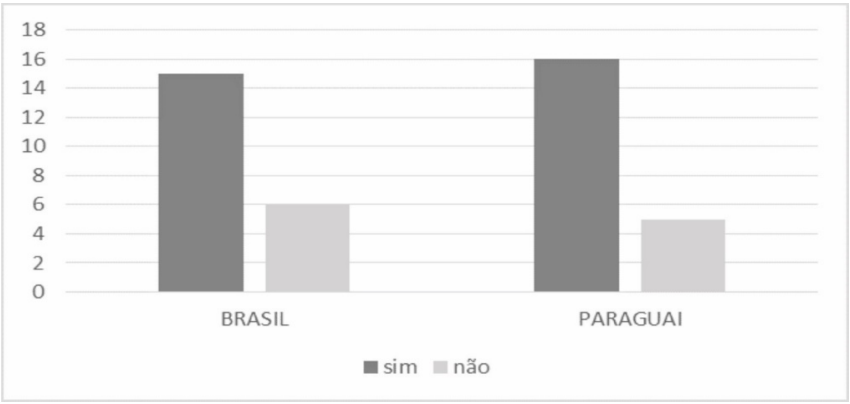
Gráfico 1 - População paraguaia e o acesso os serviços de saúde em Coronel Sapucaia, 2017.



Fonte: Trabalho de campo, 2017.
Organizado pelos autores.

Outro elemento importante que revela a imbricação entre o espaço da norma e o território usado e reforça a fronteira como um terceiro é que as entrevistas revelaram a facilidade no acesso aos serviços de saúde nos dois lados da fronteira, como apontamos no gráfico 2, a seguir, quando 71,4% (15) das respostas dos brasileiros e 76,1% (16) das respostas dos moradores paraguaios apontarem ser fácil o acesso aos serviços de saúde dos dois lados da fronteira.

Gráfico 2 - Facilidade de acesso aos serviços de Saúde na fronteira Coronel Sapucaia-Capitán Bado, 2017.

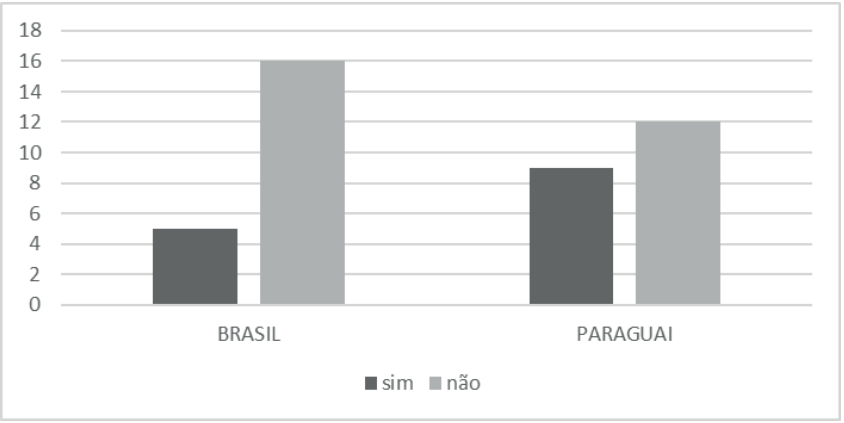


Fonte: Trabalho de Campo, 2017.
Organizado pelos autores.

Contudo, como a fronteira é controversa, há as respostas que revelam o conflito: "numa opinião pessoal: é melhor cada um no seu cantinho, coisas do Paraguai no Paraguai, serviços do Brasil no Brasil" e "mas atrapalham o atendimento dos cidadãos brasileiros tirando suas vagas" (respostas de moradores de Coronel Sapucaia); "porque roubam os serviços dos paraguaios" e "não concordo os brasileiros utilizarem aqui, porque eles não deixam os paraguaios utilizarem nada lá, aí sobrecarrega aqui" (respostas dos moradores de Capitán Bado).

Essas falas são corroboradas com os dados do gráfico 3, que aponta que os serviços em saúde oferecidos na fronteira Coronel Sapucaia e Capitán Bado não são suficientes para atender a demanda da população fronteiriça, apesar das respostas serem diferentes para os moradores das duas cidades/países.

Gráfico 3 - Serviços de Saúde atendem à demanda na fronteira Coronel Sapucaia-Capitán Bado, 2017.



Fonte: Trabalho de Campo, 2017.
Organizado pelos autores.

O acesso à saúde constitui-se como parte integrante do cotidiano dos cidadãos, expressando o território usado "como campo de forças, lugar da dialética entre Estado e Mercado, entre uso econômico e usos sociais dos recursos, lugar do conflito entre localidades, velocidades e classes" (SANTOS, 1999, p. 7). Isso se revela a partir de relatos dos moradores da fronteira, de ambos os lados, quando afirmam que, mesmo com a obrigatoriedade da comprovação da nacionalidade brasileira (espaço da norma) para utilização dos serviços de saúde pública no Brasil, há o acesso por cidadãos paraguaios ao serviço (território usado) quando urgente e necessário, a partir do "jeitinho" para que isso ocorra.

Peiter (2005, p. 57) ao trabalhar com saúde na fronteira expressa que "a faixa de fronteira não pode ser pensada como uma região contínua e homogênea", além disso, para as cidades de fronteira a interação entre os sujeitos/agentes sociais é intensa e o acesso aos serviços de saúde não podem ser restringidos às normas estabelecidas ou mesmo impostas pelos agentes do Estado Nacional. O território usado pode, e tem toda a propriedade, para redefinir as normatizações impostas de cima para baixo,

principalmente quando se referem às políticas públicas de acesso aos serviços de saúde nas fronteiras.

Para Santos (1999, p. 19) "a ciência política de modo geral ignora o território", trabalha com divisões escalares, mas não considera o conteúdo social, "o dinamismo socioterritorial, socioespacial, essas formas-conteúdos que tem a ver com a existência" e acrescenta que o território "aparece como estatística, que são caixinhas que vamos abrindo à medida que necessitamos produzir o discurso".

A análise do acesso à saúde na fronteira permite-nos entender os processos de efetivação das políticas públicas através dos sujeitos/agentes sociais que habitam e produzem territorialidades específicas em cada espaço. Pois as regiões, os territórios são produtos históricos, sendo produzidos tanto pelo poder e ação do Estado como pelos poderes e, principalmente, ações dos agentes/sujeitos sociais.

Na relação Saúde-Fronteira, as múltiplas territorialidades devem ser consideradas, pois é na escala do território usado que a produção e reprodução das relações sociais se expressam Machado e Haesbaert et al. (2005, p. 88) afirmam que:

> Nos âmbitos sub-nacional e local despontam sinais de insatisfação com o modelo tradicional de relações hierárquicas entre o estado/região (inferior) e o centro decisório nacional (superior), e que se expressa na faixa de fronteira pela crítica ao desconhecimento dos efeitos nestas escalas de decisões tomadas na esfera federal e ao não reconhecimento das especificidades territoriais dos municípios de fronteira.

Numa perspectiva integradora, como aponta Haesbaert (2004, p. 279), "territorializar-se significa também, hoje, construir e/ou controlar fluxos/redes e criar referenciais simbólicos num espaço em movimento, no e pelo movimento". Espaço e saúde na fronteira se processam contraditoriamente no controle e no constante movimento.

Movimento que ora fixa-se nas normas de nacionalidade, ora expressa-se na fluidez da "ilegalidade" no que tange o acesso à saúde. Mas é nesse movimento entre as normas (fixas) e movimento do território que

se produzem as múltiplas territorialidades do acesso à saúde na fronteira. Espaço da norma e território usado se distanciam e se aproximam.

A complexidade do acesso à saúde nas cidades de fronteira expressa as desigualdades socioespaciais, pois "além dos indivíduos, o território e o lugar são reveladores 'das geografias da desigualdade'" (DANTAS; ARANHA, 2009, p. 130).

Santos (1985, p. 10) aponta que o lugar atribui aos elementos constituintes do espaço um valor particular. Cada elemento do espaço — homens, empresas, instituições, meio — adquire características próprias, mesmo estando subordinados ao movimento do todo. O autor destaca que as fábricas com o mesmo poder econômico e político apresentam diferenciações de resultados, se considerarmos suas localizações, e também os indivíduos, dispondo da mesma formação e virtualidades, "não têm a mesma condição como produtores, como consumidores e até mesmo como cidadãos" devido à localização.

Considerações finais

Para os que vivem diariamente o ir e o vir há diferenças no territorializar-se "fronteiriço":

> "na fronteira tem a visão de duas culturas"; "morar em uma cidade que não é fronteira é diferente, pois não se tem tanta proximidade com as pessoas do país vizinho"; "pelo fator do movimento das pessoas e do comércio"; "pela linguagem"; "a influência do Paraguai é muito boa"; "acesso às compras"; "diversas moedas circulando: guarani, real e dólar e a língua"; "já morei em Dourados. Tudo lá é muito ruim. As pessoas se limitam nas trocas entre elas mesmas e aqui na fronteira a integração é maior"; "violência e os homicídios"; "entender o português, a relação com a língua e os costumes"; "existe a diferença do comércio local/internacional"; "a dificuldade em entender as línguas"; "a facilidade em acessar as compras"; "na zona da fronteira é tudo mais prático e fácil"; "as coisas são mais certas"; "a amplitude da mobilidade é maior na fronteira"; "segurança é mais reforçada". (INFORMAÇÕES VERBAIS, 2017a e 2017b).

Nesse contexto geográfico específico, de intensas trocas culturais, sociais, econômicas e políticas, as políticas públicas em saúde devem considerar para além das normatizações as múltiplas relações territoriais. Relações territoriais entre as normas do Estado (Brasil e Paraguai) e as territorialidades produzidas no movimento de produção e reprodução das relações sociais no território usado devem ser complementares e cooperadas na promoção de melhores condições de vida da população fronteiriça.

Dessa forma, ao analisarmos os dados da realidade socioespacial podemos compreender as demandas, os desafios, as readequações e as soluções encontradas por aqueles cidadãos fronteiriços no que se referem aos serviços de saúde na fronteira Brasil (Coronel Sapucaia) e Paraguai (Capitán Bado).

Referências

BRASIL. Ministério da Integração Nacional – Secretaria de Programas Regionais. **Bases para uma proposta de desenvolvimento e integração da faixa de fronteira**. 2010, p. 21-23. Disponível em: <http://www.mi.gov.br/documents/4085233/0/BasesFaixadeFronteira.pdf/4c044041-a3d9-4aac-b1fa-f187ca12a276>. Acesso em: 01 out. 2018.

CATTA, L. E. **O cotidiano de uma fronteira**: a perversidade da modernidade. 1994. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano**: artes de fazer. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

DANTAS, A; ARANHA, P. R. Saúde na perspectiva da geografia nova. **Revista Mercator**, Fortaleza, v. 8, n. 16, p. 125-132, 2009.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização**: do "fim dos territórios" à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HAESBAERT, R. **Des-territorialização e identidade**: a rede gaúcha no Nordeste. Niterói: EdUFF, 1997.

HOLZER, W. Uma discussão fenomenológica sobre os conceitos de paisagem e lugar, território e meio ambiente. **Território**, Rio de Janeiro, n. 3, jul./dez. 1997.

INFORMAÇÕES VERBAIS. **Entrevistas concedidas por moradores de Capitán Bado-PY** (2017). Entrevistadores: Alexandre Bergamin Vieira e Claudia Marques Roma. Arquivo .doc. Dourados, 2017a.

INFORMAÇÕES VERBAIS. **Entrevistas concedidas por moradores de Coronel Sapucaia-BR** (2017). Entrevistadores: Alexandre Bergamin Vieira e Claudia Marques Roma. Arquivo .doc. Dourados, 2017b.

MACHADO, L. et al. O desenvolvimento da faixa de fronteira – uma proposta conceitual-metodológica. In: OLIVEIRA, T. C. M. de (Org.). Território sem limites: estudos sobre fronteiras. Campo Grande: Ed. da UFMS, 2005.

MARTINS, J. S. **Fronteira**: a degradação do outro nos confins do humano. São Paulo: HUCITEC, 2009 [1997].

PEITER, P. C. **A geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio**. 2005. 334 f. Tese (Doutorado em Geografia) - Programa de Pós-Graduação em Geografia, Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

RAFFESTIN, C. A ordem e a desordem ou os paradoxos da fronteira. In: OLIVEIRA, T. C. M. de (Org.). **Território sem limites**: estudos sobre fronteiras. Campo Grande: Ed. da UFMS, 2005.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

RIBEIRO, A. C. T. Pequena reflexão sobre categorias da teoria crítica do espaço: território usado, território praticado. In: SOUZA, M. A. A. de (Org.). Território brasileiro: usos e abusos. São Paulo: Edições Territorial, 2003.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. Cadernos IPPUR, Rio de Janeiro, ano XIII, n. 2, p. 15-26, 1999.

SANTOS, M. Espaço e método. São Paulo: Nobel, 1985.

SILVEIRA, M. L. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI a história de um livro. **Acta Geografica**, V. edição especial, 2011.

_____. Globalización y territorio usado: imperativos y solidariedades. **Cuadernos del CENDES**, Caracas, Ano 25, n. 69, terceira época, set./dez., 2008.

TRADIÇÃO E MODERNIDADE NAS QUESTÕES DE SAÚDE DO POVO PAITER SURUI: AMAZÔNIA OCIDENTAL BRASILEIRA

Daniel Delani
Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR

Francisco Mendonça
Universidade Federal do Paraná – UFPR

A denominação índio ou indígena, segundo os dicionários da língua portuguesa, significa nativo, natural de um lugar. É também o nome dado aos primeiros habitantes (habitantes nativos) do continente americano, os chamados povos indígenas. A compreensão do modo de vida dos indígenas não pode se dissociar de suas representações cosmogônicas, posto que as concepções de mundo encontram-se vinculadas à espiritualidade e à cultura. Ambas passam por um processo de ressignificação e apresentam um dinamismo com a incorporação de valores externos, advindos da colonização (ALMEIDA SILVA, 2012).

Luciano (2006) destaca que o processo de reafirmação das identidades étnicas, articulado no plano estratégico pan-indígena, por meio da aceitação da denominação genérica de índios ou indígenas, resultou na recuperação da autoestima dos povos indígenas perdida ao longo dos séculos de dominação e escravidão colonial. Segundo o autor, "o índio de hoje é um índio que se orgulha de ser nativo, de ser originário, de ser portador de civilização própria e de pertencer a uma ancestralidade particular" (p.33). Os povos indígenas, que por força de séculos de repressão colonial escondiam e negavam suas identidades étnicas, agora reivindicam o reconhecimento de suas etnicidades e de suas territorialidades nos marcos do Estado brasileiro.

De acordo com o IBGE (2010), a população indígena brasileira é de 817.963 pessoas. A região Norte concentra a maior parte dessa população, totalizando 305.873 indígenas. Para compreendermos o objeto de

estudo desta pesquisa, é preciso entender como a Saúde Indígena encontra-se estruturada pelo Estado brasileiro.

Neste sentido, foi criado o subsistema de atenção à saúde indígena brasileiro em 1999, por meio da Lei 9.836/99, conhecida como Lei Arouca. Ele é composto pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e configura-se em uma rede de serviços implantados nas terras indígenas para atender a esta população, a partir de critérios geográficos, demográficos e culturais.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos indígenas no SUS. Criada em outubro de 2010, ela surgiu a partir da necessidade de reformulação de sua gestão como uma demanda reivindicada pelos próprios povos indígenas durante as conferências nacionais de saúde.

Três departamentos compõem a estrutura administrativa da SESAI: Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI); Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI) e Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde (DSESI). Trinta e quatro Distritos Especiais Indígenas são responsáveis pela execução de ações de atenção à saúde, de saneamento ambiental e de edificações nas aldeias. Os distritos foram divididos por critérios territoriais tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Trezentos e cinquenta Polos Base, localizados em sua maioria em terras indígenas, são unidades de apoio aos distritos e às equipes multiprofissionais. Cada polo é responsável por um conjunto de comunidades. Sessenta e oito Casas de Saúde Indígena (CASAIs) fornecem serviço de apoio aos pacientes encaminhados à rede do SUS. Elas fornecem alojamento e acomodações para pacientes e acompanhantes, presta assistência de enfermagem e é responsável por marcar e acompanhar os indígenas em consultas, exames ou internação hospitalar.

Além dessa infraestrutura, a SESAI dispõe de setecentas e cinquenta e uma Unidades Básicas de Saúde Indígena, localizadas em diferentes aldeias ao longo do país, com médicos, odontólogos e enfermeiros. Também são realizados exames clínicos, pré-natal, vacinas, ações de promoção e prevenção a saúde dos povos indígenas. O foco principal dessa rede é

fornecer atenção e assistência à população aldeada. Na comunidade Paiter Surui – Aldeia linha 09, encontramos uma dessas unidades do Programa Saúde Indígena, inaugurada no ano de 2014. O valor da obra foi de R$ 230.218,73, e a construção, financiada pelo Governo Federal, corresponde a um posto de saúde tipo IV, onde são realizados, de forma intermitente, diferentes atendimentos básicos de saúde.

Para prosseguirmos com nossa argumentação, é importante compreender a concepção indígena de saúde e doença, para uma posterior análise dos aspectos relacionados a saúde, tratamento e prevenção. De acordo com Luciano (2006, p.173), o estado de saúde e doença para os povos indígenas, em seu principal aspecto, é o resultado do tipo de relação individual e coletiva que se estabelece com as demais pessoas e com a natureza. Para os povos indígenas existem duas maneiras de se contrair doença: por provocação de pessoas (feitas) e por provocação da natureza (reação). Isto é muito importante, porque para os povos indígenas não existe doença natural, biológica ou hereditária. Ela é sempre adquirida, provocada e merecida moral e espiritualmente. A saúde sim é natural, pois é a própria vida, uma dádiva da natureza, porém sua manutenção depende de permanente vigilância e cuidado contra os espíritos maus da natureza. A doença, portanto, é o resultado da luta interna da natureza entre os espíritos "bons" e os espíritos "maus"; o espírito mau refere-se à capacidade de reação e autodefesa da própria natureza quando ela é transgredida. Assim, a saúde não se constitui como espaço autônomo ou isolado, mas refere-se às questões mais gerais das relações sociais, das relações com a natureza, da cosmologia, da organização social, do exercício do poder, etc.

Desta forma, a doença tem sua origem na natureza, seja como uma reação dela mesma ou quando é provocada ou manipulada pelos homens. Neste último caso, enquadra-se o papel do pajé, um profundo conhecedor dos segredos e das capacidades da natureza. O pajé é uma espécie de intermediário entre os seres naturais e os sobrenaturais, desde a criação do mundo, quando os seres humanos e os não-humanos violaram as primeiras regras da natureza, da qual eles faziam parte, por se comportarem de forma distinta ou superior a ela. Foi nesse momento que surgiu a primeira

doença, como resultado de transgressão das leis da natureza (LUCIANO, 2006).

A medicina indígena é uma das expressões culturais que mais se mantiveram ao longo do tempo, apesar da colonização. O sistema de saúde indígena, desde sua criação, passou por uma série de dispositivos legais que moldaram e regularam o seu funcionamento, levando em consideração as peculiaridades dos diferentes povos indígenas. Instituíram-se modelos de gestão e atenção à saúde peculiares e complexos. Desta forma, buscamos analisar os principais aspectos relacionados à saúde do Povo Paiter Surui, correlacionando-as aos principais processos de saúde-doença que afetam essa população. Ademais, buscamos ainda verificar qual é a relação com a medicina moderna praticada pela SESAI nessa comunidade.

Esta pesquisa é resultado do trabalho de campo realizado no Programa de Pós-Graduação em Geografia da Fundação Universidade Federal de Rondônia PPGG/UNIR, no período de 10 a 12 de dezembro de 2016. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa realizada através de entrevistas com o povo Paiter Surui residentes da linha 09, na comunidade 07 de Setembro, no município de Cacoal.

Configuração social, demográfica e política do Povo Paiter Surui

Os povos indígenas, por serem sociedades fundamentalmente guiadas por princípios de direitos coletivos, são constituídos por organizações sociais complexas, na sua grande maioria não formais, não escritas, mas que operam como referência para a vida individual e grupal (LUCIANO, 2006). Os Surui de Rondônia, autodenominados *Paiter-Surui* – Gente de Verdade, hoje preferem ser chamados de Paiter Surui, respeitando a autodenominação e o nome dado pela FUNAI. Constituem uma população de aproximadamente 1.400 pessoas que falam uma língua do tronco Tupi e família Mondé (CARDOZO, 2014).

Organizam-se em metades compostas por grupos exogâmicos patrilineares[6]: *Gamep*, *Gamir*, *Makor* e *Kaban* (CARDOZO, 2014). Os *Paiter* são poligâmicos e mantêm o casamento avuncular, isto é, a regra de casamento em que o homem se casa com a filha de sua irmã. Também há ocorrência de casamentos entre primos cruzados. Já primos paralelos são considerados irmãos, portanto não devem se casar (ISA, 2017).

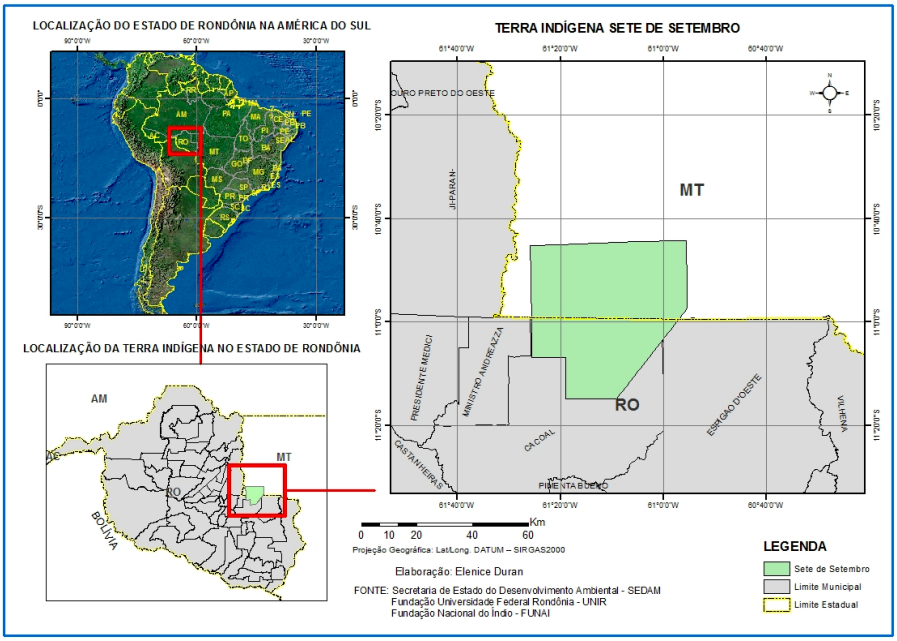
Vivem na Terra indígena *Paiterey Karah* (Terra indígena Sete de Setembro), em um território de aproximadamente 248.147 mil hectares, localizado no sudoeste de Rondônia e noroeste de Mato Grosso, região fronteiriça entre os municípios de Cacoal (estado de Rondônia) e Aripuanã (estado do Mato Grosso); (CARDOZO, 2014). A demarcação dessa Terra Indígena se deu em 1976, e a posse permanente foi declarada pela Portaria n. 1.561 de 29 de setembro de 1983, tendo sido homologada pelo Decreto n. 88.867 de 17 de outubro de 1983, pelo presidente João Figueiredo (CARDOZO, 2011). Atualmente, 28 comunidades diferentes vivem nessa terra indígena.

Assim como vivenciado por muitos povos indígenas no Brasil, seu território era maior antes do processo de colonização. Muitos recursos naturais que eram utilizados pelas comunidades do povo Paiter Surui foram excluídos dessa demarcação e os índios não mais tiveram acesso a tais recursos. Um desses elementos destacados pelos nossos entrevistados é o cipó, utilizado para construção de suas casas típicas. Atualmente os índios da Aldeia linha 09 residem todos em construções de madeira semelhantes às edificações encontradas na periferia das cidades brasileiras.

Chega-se a esta comunidade, a partir de Cacoal, através das linhas de acesso 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 14, pelo fato de as aldeias estarem distribuídas ao longo dos seus limites, tanto por questões de segurança, quanto de aproveitamento de antigas sedes de fazendas deixadas por invasores que se estabeleceram dentro da área nas décadas de 1970 e 1980 (Mapa 1).

[6] Casamento entre indivíduos pertencentes a grupos étnico-raciais distintos organizados através da linhagem paterna.

Mapa 1- Localização geográfica da Terra Indígena Sete de Setembro.



Fonte: Secretaria de Estado de Desenvolvimento (SEDAM); Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR) e Fundação Nacional do índio (FUNAI). Disponível em: <http://confins.revues.org/docannexe/image/10218/img-1.png>.
Elaboração: Elenice Duran Silva (2015).

O portal do Instituto Socioambiental (ISA), através do sítio eletrônico dos povos indígenas no Brasil, esclarece que a denominação de linhas é corrente na região, proveniente da marcação dos lotes dos projetos de colonização e expansão fronteiriça. São basicamente estradas que dão acesso a lugares outrora inacessíveis, ao mesmo tempo em que marcam geograficamente a área. Todas as 28 comunidades são identificadas através do uso dessa numeração.

O mesmo portal destaca que o povo Paiter Surui foi contatado por expedição oficial da FUNAI, chefiada pelo sertanista Francisco Meirelles, em sete de setembro de 1969. Naquela ocasião verificava-se o início da migração de um grande número de pessoas oriundas do sul do país para Rondônia em busca de terras e melhores condições de vida, com estímulo do Governo Federal, através dos programas do Instituto Nacional

de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). Segundo Cardozo (2011), o resultado inicial do contato com a população indígena foi a redução de 5.000 para 250 indivíduos. O autor destaca que, apesar dos impactos sobre sua cultura, os Paiter Surui mantêm muito de seus costumes, sua língua e diversos aspectos cosmológicos.

A Terra Indígena Sete de Setembro é banhada pela bacia do rio Branco, afluente do rio Roosevelt e que se forma a partir da junção dos rios Sete de Setembro e Fortuninha. Os principais afluentes do rio Branco que drenam a área são o Ribeirão Grande, o rio Fortuninha e o Fortuna, na margem direita. Na margem esquerda há os rios Igapó (nomeado pelos *Paiter*) e o rio São Gabriel, além de outros sem denominação em carta topográfica do IBGE.

Segundo descrições do Projeto Radam Brasil – projeto de 1978 pertencente ao Ministério das Minas e Energia/Departamento Nacional de Produção Mineral, cujo objetivo era mapear a região amazônica para fazer o levantamento de recursos naturais – na área onde se encontra a Terra Indígena Sete de Setembro existem três tipos de cobertura florestal: Floresta Tropical Aberta, a mais extensa, Floresta Tropical Densa e Área de Tensão Ecológica, menos extensa (ISA, 2017).

O clima predominante é o tropical quente e úmido. As temperaturas médias anuais variam em torno de 24º C com duas estações bem definidas, com forte decréscimo de precipitação no inverno, apresentando três meses de estiagem (junho, julho e agosto).

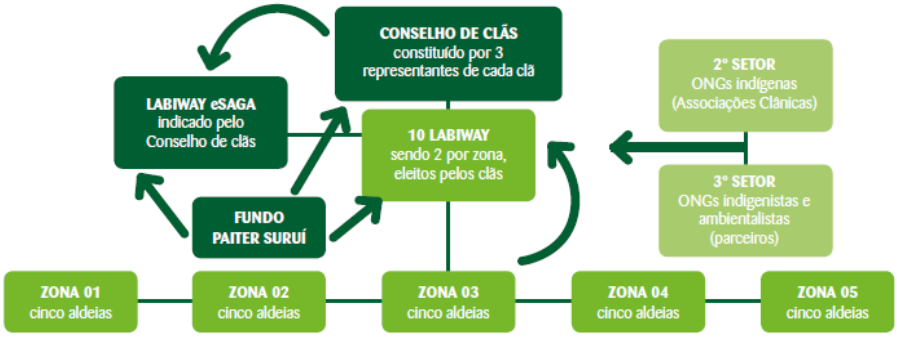
Sua economia é baseada na produção agrícola, com produção de roças tradicionais e manejo de café, banana, mandioca, milho, amendoim e, recentemente, castanha. Existem as roças coletivas para o sustento da comunidade e as roças particulares, localizadas nos fundos das casas de cada família, onde o provento é destinado à alimentação de seus moradores. Influenciados pela pecuária característica da região e sob opiniões divergentes a respeito do assunto dentro da comunidade, há um pequeno número de cabeças de gado que são administradas pelos índios mais jovens. No momento, a pecuária ainda não é utilizada como fonte de renda.

No que diz respeito à organização política, a chefia *Surui* é difusa. Existem muitos chefes, dos diversos clãs e aldeias, no entanto, os mais poderosos são aqueles que possuem as maiores roças e costumam ser mais generosos no provimento da "chicha" (bebida fermentada de milho), além de serem exímios em confeccionar flechas. Há também os chefes cerimoniais nos trabalhos coletivos. Cada clã possui um chefe e a chefia muda de tempos em tempos, sendo passada de pai para filho, além de poder ser transmitida a um irmão a outro caso o chefe não possua filhos. O mais comum é o homem chefiar o grupo de irmãos, podendo um sogro ser o chefe dos genros, caso eles morem na mesma casa.

No âmbito da representação do povo frente aos agentes da sociedade nacional, os *Surui* elegem chefes mais jovens por se expressarem melhor em português; porém, na vida aldeã, a chefia continua sendo a tradicional. As lideranças indígenas, denominadas lideranças políticas ou "novas lideranças", são aquelas que recebem tarefas específicas para atuar nas relações com a sociedade não indígena – geralmente pessoas que não seguiram os processos socioculturais próprios ou tradicionais para chegarem ao posto.

Por não haver uma centralização política, em certas ocasiões faltava consenso entre os líderes locais, acarretando conflitos internos que inviabilizavam a tomada de algumas posições representativas de todo o povo. Para dirimir esses conflitos, em 2010 foi criado o Parlamento Paiter Surui, uma organização política formada pelos presidentes de associações de clãs, pelo Conselho de Anciões (PAMOTOD EY), por parlamentares eleitos pelo povo (LABIWAY EY) e o Líder Maior do povo Paiter Surui (LABIWAY ESAGAH). Os princípios do Parlamento Paiter Surui se fundamentam nos valores básicos que direcionam todas as ações que dizem respeito à vida da comunidade e à utilização dos recursos naturais da Terra Indígena Sete de Setembro. Esse Parlamento busca a retomada cultural, igualdade social e desenvolvimento sustentável (Figura 1).

Figura 1- Sistema de governança do Povo Paiter Surui.



Fonte: Cardozo (2011). Disponível em: < https://polis.revues.org/docannexe/image/10117/img-2-small580.jpg>.

Conforme Luciano (2006), as aldeias indígenas tinham apenas lideranças denominadas tradicionais, ou seja, os caciques ou tuxauas, que tinham a função de organizar, articular e representar a aldeia ou o povo diante de outros povos. São denominados líderes tradicionais porque seguem ou cumprem as condições e as regras herdadas dos seus pais ou ancestrais e aceitas pelo grupo. O surgimento de organizações indígenas veio modificar a configuração dos espaços de poder presentes nas comunidades e nos povos indígenas, pois surgiram novas pessoas que passaram a ter funções importantes na vida coletiva, como é o caso dos dirigentes de organizações indígenas, dos professores, dos agentes indígenas de saúde e de outros profissionais indígenas.

É válido ressaltar que, em 2000, os Paiter Surui elaboraram um Plano de Desenvolvimento Etnoambiental, em que fizeram o planejamento de ações a serem desenvolvidas no período de 50 anos, baseado nos eixos temáticos: Saúde, Segurança Alimentar, Economia, Meio Ambiente, Educação, Cultura, Religião e Fortalecimento Institucional. Estes temas têm como objetivo fortalecer a cultura Paiter e facilitar a tomada de decisões.

Resultados e discussão

Os povos indígenas vêm experimentando mudanças no estilo de vida que têm repercutido na emergência das doenças crônicas não

transmissíveis, a destacar: dislipidemias, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças psiquiátricas e alcoolismo (SANTOS; COIMBRA JR., 2003). Assim sendo, a procura por serviços de saúde especializados tende a aumentar, acompanhando a crescente mudança no perfil epidemiológico desses povos.

Nesse contexto, Pereira et al. (2014) destaca que é alvo de atenção primária da saúde desencadear intervenções nas comunidades indígenas com vista à promoção da saúde e prevenção de doenças, que poderão colaborar para melhoria das condições de vida dessa população. Ao mesmo tempo, é fundamental que os serviços de saúde de média e alta complexidade conheçam os aspectos socioculturais que interferem nos processos de saúde e doença dos diferentes povos indígenas para acolher e intervir segundo suas necessidades, propondo projetos de cuidado mais efetivos e condizentes com o entendimento e a realidade de cada grupo populacional.

Apesar da infraestrutura da SESAI disponível na aldeia da linha 09, a saúde é precária, não havendo profissionais nas aldeias, e os agentes indígenas de saúde não tem apoio nem formação para exercer a profissão. Esta situação acaba gerando a saída de vários indígenas para serem atendidos na cidade, expondo-os a uma série de outras doenças. Na maioria das vezes, voltam para a aldeia com outras enfermidades, além daquela que os levou à cidade. Cardozo (2011) destaca que o Governo faz o discurso da saúde diferenciada, mas o que se vê na prática é que isto não ocorre.

A cidade usualmente utilizada pelos 144 moradores da aldeia da linha 09, como referência de saúde e demais serviços do estado é Cacoal[7], localizada aproximadamente a 40 km de distância da aldeia.

Sobre essa questão do atendimento fora da aldeia, um dos agentes entrevistados nos revelou o preconceito e a discriminação que os povos indígenas sofrem durante sua estadia nas unidades de saúde do município de Cacoal e demais localidades vizinhas. Destaca que os principais motivos dessa situação são a língua, as diferenças culturais e religiosas.

[7] Município brasileiro do estado de Rondônia com 78.854 habitantes (IBGE, 2010). Atualmente é o quinto maior município do estado movido principalmente pelas grandes indústrias do setor madeireiro, agropecuário e comércio.

Mesmo com uma mudança de concepção em curso, as populações indígenas ainda são vistas pela sociedade brasileira ora de forma preconceituosa, ora de forma idealizada. As populações rurais, muitas vezes dominadas política, ideológica e economicamente por elites municipais com fortes interesses nas terras dos índios e em seus recursos ambientais, necessitam disputar as escassas oportunidades de sobrevivência em sua região com membros de sociedades indígenas que lá vivem (BRASIL, 2017).

A pesquisa realizada mostrou que as doenças e os problemas de saúde que mais acometem as crianças Paiter Surui são: verminose, gripe, pneumonia, desidratação e diarreia. Entre os adultos, os males mais comuns são: gripe, pneumonia, reumatismo e tuberculose. Para todas essas enfermidades, o tratamento mais procurado e utilizado pelos Paiter Surui são as plantas medicinais, cultivadas em uma região específica da aldeia, denominada Centro de Preservação das Plantas Medicinais. O levantamento etnobotânico obteve como resultados 129 espécimes de plantas, informadas pelos indígenas como medicinais (CARDOZO, 2011).

O Centro de Preservação das Plantas Medicinais é parte do Plano de Desenvolvimento Etnoambiental. Seu líder (responsável na aldeia) possui formação técnica em enfermagem há dois anos. O objetivo do Centro é preservar a cultura medicinal tradicional do povo Paiter Surui, valorizando seus costumes e crenças. "Não se trata de excluir o tratamento praticado pela medicina moderna com os índios, mais uma busca de unificar e equilibrar a medicina do meu povo com a medicina do não índio"[8]. Outro agente social entrevistado acrescenta: "buscamos com isso a preservação da comunidade"[9].

A medicina tradicional representa a soma de conhecimentos, habilidades e práticas usadas na manutenção da saúde e na prevenção, no diagnóstico e tratamento de doenças físicas e mentais (WHO, 2002). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o termo medicina tradicional

[8] Fonte: Pesquisa de campo realizada no dia 11 de dezembro de 2016 na aldeia linha 09, terra indígena dos Paiter Surui.

[9] Fonte: Pesquisa de campo realizada no dia 11 de dezembro de 2016 na aldeia linha 09, terra indígena dos Paiter Surui.

é intercambiável com os termos medicina alternativa ou complementar, traduzindo os modos de proteção e recuperação da saúde das populações. Luciano (2006) questiona se, para a população indígena, o resgate desses costumes seria um retorno ao passado ou puro saudosismo. Responde que de modo algum, isto é, identidade indígena e orgulho de ser índio. Acrescenta que é ser o que se é, como acontece com todas as sociedades humanas em condições normais de vida.

O autor acrescenta que, diante da atual repressão cultural não institucionalizada, não oficial, percebida, por exemplo, na implementação das políticas públicas e no reconhecimento pleno dos direitos garantidos – como o direito à terra, à educação e à saúde adequada – e passado um longo período institucionalizado de repressão, as novas gerações de jovens indígenas parecem carentes de uma identidade que lhes garanta um espaço social e identitário em um mundo cada vez mais global. A afirmação dessa identidade é necessária à valorização e fundamentação dos direitos econômicos, sociais, culturais contemporâneos, uma vez que o mundo globalizado caracteriza-se também por uma profunda segmentação no que diz respeito à cultura, à ancestralidade, e à origem étnica (LUCIANO, 2006).

Ao longo da visitação pelo Centro de Preservação das Plantas Medicinais, podemos identificar esse sentimento de valorização de suas práticas e costumes. Mesmo os mais jovens da aldeia, bastante influenciados pela cultura não indígena em função da educação que acontece principalmente no município de Cacoal, conferem grande valor simbólico àquele lugar. Eles reconhecem os benefícios da medicina moderna praticada pelo não índio na aldeia, mas destacam que para o povo Paiter Surui ela não faz falta.

Esse espaço na aldeia é considerado um hospital, ao qual todos os índios têm acesso quando precisam. Quando um indivíduo não índio encontra-se enfermo na aldeia, eles oferecem tratamento através da medicina tradicional praticada na comunidade. Todavia, não distribuem ou comercializam suas plantas medicinais a outros povos. Trata-se de uma grande farmácia natural com diferentes alternativas para prevenção, tratamento e demais elementos necessários à sobrevivência do povo Paiter

Surui. É preciso destacar que os conhecimentos da medicina tradicional Paiter Surui vão além da prevenção e tratamento de doenças, como é o caso da planta conhecida na língua *Tupi Mondé* como *Sobageyn Xabor Gãp,* utilizada pelos índios para que o casal aumente as chances de ter um filho homem.

O Centro levou aproximadamente um ano para ser criado pela comunidade, todavia, desde a criação do projeto, seu líder destaca que as crianças resgataram o interesse pela cultura do povo Paiter Surui. Dessa forma foi resgatada a tradição de se transmitir o conhecimento sobre as plantas medicinais, de geração em geração.

Apesar desse importante lugar de transformação e resgate cultural do povo Paiter Surui, um dos agentes sociais entrevistados nos revelou que a presença das igrejas Batista e Assembleia de Deus nas aldeias contribuiu para uma profunda transformação cultural; um exemplo disto é o desaparecimento dos pajés. Segundo os entrevistados, os pajés deixaram de atuar devido à proibição da Igreja e à perda da conexão que havia entre a natureza e o índio que recebia o esse chamado especial.

Para destacar essa particularidade, um dos agentes sociais entrevistados nos revela que o pajé "se comunica com os espíritos, não pode ser treinado ou escolhido pela comunidade. É uma convocação... Os espíritos que não deixam o corpo do doente morrer. Para isso o pajé desenvolve seus rituais"[10].

Na aldeia da linha 09 há um pajé que não mais desenvolve essa atividade. Em todas as 28 comunidades dos Paiter Surui há apenas dois pajés, localizados nas linhas 11 e 14, para atender às diferentes demandas do seu povo. A exemplo do que aconteceu na história do povo indígena brasileiro (BOTELHO; COSTA, 2006), uma das grandes preocupações dos Paiter Surui é fazer com que essa importante tradição dos povos indígenas não desapareça de suas terras.

Destaque para a igreja Paiter, local onde os índios costumam se reunir, não para realizar rituais religiosos, mas para reuniões com o objetivo

[10] Fonte: Pesquisa de campo realizada no dia 11 de dezembro de 2016 na aldeia linha 09, terra indígena dos Paiter Surui.

de minimizar os conflitos entre a cultura indígena com a cultura do povo não indígena.

Outra tradição que está se extinguindo, de acordo com um dos líderes da aldeia, é o trabalho das parteiras. Na aldeia da linha 09 há parteiras aptas a realizar o parto das índias, porém, são pouco procuradas pela comunidade. A influência dessa vez é do Estado que, através da SESAI, orienta as gestantes a procurarem as unidades de saúde para realização do pré-natal e, consequentemente, do parto.

Assim como no caso da criação do Centro de Preservação das Plantas Medicinais, há um projeto dentro do Plano de Desenvolvimento Etnoambiental que se encontra em processo de implantação na aldeia da linha 09, com o objetivo de mudar essa realidade. Nesse projeto, o pré-natal será realizado dentro da aldeia. Caso a previsão do parto indique que ele ocorrerá de forma natural, o procedimento será desenvolvido através das parteiras também dentro da comunidade. Tal fenômeno de resgate e inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil vem ganhando espaço nos últimos anos em todas as comunidades ao longo do país (GUSMAN et al., 2015).

Na contramão do que as pesquisas indicam sobre a taxa de crescimento da população indígena brasileira, especialmente sobre o estado de Rondônia (LEVY, 2008), a aldeia da linha 09 vê seu número total de habitantes aumentar nos últimos anos. De acordo com os entrevistados, esse grupo representa uma das maiores aldeias do território Paiter Surui. Todavia, a poligamia, costume tradicional daquela sociedade, está diminuindo, bem como o número de crianças por família. Os principais motivos apontados pelos entrevistados foram a influência religiosa e o convívio maior com a cultura não indígena.

Quando questionados sobre a expectativa de vida de sua população, os anciãos nos revelaram que, antes do contato com o não índio, seus habitantes costumavam viver mais de 100 anos. Atualmente, com a incorporação de muitos hábitos e costumes da cultura do povo não indígena, os habitantes da aldeia estão vivendo por volta de 80 a 90 anos. Mesmo que a escala utilizada por eles para nos fornecer esses dados não esteja de acordo

com o calendário gregoriano, é notório um decréscimo significativo na expectativa de vida dos moradores mais idosos da aldeia.

A incorporação de hábitos e costumes não indígenas alterou não só a expectativa de vida do povo Paiter Surui, mas fez surgir novas doenças que antes eram desconhecidas pelas comunidades indígenas. Dentre elas, o agente de saúde da aldeia aponta como principais o diabetes e a hipertensão. Para ambas não há tratamento na medicina tradicional indígena. O que desencadeou a ocorrência de tais enfermidades, segundo ele, foram principalmente a incorporação do sal de cozinha e do açúcar industrializado na dieta dos índios.

As transformações do mundo moderno através do processo de industrialização e urbanização levaram a mudanças no estilo de vida, na cultura e no surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (COIMBRA JUNIOR; SANTOS; ESCOBAR, 2003). Esses impactos também foram observados nas populações indígenas brasileiras, impulsionadas por mudanças nos hábitos socioculturais, econômicos e de estilo de vida, decorrentes da interação indígena com a sociedade não indígena. Além disso, a destruição de ecossistemas localizados em terras ou arredores indígenas também interfere significativamente em muitos aspectos da vida cotidiana dos povos indígenas, modificando seu perfil de saúde, tornando-os mais vulneráveis e contribuindo para o aumento das doenças crônicas como o diabetes (BASTA et al., 2012). Souza Filho (2015) destaca que as doenças cardiovasculares são consideradas a principal causa de morbidade e mortalidade de indivíduos no mundo nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento, representando aproximadamente 30% de todas as mortes no mundo e 80% das mortes em países subdesenvolvidos.

Em estudos realizados na população indígena nas décadas de 1970 e 1980 (OLIVER et al., 1975; MANCILHA-CARVALHO et al., 1991; MANCILHA-CARVALHO et al., 1983), a hipertensão era praticamente inexistente. No entanto, pesquisa realizada na aldeia indígena Jaguapiru (Dourados, MS) em 2011 mostrou prevalência de hipertensão de 29,7%, diabetes e indivíduos com tolerância à glicose de 67,5%. Verificou-se também que 4,5% tinham diabetes mellitus, 2,2% tinham intolerância à

glicose e 14% dos homens e 30% das mulheres eram obesos (OLIVEIRA et al., 2011). Na aldeia da linha 09 foi possível identificar o sobrepeso e a obesidade em crianças, adolescentes e adultos. Esse elemento também foi destacado pelo agente de saúde como preocupante em relação ao futuro da saúde do povo Paiter Surui.

Sobre a Unidade Básica de Saúde localizada na aldeia, a instalação física é pouco utilizada pelos índios, mesmo apresentando infraestrutura privilegiada em relação às demais instalações da comunidade. O atendimento no local é feito de forma intermitente, aproximadamente a cada 60 dias, através de mutirões onde são convocados todos os moradores da aldeia para realização de consultas e exames de rotina.

Mendonça (2010) destaca que, à medida que nos distanciamos de nossa sociedade e conhecemos outras formas de ver, de ser e estar no mundo, somos levados a refletir sobre nossa própria cultura, as regras sociais que foram sendo construídas ao longo de nossa história, a partir dos encontros e desencontros de várias culturas. Conhecer o diferente passa por uma reflexão sobre a nossa prática, confirma a necessidade de se dispor a ouvir e se dispor ao diálogo. Essa é uma das habilidades mais importantes que os profissionais de saúde que atuam em saúde indígena devem exercitar e construir.

Os indígenas, bem como outros segmentos da população, utilizam-se de variados sistemas alternativos de saúde, seja os tradicionais da cultura, seja os biomédicos, desde que apresentem comprovada eficácia, o que torna o itinerário terapêutico bastante complexo e diversificado. A existência de diversos sistemas terapêuticos que envolvem o paciente gera a necessidade de os profissionais de saúde conhecerem a organização e as redes sociais que sustentam as formas de autocuidado praticadas pelo paciente nos serviços de saúde. No entanto, apesar de os esforços por parte dos profissionais de saúde na interação com sua clientela, aspectos relacionados aos processos socioculturais subjacentes aos modos de vida muitas vezes são ignorados ou desconhecidos (GARNELO; LANGDON, 2005). Assim, é preciso conhecer e valorizar essas práticas e entender que a procura de cuidados por esse paciente é variada e complexa.

Considerações finais

O estado e as representações de saúde do povo Paiter Surui passam por um grande processo de mudança e ressignificação. Esse processo é impulsionado por mudanças nos hábitos socioculturais, econômicos e de estilo de vida, decorrentes da interação indígena com a sociedade não indígena.

A medicina tradicional ainda é a forma mais utilizada por essa população para prevenção e tratamento das diferentes enfermidades. É através desta medicina tradicional que a comunidade resgata sua cultura e identidade.

A medicina moderna, apesar de seu reconhecimento, serve apenas para atender a demandas específicas, que emergiram conjuntamente com o processo de colonização. Não faria falta àquela sociedade, caso ainda vivessem como antes do contato com a sociedade não indígena.

Embora não exista cultura estática e pura, uma vez que cultura é sempre o resultado de interações e trocas de experiências e modos de vida entre indivíduos e grupos sociais, ao estudarmos a saúde indígena é necessária a compreensão da diversidade étnica e identitária para a superação da visão conservadora da noção clássica de Unidade Nacional e Identidade Nacional monolítica e única; nesta perspectiva, pretende-se que a identidade seja uma síntese ou uma simplificação das diversas culturas e identidades que constituem o Estado-Nação. Fazem parte de qualquer dinâmica cultural os intercâmbios e as interações com outras culturas, mesmo que haja perdas e ganhos de elementos culturais, inclusive biológicos, mas que não resultam em perdas das identidades em interação.

As culturas indígenas, em grande medida, têm conservado sua singularidade em face ao mundo moderno, sem isolamento. Até hoje existem códigos culturais autóctones pouco conhecidos, como é o caso das medicinas tradicionais. A consciência de uma cultura própria é em si um ato libertador, na medida em que vence o sentimento de inferioridade diante da cultura opressora.

Tudo isso conduz-nos a refletir sobre a necessidade de um pensar geográfico, como problematizador e questionador constante das verdades absolutas. A busca por novas formas de interpretação e o estabelecimento de um diálogo mais próximo dos saberes tradicionais não devem ser pensados como uma coisa única, isolada; ao contrário, é uma oportunidade de união entre a tradição e a modernidade.

O ser humano, em qualquer sociedade, deve deixar de ser representado como um mero objeto de análise para a ciência, força de trabalho para o capital, e a natureza como fonte inesgotável de matéria-prima e energia que deve ser explorada para que o almejado desenvolvimento seja concretizado. As culturas indígenas são concretas, como concretos são os que dão vida a elas. Os índios conservam suas línguas, suas experiências e sua relação com a natureza e com a sociedade. Eles mantêm a tradição oral e os rituais como manifestação artística e maneira de vinculação com a natureza e o sobrenatural. Mantêm o papel socializador e educador da família, aplicam os sábios conhecimentos milenares e praticam o respeito à natureza.

A Geografia da Saúde pode ajudar na difusão do ideário da valorização do ser humano na sua essência, no sentido de que o tradicional não é sinônimo de atraso, mais sim de identidade, possibilitando a elevação e o resgate da cultura (valores) de populações que perderam, e de muitas que venham a perder, parte de sua cultura e/ou de seus conhecimentos tradicionais e que certamente não serão seduzidos pelo padrão de consumo de outras civilizações. Os saberes tradicionais alinhados à ciência precisam ser valorizados e não explorados – como sempre aconteceu no próprio processo histórico de ocupação da Amazônia.

À sua maneira, as culturas indígenas expressam os grandes valores universais. A diversidade de visões do mundo, do homem e dos modos de organização da vida, os conhecimentos e os valores transmitidos de pais para filhos, a tradição oral e a experiência empírica são a base e a força dos conhecimentos e dos valores. A territorialidade atua como um estado de espírito e os ritos e os mitos, como referência da identidade e da consciência humana e da natureza. Cabe aos profissionais da saúde,

estudiosos da academia e a população indígena buscarem e partilharem do conhecimento intercultural, a fim de encontrar espaços na construção de propostas e estratégias que sejam relevantes para enfrentar os novos desafios da modernidade. As distintas perspectivas de mundo encontradas em nosso país tornam-nos muito mais ricas, e, a partir dessa compreensão, faz-se necessária uma comunicação intercultural mais sensível, cuidadosa e, consequentemente, inteligível e dialógica.

Referências

ALMEIDA SILVA, A. A colonização em Rondônia e as novas representações para os indígenas. In: **Colonização, território e meio ambiente em Rondônia**: reflexões geográficas. Curitiba: SK Editora; Porto Velho: PPGG/UNIR, 2012. p. 83-106.

BASTA, P. C.; ORELLANA, J. D. Y.; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. organizadoras. **Saúde indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: Mec-Secadi, 2012. p. 60-107.

BOTELHO, J. B.; COSTA, H. L. Pajé: reconstrução e sobrevivência. **Hist. cienc. saude--Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 4, p. 927-956, Dec. 2006 .

BRASIL. Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio. Índios do Brasil. Brasília, 2017. Disponível em: <www.funai.gov.br>. Acesso em: 9 jan. 2017.

CARDOZO, I. B. (Org.). Códigos e normas Paiter Surui. Porto Velho: EDUFRO, 2014.

_____. (Org.). Etnozoneamento Paiterey Garah: terra indígena Sete de Setembro. Porto Velho: Kanindé - Associação de Defesa Etnoambiental, 2011.

COIMBRA JUNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. **Epidemiologia e saúde das populações indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

GARNELO, L.; LANGDON, J. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA, C. (Org.). **Críticas e atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 136-156.

GUSMAN, C. R. et al. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 37, n. 4-5, p. 365-370, May 2015.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**: características gerais dos indígenas. Resultados do universo. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_gerais_indigenas/default_caracteristicas_gerais_indigenas.shtm>. Acesso em: 9 jan. 2017.

ISA, Instituto Socioambiental. **Programa Povos Indígenas no Brasil**. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/>. Acesso em: 9 jan. 2017.

LEVY, M. S, F. Perspectivas do crescimento das populações indígenas e os direitos constitucionais. **Revista brasileira de estudos de populações**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 387-397, 2008.

LUCIANO, G. S. (Org.). **O índio brasileiro**: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006. 224 p.

MANCILHA-CARVALHO, J. J.; SILVA, N. A. S.; OLIVEIRA, J. M, ARGULLES, E.; SILVA, J. A. F. Pressão arterial e grupos sociais: estudo epidemiológico. **Arq. Bras. Cardiol**., v. 40, n. 2, p. 115-120, 1983.

MANCILHA-CARVALHO, J. J.; SILVA, N. A. S.; CARVALHO, J. V.; LIMA, J. A. C. Pressão arterial em seis Aldeias Yanomami. **Arq. Bras. Cardiol**., v. 56, n. 6, p. 477-482, 1991.

MENDONÇA, S. B. M. Saúde indígena: distâncias que aproximam. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2010. p. 185-188.

OLIVER, W. J.; COHEN, E. L.; NEEL, J. V. Blood pressure, sodium intake, and sodium related hormones in the Yanomamo Indians, a “no-salt” culture. **Circulation**, v. 52, n. 1, p. 146-151, 1975.

OLIVEIRA, G. F.; OLIVEIRA, T. R. R.; RODRIGUES, F. F.; CORRÊA, L. F.; IKEJIRI, A. T.; CASULARI, L. A. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída nos indígenas da Aldeia Jaguapiru, Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 29, n. 5, p. 315-321, 2011.

PEREIRA, E. R.; BIRUEL, E. P.; OLIVEIRA, L. S. S.; RODRIGUES, D. A. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1077-1090, Set. 2014.

SANTOS, V. S.; COIMBRA JR, C. E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JR, C. E. A. et al. (Org.). **Epidemiologia dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz: Abrasco, 2003. p. 13-47.

SOUZA FILHO, Zilmar Augusto de et al. Hypertension prevalence among indigenous populations in Brazil: a systematic review with meta-analysis. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 1012-1022, Dez. 2015.

WHO. **Word Health Organization Constitution**. Geneva: Word Health Organization. 2002.

SAÚDE, RESPONSABILIDADE E GOVERNANÇA: O PAPEL DO ESTADO E A AMEAÇA NEOLIBERAL

Paulo Nuno Nossa
Universidade de Coimbra, Portugal

Virgínia Teles
Universidade do Minho, Portugal

São diversos os *fóruns* que debatem de modo intensivo o conceito holístico de saúde e o seu resultado, ao mesmo tempo que questionam a pertinência de uma presença transversal do conceito de saúde nas diversas políticas, tal como foi reiterado na 8ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde: "A Saúde é a maior meta dos governos, e a pedra angular do desenvolvimento *sustentável*" (DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA, 2013).

Este debate tem sido acompanhado por uma discussão intensa sobre o papel e o nível de envolvimento do Estado enquanto garantidor e prestador de *direitos sociais* e, particularmente no caso que agora se examina, qual a responsabilidade do(s) Estado(s) para com a saúde dos seus povos.

Apesar de se poderem documentar reivindicações anteriores, é a partir do início do século XX, num período subsequente à I Guerra Mundial, que os textos constitucionais consagraram alguns dos agora denominados direitos sociais. Segundo Miranda (2011), daqui em diante, não só se começa a falar de Estado Social de Direito como, progressivamente, emerge um Estado prestador de serviços e interventor em diversos níveis:

> [...] começa a falar-se em Estado social como Estado contraposto ao liberalismo económico, embora, numa "era de ideologias e de revoluções, sejam intransponíveis as distâncias entre as conceções e os tipos históricos que conseguem impor-se (MIRANDA, 2011, p. 2).

Esta tipologia de direitos, de direitos sociais, resulta quer de situações de necessidade, quer de situações de desigualdade, geradas por fatores/condições endógenas ou exógenas aos sujeitos ou às comunidades, convocando-se uma responsabilidade solidária[11] para os mitigar. Neste contexto, Miranda (2011, p. 4) observa-os como "direitos de libertação da necessidade e, ao mesmo tempo, direitos de promoção". Assim, Portugal e Brasil reproduzem nas suas constituições as primeiras normas definidoras de direitos sociais na década de 1930, respetivamente em 1933 e 1934. Apesar da Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948) reconhecer, no art. 22, que "toda a pessoa pode legitimamente exigir a satisfação dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis", são necessárias mais quatro décadas para que o Estado Social passe a ter desenvolvimentos substantivos, por via dos textos constitucionais dos dois países, CRP – 1976 em Portugal e CRFB – 1988 no Brasil, afirmando-se como uma conquista indiscutível no plano político e na materialidade do cotidiano dos respectivos povos.

Consagrados constitucionalmente, o direito à saúde e as políticas de saúde, entre outos direitos, integram um conjunto de direitos sociais que, nos países de modelo capitalista, corporizaram o denominado Estado-providência, mais ou menos avançado. Deve recordar-se que o Estado-providência resulta de um compromisso ou de um pacto teorizado no plano econômico por Keynes entre o Estado, o capital e o trabalho:

> [nos termos do pacto teorizado] [...] os capitalistas renunciam a parte da sua autonomia e dos seus lucros (no curto prazo, não no médio prazo) e os trabalhadores a parte das suas reivindicações. Esta dupla ren*ú*ncia é gerida pelo Estado. O Estado transforma o

[11] Deve notar-se que, na Constituição da República Portuguesa (CRP), Art. 1º e, na Constituição da República Federativa do Brasil (RFB), Art.º 3, o princípio de uma *sociedade solidária* é reconhecido nos respetivos textos:
"Art. 1º - Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária". (CRP, 7º Revisão; 2005);
"Art. 3º - Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I – construir uma sociedade livre, justa e solidária; II – garantir o desenvolvimento nacional; III – erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais". (CRFB, 1988).

> excedente libertado, ou seja, os recursos financeiros que lhe advêm da tributação do capital privado e dos rendimentos salariais, em capital social. (SANTOS, 1987, p. 14).

Partindo desta conjunção, o Estado assumiria a responsabilidade de realizar um conjunto de despesas alocadas ao que se podem designar por políticas sociais. Até a década de 1980, de um modo generalizado, podemos afirmar que o Estado-providência se comprometeu com a criação de um conjunto de organismos estatais que regulavam e/ou produziram serviços dos quais o Estado se incumbiu, sejam estes no âmbito da educação, da atividade científica, do planejamento territorial, ou no domínio da saúde, neste caso, sob a sua forma mais visível e consagrada criação, o designado Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou Sistema Único de Saúde (SUS). Tal como destaca Giddens (2007), analisando a evolução de conceitos, o Estado-providência, na data em que foi concebido pelos seus fundadores, visava, sobretudo, constituir um sistema de segurança ou de gestão de riscos, e daí o uso da definição mais restrita de "providência".

Com a assunção de políticas liberais, a partir do início dos anos 80, as sociedades capitalistas são marcadas por um sucessivo enfraquecimento das funções do Estado, das quais os governos liderados por M. Thatcher na Inglaterra e Reagan nos EUA, são exemplo (1979-1990 – "Thatcherismo"; 1981-1988 "Reaganismo"), ao produzirem privatizações no setor público sublinhando, simultaneamente, a importância de promover a economia de empresa e a responsabilidade individual em detrimento de serviços fornecidos pelo Estado, passando pela mitigação dos apoios sociais e os pagamentos do Estado-providência (NOSSA; CALDEIRA, 2014).

À medida que as instituições neoliberais se instalam no *establishment* político e, posteriormente, subjugam a *vox populi*, através de uma crescente e consecutiva reprodução mediática dos seus conteúdos programáticos, não só se consumaram drásticas restrições à regulação estatal da economia como, progressivamente, se aceitou como imprescindível e inevitável a restrição ou suspensão de certas incumbências do Estado:

> Aquilo a que se assiste, em vários países europeus, entre os quais Portugal, é a uma espécie de estado de necessidade económico-financeira (paralelo, diz-se, ao estado de sítio) que determina larga redução de prestações sociais ou, noutros termos, restrição ou suspensão de certas incumbências do Estado, embora não de direitos sociais em si mesmos (não se pode suspender, por exemplo, o direito à proteção da saúde ou o direito ao ensino). Mas não falta quem tema que se acabe por cair na desconstrução ou, pelo menos, na quebra da sua qualidade (MIRANDA, 2011, p. 10).

Como forma de racionalizar este processo, ressalta-se que a sociedade pós-industrial é caracterizada por níveis de individualismo mais elevados e por uma maior diversidade de estilos de vida, pelo que se começou a entender sobre "providência" mais como bem-estar, ou como a busca positiva de objetivos de vida — uma mudança de uma gestão de riscos protetora para um bem-estar positivo (GIDDENS, 2007, p. 124-127).

Esta pressão, exercida sobre os Estados, marcada pelo ideário liberal, tem no Consenso de Washington (1989)[12] um exemplo de um modelo de desenvolvimento orientado para o mercado, modelo esse compatível com o novo regime global de acumulação onde, num dos seus quatro postulados fundamentais para garantir o desenvolvimento das economias figura a seguinte propositura: a) *Disciplina fiscal*, o Estado deveria cortar gastos e eliminar ou diminuir as suas dívidas, reduzindo custos e funcionários (SANTOS, 2002).

O papel do Estado, enquanto prestador de cuidados sociais, entre os quais a saúde, tem vindo a ser sucessivas vezes questionado, quer por influência dos conceitos (neo)liberais já referidos, quer pela dificuldade em manter os financiamentos necessários para assegurar tais cuidados de saúde.

A par desta orientação político-econômica, emergem outras circunstâncias que parecem emprestar legitimidade ao rumo definido e colaboram no agendamento político desta discussão, encerrando motivações

[12] Consenso de Washington (1989): ficou popularmente reconhecido como o encontro ocorrido em 1989, convocado pelo *Institute for International Economics*, sob o nome de *Latin Americ Adjustment: How Much has Happened?*

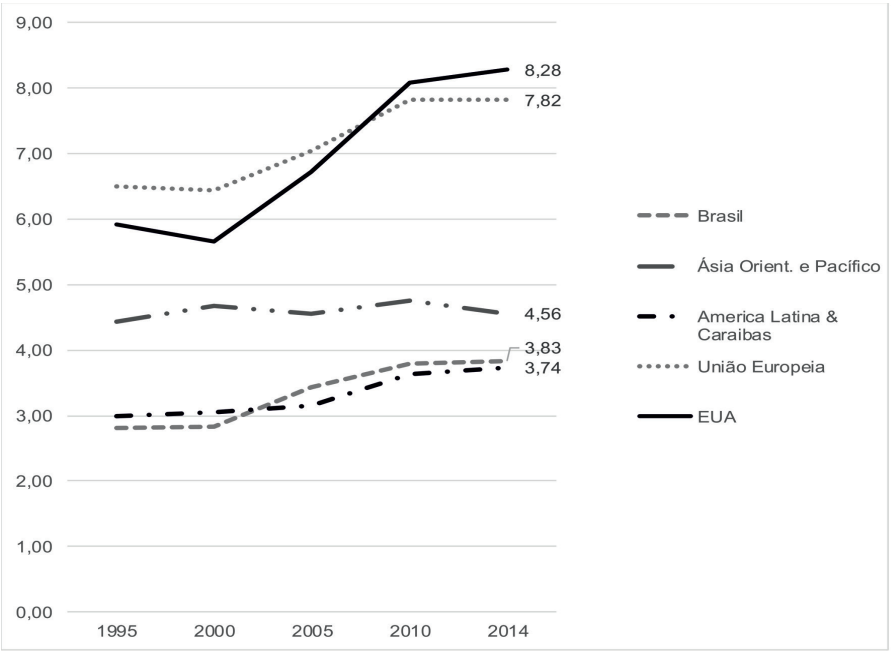
diversas e não menos importantes: 1. Cenários de crise financeira com consequente enfraquecimento de recursos; 2. Convergência e consolidação do envelhecimento demográfico; 3. Constante aumento do custo da inovação biomédica; 4. Crescentes expectativas que as populações mais ricas tendem a ter em relação à procura de cuidados de saúde (BARROS, 2013).

Como se pode observar, se o ponto 1 é macroconjuntural e, em alguns casos, consequente com os sucessivos compromissos que os Estados assumiram, ou foram incentivados a assumir, muitas vezes sob a forma de dívida, os restantes pontos derivam de uma dinâmica social e civilizacional que autores como Barros (2013) sinalizam como podendo estar exacerbada:

> […] cada pessoa ao longo da sua vida tem um momento de grande necessidade de cuidados de saúde, e logo um volume elevado de despesas associado a essa necessidade, nos 2 últimos anos de vida. Essas despesas de fim de vida não só muito diferentes quer os 2 últimos anos de vida ocorram aos 50 anos ou aos 80 anos.
>
> [...] O crescimento da despesa provocado pelo envelhecimento corresponde, então, apenas às despesas tidas nos anos de vida adicionais, excluídos os 2 últimos anos de vida da contagem (em média). (BARROS, 2013, p. 32-33).

Tido como objetivo relevante conter a despesa pública em saúde, que de um modo geral nas democracias ocidentais tem subido de um modo quase ininterrupto até ao primeiro quinquênio do século XXI (Figura 1), impõe-se, frequentes vezes, a redução de áreas de proteção, o que pode incluir o aumento dos copagamentos para fármacos prescritos, o aumento dos limiares de reembolso para medicamentos, restrição de reembolso para genéricos, redução de benefícios para tratamentos dentários, aumento de taxas moderadoras para acesso a cuidados hospitalares, incluindo urgência e emergência.

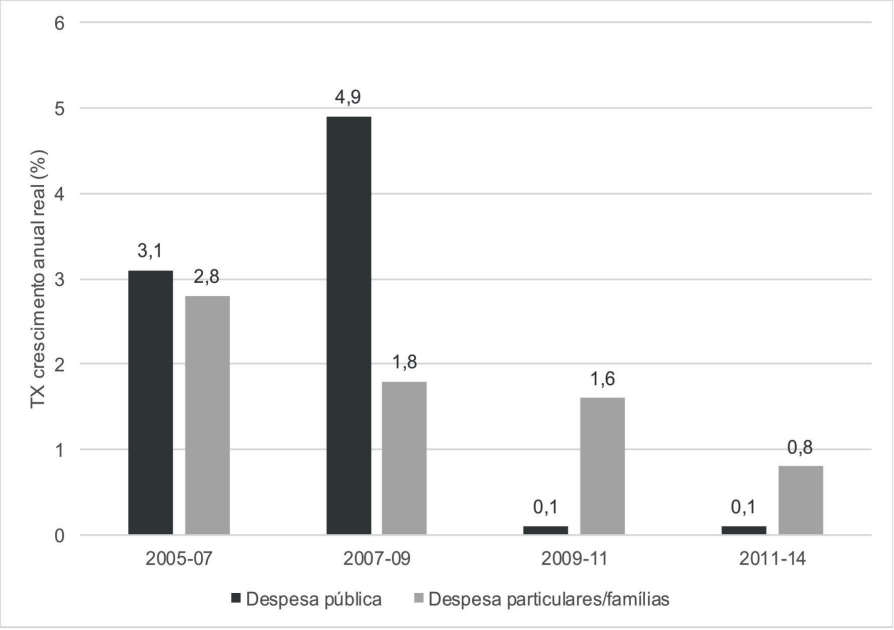
Figura 1- Evolução da despesa pública em saúde (% PIB).



Fonte: World Bank, 2016.
Elaboração: Os autores.

Para fazer face à crise financeira de 2009 e à consequente disciplina fiscal prescrita pelos Estados e pelas agências internacionais (FMI, BCE; BC), na União Europeia observou-se uma significativa degradação da razão de repartição das despesas diretas em saúde que, no intervalo 2009-2011 e seguinte, passaram a aumentar mais rapidamente para os cidadãos/famílias do que para o Estado (Figura 2). Alguns dos países mais atingidos pela crise tiveram aumentos significativos nos gastos com a saúde diretamente imputados aos cidadãos. Grécia e Portugal, por exemplo, viram a parte privada dos gastos em saúde aumentar cerca de 4 pontos percentuais desde 2009 para 31% e 28% dos gastos totais com saúde, respetivamente (OCDE, 2015).

Figura 2 – Evolução do crescimento médio dos gastos em saúde segundo os financiadores (UE, 2005-2014).



Fonte: OCDE, Health at a Glance: Europe 2016.
Elaboração: Os autores.

Em alguns casos, o aumento da coparticipação em saúde aproxima-se do copagamento, não excluindo a adoção de práticas de racionamento explícito que, pese a sua conotação negativa entre a população e não sendo uma prática nova, podem constituir um mecanismo vital para acrescentar eficiência aos recursos alocados, mas que não cabe aqui discutir.

Embora se reconheça a necessidade e a adequação de se fazerem e de compararem escolhas em saúde, a perspetiva liberal enfatiza e defende a possibilidade de dispensa do papel do Estado, ou a forte mitigação da sua coparticipação, como via única, recomendável e inadiável.

A modernização do conceito de saúde e a responsabilidade individual dos sujeitos

Na gestão da doença, as estratégias preventivas, de um modo racional e adequado, têm ganhado espaço na agenda da saúde, particularmente desde o final dos anos 80, a promoção da saúde passa a assumir importância cimeira enquanto estratégia para o suporte de novas políticas de saúde pública, mais participadas, orientadas para a alteração de estilos de vida e prevenção de riscos ambientais. A consolidação da transição epidemiológica alertou para novas prioridades na produção e na reprodução do conhecimento, transferindo a ênfase da doença para a promoção da saúde, da hospitalização e da institucionalização do doente para a inserção na comunidade, da cura para a prevenção, do paciente para a pessoa (NETTLETON, 1995).

Na reunião de Ottawa (1986) dedicada à Promoção da Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reforçou a necessidade de se conceber a saúde como um direito fundamental e um recurso para a vida diária, cuja sustentação não depende exclusivamente de aptidões físicas, mas da conjugação de recursos sociais e econômicos. A Carta de Ottawa revelou a existência de um entendimento institucional ao mais alto nível, orientado para a promoção da saúde de onde emergiram cinco linhas prioritárias de atuação: 1) Estabelecer uma política pública saudável; 2) Criar meios que apoiem a saúde; 3) Fortalecer a ação comunitária para a saúde; 4) Desenvolver habilidades pessoais para assegurar saúde; 5) Reorientar a atuação dos serviços sanitários.

Se é certo que, nos modelos de prevenção e promoção da saúde, as habilidades e competências dos sujeitos são cruciais para a gestão da saúde, percebendo dentro das suas possibilidades o potencial bem associado a escolhas saudáveis, modelos de governança de inspiração neoliberal, sublinharam e exacerbaram de modo intencional a responsabilidade individual no domínio da manutenção dos níveis de saúde, lançando as bases para justificar um novo ajuste nas obrigações do Estado. Havendo vontade do Estado em reorientar a sua função, interpretações maniqueístas

utilizaram pontos capitais da promoção da saúde para apelar e acentuar excessivamente a responsabilidade individual, procurando um sucessivo desinvestimento em soluções coletivas, orientadas para a redução de ameaças ambientais e ocupacionais em saúde. O conceito de *healthism*, advogado por Crawford (1980), destacava a preocupação individual para com a saúde como um importante foco para a definição e realização do bem-estar, um objetivo que deve ser alcançado, principalmente através da modificação de estilos de vida. Segundo Wright *et al.* (2006, p. 708), subjacente à noção de *healthism* proposta por Crawford (1980), está um conceito que descreve nas sociedades ocidentais pós-modernas, a(s) prática(s) de saúde pública nas quais os indivíduos são considerados moralmente responsáveis pela prevenção da doença (*illness*), conhecendo e evitando, eles próprios, enquanto gestores individuais, os fatores de risco associados aos estados mórbidos. Esta transferência de responsabilidade, embora sedutora, porque é libertadora face ao modelo biomédico paternalista, não avalia, todavia, se os sujeitos têm condições para a adoção de opções adequadamente informadas ou, no limite, se têm verdadeiras opções. Emerge assim um novo modelo de regulação social da saúde, onde se assume que os sujeitos são entes informados e proativos, onde o corpo e a sua gestão passam a deter uma nova centralidade e função, exigindo constante vigilância e investimento por parte de cada sujeito. Os indivíduos têm agora o dever de monitorizar o seu próprio bem-estar, de mediarem e investirem em escolhas e práticas que sejam saudáveis e que possam prevenir a doença:

> Consequentemente, o discurso *healthist não só impregna moral e eticamente os indivíduos, como os estimula-os no sentido de serem proativos perante a saúde, ou seja, os indivíduos são legitimados mental e operacionalmente para defenderem e fortalecerem a sua saúde.* (GUSTAVO, 2010, p. 67, grifo nosso).

O conceito de responsabilização individual em saúde transbordou e, em alguns casos, transformou-se numa diretiva do Estado que,

progressivamente, passou a endossar para a esfera individual uma crescente cota de responsabilidade neste domínio.

Num quadro de desgaste e enfraquecimento do modelo de Estado-providência, aliado ao crescimento e desenvolvimento de uma indústria privada e holística de saúde, com a presença de "novos atores-mediadores" nos consumos de saúde e bem-estar, tem-se aberto espaço ao fortalecimento de uma vasta gama de opções de serviços, tidas como favorecedoras da saúde dos indivíduos, as quais podem e devem ser contratualizadas e pagas pelos sujeitos (RAMOS DA SILVA, 2013).

Existindo evidência inequívoca sobre a necessidade de se incentivarem e criarem condições adequadas para uma inadiável transição do atual modelo de prestação de cuidados de saúde, excessivamente centrado no hospital e na doença, em que todas as ações têm como objeto e alvo o doente, *para um sistema centrado nas pessoas e na saúde*, em que os cidadãos são parceiros na promoção da saúde existe, simultaneamente, a imperiosa necessidade de se questionar de uma forma séria não a bondade da alteração, mas a possibilidade desta modificação poder ser perigosamente contaminada por conceitos ideológicos que dominam conceções associados à operacionalização da mudança: governança, participação e parceria.

Governança em saúde

O conceito de *governança* aplicado na gestão da saúde e das políticas públicas de saúde tem emergido de forma enfática. Ao nível do desenho de políticas de saúde, a governança em saúde, abrange o desenho de modelos de atuação mais participativos e inclusivos, o que comporta um objetivo coletivo inquestionavelmente positivo, sublinhando a preocupação de que a totalidade das políticas deve orientar-se por ideais não discriminativas para qualquer grupo de cidadãos em função da idade, nível de escolaridade, orientação sexual, entre outras. Paralelamente, sublinha-se a importância da partilha de responsabilidade, entendimento e colaboração alargada por parte de diversas estruturas econômicas e sociais que podem e devem ser realinhadas para se conseguir uma melhor saúde e bem-estar.

Ao nível da atuação individual, são diversos os documentos onde se demonstram a pertinência dos processos de *participação* e *governança em saúde*, como os que estão explicitamente presentes nos objetivos *Saúde 2020*. Como reconhecem Kickbusch e Gleicher (2012, p. 4), a saúde das populações não pode ser alcançada sem a adoção de abordagens colaborativas:

> Isto exige o envolvimento dos cidadãos e de uma ampla gama de organizações sociais de modo a que se possa alcançar motivação e compromisso. Embora uma atuação governativa conjunta possa ser crítica para a formulação de políticas que envolvem os determinantes sociais da saúde, muitos desafios em saúde requerem abordagens que incluam toda a sociedade porque saúde é, acima de tudo, como as pessoas podem ser saudáveis no seu quotidiano. Isto está relacionado com questões sobre como a sociedade se deve organizar para garantir saúde e, portanto, inclui questões muito básicas de justiça social e equidade.

Estas mudanças de paradigma convocam novas competências que, muitas vezes, de modo abusivo, supõe-se estarem ao alcance da generalidade dos cidadãos e das suas famílias para que se consiga uma virtuosa coprodução em saúde. Permanece claro que as questões de justiça social e de equidade continuam a ser vitais e indispensáveis para se conquistarem mais e melhores ganhos em saúde.

Um outro aspeto positivo oriundo desta nova conceção de participação cidadã em saúde, contemplada no conceito de governança, diz respeito ao modelo de atuação dos sujeitos para com os serviços de saúde que se requerem menos paternalistas, mais respeitadores da vontade dos utilizadores, reconhecendo-lhes o direito de codecisão e de coparticipação em função de uma adequada competência em saúde. Para alcançar este objetivo, os sujeitos, de modo individual, "terão de intervir mais ativamente na gestão da sua própria saúde e contribuir deste modo para moldar todo o sistema" (CRISP, 2014, p. 14). Os cidadãos terão de estar na posse dos seus registos de saúde, de dispor de informações sobre a qualidade e os custos dos serviços e de participar nos processos de decisão.

Kickbusch e Gleicher (2012) acrescentam que a governança, e especificamente a *governança em saúde*, para além de assumidamente dever ser um processo partilhado envolvendo múltiplos atores, é também um processo contínuo, através do qual interesses conflituantes e/ou diversos podem ser acomodados e, ações cooperativas podem ser tomadas, indo para além do plano estatal, interagindo com a sociedade:

> A governança bem-sucedida para a saúde exige coprodução, bem como participação e cooperação dos cidadãos, consumidores e doentes. À medida que a governança se torna mais difundida na sociedade, trabalhar diretamente com os cidadãos poderá reforçar a transparência e a responsabilização (KICKBUSCH; GLEICHER, 2012, p. XI).

A prática de *boa governança* é, neste e noutros contextos, uma importante ferramenta que ajuda a fortalecer a democracia e os direitos humanos, contribuindo para a promoção da economia, favorecendo prosperidade e coesão social, reduzindo a pobreza, e aprofundando a confiança no governo e na administração pública (OCDE, 2012).

Existindo a possibilidade de boa governança, e não negando o virtuosismo que lhe está associado, tal como foi enfatizado, deve alertar-se, de igual modo, para o elevado risco de as políticas públicas de saúde resvalarem para a *má governança*, quer por enfatizarem excessiva e descontextualizadamente a responsabilidade individual na gestão da saúde, quer por, de uma forma discreta mas continuada, legitimarem o Estado a eximir-se das responsabilidades contratadas e da inquestionável tarefa que deve assumir como garante de justiça e equidade social.

De um modo abstrato, o conceito de *governança* envolve padrões de articulação e cooperação construídos entre diversos atores sociais e políticos, incluindo os arranjos institucionais que coordenam e regulam essas mesmas transações incluindo, quer os mecanismos tradicionais de agregação e articulação de interesses, quer outros processos mais ou menos informais, que podem passar por *lobbying*, redes sociais e associações de diverso tipo. A expressão "*governance*", aqui vertida por *governança*, surge a partir

de reflexões conduzidas inicialmente pelo Banco Mundial (1992), tendo como objetivo aprofundar o conhecimento das condições que garantem um Estado eficiente (GONÇALVES, 2005). As preocupações para com a eficiência da ação do Estado, sendo racionais, desejáveis e legítimas, constituindo uma obrigação desse mesmo Estado para com os seus cidadãos, devem ser examinadas e enquadradas de forma cautelosa. A enfâse excessiva dada à necessidade de eficiência da atuação do Estado, não raro, ideologicamente comprometida, comporta alguns riscos, indo para além da implicação econômica, atingindo de forma onerosa a dimensão social. Neste ponto, Gonçalves (2005) salienta que o conceito de *governança* é mais amplo que o conceito de governabilidade pois, este último, diz respeito à capacidade do governo para identificar problemas críticos e formular políticas adequadas para a sua resolução:

> Governança refere-se a "padrões de articulação e cooperação entre atores sociais e políticos e arranjos institucionais que coordenam e regulam transações dentro e através das fronteiras do sistema económico", incluindo-se aí "não apenas os mecanismos tradicionais de agregação e articulação de interesses, tais como os partidos políticos e grupos de pressão, como também redes sociais informais fornecedores, famílias, gerentes), hierarquias e associações de diversos tipos (GONÇALVES, 2005, p. 3 apud SANTOS, 1997, p. 342).

Assim, no esteio de um entendimento neoliberal, defensor da divisa – "Menor Estado, Melhor Estado", tendo como argumento a insustentabilidade de se manterem responsabilidades contratualizadas num contexto econômico-político diverso, formulado no pós II Guerra Mundial, com uma demografia e crescimento econômico mais favorável, os Estados foram instados a partilharem muitas das suas responsabilidades com outros atores, nomeadamente atores econômicos (medicina liberal), ou mesmo com a sociedade civil, convidando-os a substituírem-se em algumas dimensões da sua atuação, com o argumento de que podem acrescentar mais eficiência, quer pela *expertise* de atuação, quer pela escala que, umas vezes sugere massificação outras vezes proximidade. Neste contexto, Santos (2002), alerta de uma forma contundente para o fato de que este processo

de doutrina econômica neoliberal tem contribuído expressivamente para o enfraquecimento consciente, quando não desejado, do poder do Estado que, ao partilhar as suas responsabilidades e *modus operandi* com outros, colocados na categoria de parceiros, auto-enfraquece-se: "O Estado tem de intervir para deixar de intervir, ou seja, tem de regular a sua própria desregulação" (SANTOS, 2002, p. 38). O autor vai mais longe, alertando não para o risco de uma sociedade civil, crítica, ativa e informada, mas para a possível armadilha subjacente à transferência de meios e deveres para esta mesma sociedade, coisa que no contexto da prestação de saúde tem acontecido de forma significativa:

> [...] a ideia do Estado como oposto da sociedade civil foi substituída pela ideia do Estado como espelho da sociedade civil. A partir de então um Estado forte passou a ser a condição de uma sociedade civil forte. O consenso do Estado fraco visa repor a ideia liberal original (SANTOS, 2002, p. 41).

Face a esta tendência transformista do Estado, Santos (2002) convoca-nos para o que Bob Jessop (1995) identificou como *de-estatização dos regimes políticos*: transição do conceito de governo (*government*) para o de governança (*governance*):

> Ou seja, de um modelo de regulação social e económica assente no papel central do Estado para um outroassente em parcerias e outras formas de associação entre organizações governamentais, para-governamentais e não-governamentais, nas quais o aparelho de Estado tem apenas tarefas de coordenação enquanto *primus inter pares* (JESSOP, 1995 apud SANTOS, 2002, p. 37).

Conclusão

Procurando evitar considerações extremas e dogmáticas, não podemos iludir que a viabilização de políticas públicas em saúde, tendo o SNS ou SUS como mediadores ativos e principais, passa não só por uma leitura dinâmica e adequada do que significa a alteração do padrão epidemiológico

das populações, mas também por uma interpretação dinâmica das necessidades e desafios que enfrentam, ao mesmo tempo que se equaciona como imperiosa a revisão da dimensão de sustentabilidade. Neste ponto, um sistema de saúde sustentável e que acrescenta eficácia necessita de uma visão partilhada de todos os fatores determinantes da saúde. Necessita de ser inclusivo na mobilização dos diversos setores que podem dar um contributo positivo para um novo pacto social na saúde, ao mesmo tempo que evidencia *accountability*, i.e., é responsável e pode ser responsabilizado, necessitando para tal de deixar claras quais as responsabilidades que assume de fato, exercendo o seu poder com autoridade (CRISP, 2014).

Esta discussão sobre o que o Estado está disponível para fazer ao nível das políticas de saúde é inadiável, sob pena de serem ultrapassados e comprometidos níveis críticos de atuação. É urgente que os sujeitos, de um modo individual, ou os seus representantes, sintam o dever e a segurança necessária para questionarem o Estado e o seu desempenho, não consentindo que os direitos sociais, entre os quais a saúde, permaneçam de um modo continuado sujeitos à *reserva do possível*. A ideia amplamente difundida, especialmente após a crise econômica de 2009, de que a *reserva do possível* é uma prerrogativa legítima do Estado, imprescindível para o cumprimento das suas obrigações, é falaciosa e perigosa.

Falaciosa porque, para o(s) Estado(s), pós-crise, parecem existir obrigações com diferentes níveis de dignidade, as que podem ser discricionariamente sacrificadas e as outras, não sendo os termos de prioridade e de custo/benefício claros, facilmente sustentáveis e inteligíveis.

Perigosa porque, ao assumir ideologicamente a vontade de emergir como *Estado mínimo*, embora não modificando prerrogativas constitucionais, corre sérios riscos de ferir gravemente os interesses dos mais vulneráveis, impondo limiares mínimos de coparticipação que estes não conseguem suprir, ferindo assim o princípio da universalidade de acesso.

Perante esta possibilidade real, será ou não legítimo questionar: como podem e devem ser equilibrados os compromissos do Estado para com as diferentes instituições e para com os seus cidadãos?

Como reconhece Miranda (2011, p. 17), situações há em que a *reserva do possível* pode ser compreendida: "nomeadamente quando cenários de forte recessão comprometem a disponibilidade do Estado no acesso aos recursos financeiros de que necessita, adequando as prestações ao nível de sustentabilidade existente". Todavia, deve perguntar-se, se a totalidade das opções do Estado demonstram equilíbrio e proporcionalidade face aos recursos de que dispõe ou se, pelo contrário, resultam em comportamentos assimétricos e autoritários, suspendendo ou mitigando maioritariamente prestações associadas aos direitos sociais, para que se possam manter intactos outros compromissos que, no seu entender são mais fortes e inalienáveis.

Embora se possa concluir que deve existir uma relação necessária entre a capacidade do Estado, da sociedade e os direitos derivados de bens jurídicos, deve evitar-se a armadilha de que: *somente é obrigatório para o Estado o que este escolhe como possível!*

Referências

BARROS, P. **Pela sua saúde**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. 35ª Edição, 2006. Disponível em: <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/constituicaofederal1988.pdf>.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. Coimbra Editora, Coimbra, 2006.

CRAWFORD, R. Healthism and the medicalization of everyday life. **International Journal of Health Services**, 10, p. 365-388, 1980.

CRISP. N. (Coord.) **Um futuro para a saúde**: todos temos um papel a desempenhar. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa, 2014.

DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA sobre saúde em todas as políticas, 2013. Disponível em: <http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/09/8%C2%AA-Confer%C3%ANcia-Internacional-de-Promo%C3%A7%C3%A3o-da-Sa%C3%BAde.pdf>.

GIDDENS, A. **A Europa na era global**. Editorial Presença. Lisboa, 2007.

GONÇALVES, A. O conceito de governança. ENCONTRO DO CONPEDI, 14., 2005. Disponível em: <16. https://social.stoa.usp.br/articles/0016/1432/GovernanA_a100913.pdf>.

GUSTAVO, N. **Os novos espaços de lazer, turismo e saúde em Portugal**: o caso dos spa. 2010. Tese (Doutorado em Educação Física)–Faculdade de Letras e Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2010.

KICKBUSCH, I; BERGER, C. Diplomacia da Saúde Global. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 19-24, mar. 2010.

KICKBUSCH, I; GLEICHER, D. **Governance for health in the 21st century**. WHO (Regional Office for Europe). Denmark, 2012.

MIRANDA, J. Os novos paradigmas do Estado Social. CONGRESSO NACIONAL DE PROCURADORES DE ESTADO, 37., 2011, Belo Horizonte. **Anais**... Belo Horizonte: ICJP, 2011. Disponível em: <https://www.icjp.pt/sites/default/files/media/1116-2433.pdf>.

NETTLETON, S. **The Sociology of Health and Illness**. Cambridge, 1995.

NOSSA, P; CALDEIRA, M. Turismo Medicalizado: um Epifenómeno ou a Consolidação de uma Nova Geografia dos Cuidados de Saúde? **Atas Conferencia Internacional Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas**. Universidade do Minho. CICS /ENSP/FIOCRUZ; 2014, p. 31-40.

OECD. **Public governance** [web site]. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 2012. Disponível em: <www.oecd.org/countrieslist/0,3351,en_2649_37405_1_1_1_1_37405,00.html>.

_____. **Ageing in Cities**: Policy Highlights. [S.l.: s.n.], 2015.

_____. **Health at Glance**: OECD indicators. [S.l.: s.n.], 2015. Disponível em: <http://www.health.gov.il/publicationsfiles/healthataglance2015.pdf>.

_____. **Health at Glance**: Europe. [S.l.: s.n.], 2016. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>.

RAMOS DA SILVA, D. **Contributos para a avaliação e desenvolvimento do turismo medicalizado, uma análise exploratória à região do Algarve**. 2013. Dissertação (Mestrado em Lazer, Patrimônio e Desenvolvimento)–Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2013.

SANTOS, B. O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde. **Revista Critica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 23, p. 13-74, 1987.

SANTOS, B. Os processos de globalização. In: SANTOS, B. (Org.). **A globalização e as Ciências Sociais**. Cortez Editora; São Paulo, 2002. p. 25-94. World Bank, Data collection, 2016. Disponível em: <http://data.worldbank.org/>.

WRIGHT, J.; O'FLYNN, G; MACDONALD, D. Being fit and looking healthy: young women's and men's constructions of health and fitness. **Sex Roles**, v. 54, n. 9-10, p. 707-716, 2006.

SOBRE OS(AS) AUTORES(AS)

Vivian da Cruz Franco
Bióloga pela Universidade Castelo Branco, em 2010, mestre e doutora em Medicina Tropical pela Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ. Tem experiência em Parasitologia e atua com os seguintes temas: malária, epidemiologia e fronteiras amazônicas.

Martha Suarez Mutis
Médica pela Universidade Nacional da Colômbia, em 1990, mestre e doutora em Medicina Tropical pela Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ. É pesquisadora titular do Laboratório de Doenças Parasitárias da FIOCRUZ e docente do PPG Ciências da Saúde do convênio Instituto Nacional de Saúde de Moçambique-Fiocruz. Tem experiência em Medicina Tropical, atuando com os temas de epidemiologia, malária, saúde pública, análise dinâmica dos processos endêmicos, educação em saúde, saúde dos povos indígenas e saúde nas fronteiras.

Paulo Cesar Peiter
Graduado em Arquitetura e Urbanismo pela UFRJ em 1986 e em Economia pela Universidade Cândido Mendes em 1986, mestre e doutor em Geografia pela UFRJ. É pesquisador do Laboratório de Doenças Parasitárias do Instituto Oswaldo Cruz, atuando como professor colaborador do PPG em Medicina Tropical. É pesquisador colaborador do Grupo Retis de Pesquisa da UFRJ. Tem experiência na área de Geografia Humana e saúde pública, atuando nos seguintes temas: limites, fronteiras e saúde, geografia da saúde, vigilância em saúde, geoprocessamento e território, ambiente e saúde.

Elisângela Martins da Silva Costa
Graduada em Farmácia pela UFMS, em 2000. Mestre e doutora em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste pela UFMS, 2018. Atualmente é assistente em administração do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul (IFMS).

Edgar Aparecido da Costa
Graduado em Geografia pela Universidade Católica Dom Bosco, em 1991, mestre e doutor em Geografia pela UNESP, em Rio Claro. Atua como professor na UFMS. Tem experiência na área de Planejamento Territorial, com ênfase em planos diretores, atuando principalmente nos seguintes temas: Mato Grosso do Sul, Geografia, fronteira, desenvolvimento territorial e Plano Diretor Participativo.

Rozilene Cuyate
Graduada em Geografia pela UFMS em 2011 e mestre em Estudos Fronteiriços pela UFMS. Atualmente é professora da educação básica no SESI.

Beatriz Lima de Paula Silva
Graduada em Engenharia Cartográfica pela UNESP, em Presidente Prudente, em 2003. Mestre e doutora em Geociências e Meio Ambiente pela UNESP, em Rio Claro, em 2011. É professora na UFMS/CPAN. Tem experiência na área de Geociências e Cartografia, com ênfase em Cartografia Temática, Cartografia Geotécnicas, Riscos Geológicos, Geoprocessamento, Estudos Ambientais, Geologia Ambiental e Cartografia Social.

Aguinaldo Silva
Graduado em Geografia pela UNEMAT, em 2002. Mestre em Geografia pela UEM e doutor em Geociências e Meio Ambiente pela UNESP, em Rio Claro. Professor da UFMS/CPAN e UFMS, em Campo Grande. Atualmente desenvolve pesquisa no pantanal mato-grossense. Tem experiência na área de Geociências, atuando nos seguintes temas: geografia física, geomorfologia fluvial, mudanças ambientais.

Rivaldo Venâncio da Cunha
Médico pela Universidade de Caxias do Sul em 1982. Mestre e doutor em Medicina Tropical pela Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ. Pós-doutor pela mesma instituição, com ênfase no estudo das doenças causadas por vírus. Atualmente é professor titular da Faculdade de Medicina UFMS

e docente colaborador do PPG em Medicina Tropical da FIOCRUZ, RJ e do PPG em Ciências da Saúde da UFGD. É especialista concursado da FIOCRUZ, Escritório Regional de Mato Grosso do Sul, e responde pela Coordenação de Vigilância em Saúde e Laboratórios de Referência da Presidência da Instituição. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Doenças Infecciosas e Parasitárias, atuando nos seguintes temas: epidemiologia, doenças transmitidas por vetores, especialmente dengue, zika, chikungunya e leishmanioses, bem como em doenças sexualmente transmissíveis.

Julián Medina Naranjo
Graduado em Psicologia e Pedagogia pela Universidade Pedagógica Nacional de Colômbia (UPN), em 2007. Mestre em Desenvolvimento Territorial na América Latina e Caribe do Instituto de Políticas Públicas e Relações Internacionais (IPPRI) da UNESP. Integrante do Laboratório de Biogeografia e Geografia da Saúde (BIOGEOS) da UNESP, em Presidente Prudente e do Projeto Centro de Ciência e Tecnologia para Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (INTERSSAN).

Ana Lúcia de Jesus Almeida
Fisioterapeuta pela UNESP, em 1992. Mestre em Educação Especial pela UFSCAR e doutora em Geografia na UNESP, em Presidente Prudente, onde é docente no Departamento de Fisioterapia. Participa do Grupo de Pesquisa Observatório de Geografia da Saúde. É vice-coordenadora da residência em Fisioterapia da UNESP e vinculada ao PPG em Desenvolvimento Territorial na América Latina e Caribe – Territorial, do Instituto de Políticas Públicas e Relações Internacionais (IPPRI) da UNESP. Atuando nas seguintes temáticas: fisioterapia na Atenção Primária em Saúde, políticas públicas em saúde e exclusão social.

Inajá Neiva dos Santos
Licenciada e bacharel em Geografia pelo Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), em 2015. Licenciada em Pedagogia pela Faculdade de

Ciências de Wenceslau Braz (FACIBRA), em 2017. Especialista em Educação Ambiental Urbana, pela Escola Superior Aberta do Brasil (ESAB). Tem experiência na área de Geoprocessamento, com ênfase em Zoneamento Agrícola, Risco Climático, Agrometeorologia e Geografia da Saúde. Atualmente, pesquisa na área de educação e é professora no Colégio Rede ALUB.

Alexandre Bergamin Vieira
Licenciado em 2001 e bacharel em 2002 em Geografia, mestre e doutor em Geografia pela UNESP, em Presidente Prudente. É professor adjunto da Universidade Federal da Grande Dourados. É coordenador do Laboratório de Planejamento Regional (LAPLAN) e membro do Grupo de Pesquisa Espaço, Saúde e Fronteiras (GESF). Tem experiência na área de Geografia e vem debatendo temas de Geografia da Saúde — acesso aos serviços de saúde, iniquidades em saúde e saúde indígena. Tem trabalhos desenvolvidos na temática urbana, como exclusão social e indicadores de desigualdade intraurbana.

Cláudia Marques Roma
Licenciada em 2004 e bacharel em 2005 em Geografia, mestre e doutora em Geografia pela UNESP, em Presidente Prudente. Atualmente é professora adjunta da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Líder do Grupo de Pesquisa Espaço, Saúde e Fronteiras (GESF). Tem debatido os seguintes temas: cidades pequenas, inter-relação rural-urbano, saúde e fronteira(s).

Daniel Delani
Graduado em Ciências Biológicas pela Faculdade de Educação de Porto Velho, em 2010. Pós-graduado em Metodologia do Ensino Superior e Inovações Curriculares e em Educação e Gestão Ambiental pela Faculdade Panamericana de Ji-Paraná, em 2010. É mestre em Geografia Humana pela Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH-USP) e doutorando do Programa de Geografia da UNIR. Atualmente é professor assistente I da Fundação Universidade Federal de Rondônia.

Francisco Mendonça
Graduado em Geografia pela UFG em 1983. Mestre em Geografia Física e Meio Ambiente pela USP. Doutor em Clima e Planejamento Urbano pela USP. Pós-doutor em Epistemologia da Geografia pela Université Sorbonne, em Paris, França, e também em Estudo do Ambiente Urbano pela Universidad de Chile. Membro da Comissão de Climatologia (CoC) da União Geográfica Internacional (UGI), desde 2012, e do Conselho de Administração da Associação Internacional de Climatologia (AIC), entre 2003-2006, e desde 2013. Tem experiência na área de Geografia e Geociências, com ênfase em Geografia e Meio Ambiente, atuando principalmente nos seguintes temas: estudo do ambiente urbano, climatologia, Geografia da saúde, e epistemologia da Geografia. É pesquisador 1A-CNPQ, desde 2013.

Paulo Nuno Nossa
Licenciado em Geografia pela Universidade de Coimbra, em 1990, mestre em Geografia Humana pela Universidade de Coimbra e doutor pela Universidade do Minho, onde é docente desde 1996. Tem desenvolvido pesquisas nas seguintes temáticas: investigação de aspectos sociais implicados na relação saúde/doença; alterações epidemiológicas regionais relacionadas com percursos migratórios e a infecção por HIV/SIDA; desenvolvimento de políticas preventivas e averiguação da sua eficácia relativamente aos indicadores sanitários; desenvolvimento de áreas de atuação no âmbito da Geografia da saúde; exclusão social e políticas sociais.

Virgínia Teles
Professora auxiliar do Departamento de Geografia, do Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho e pesquisadora do Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT). Vogal da Comissão Nacional de Geografia e membro da direção da Associação Portuguesa de Geomorfólogos (APGeom). Tem desenvolvido trabalhos nas seguintes temáticas: Geomorfologia, em especial da Geomorfologia Cársica e da Geomorfologia Fluvial, riscos naturais em ambiente urbano,

nomeadamente na cartografia da susceptibilidade e da vulnerabilidade a inundações, percepção do risco, alterações climáticas e ordenamento do território e, também, sobre Patrimônio Geomorfológico e novas leituras territoriais através de territórios virtuais (*geocaching*).