

Coletânea Saúde, Espaço e Fronteira(s)

CONTEXTOS GEOGRÁFICOS, SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIAS

Das pessoas ao território e do território às pessoas

**Adeir Archanjo da Mota
Cláudia Marques Roma
(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 Garófalho Garcia
Divisão de administração e finanças: Givaldo Ramos da Silva Filho
e Rafael Todescato Cavalheiro
Divisão de editoração: Brainer 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 do Conselho Editorial n. 04, de 23/09/2019.

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



A revisão textual e a normalização bibliográfica
deste livro são de responsabilidade de seus organizadores.

Revisão: Jeane Spera

Capa: Rafael de Abreu

Diagramação, impressão e acabamento: Triunfal Gráfica e Editora | Assis | SP

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

320.6 Contextos geográficos, saúde mental e violências : das pessoas ao território
C761 e do território às pessoas. / Adeir Archanjo da Mota, Cláudia Marques Roma
(organizadores). – Dourados, MS : UFGD, 2020.
156p. : il. – (Coletânea Saúde, Espaço e Fronteiras)

ISBN: 978-85-8147-171-6

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

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central – UFGD.

©Todos os direitos reservados. Permitida a publicação parcial desde que citada a fonte.

Às pessoas que resistem e lutam
pela consolidação do SUS,
por dignidade e justiça social,
pela solidariedade e integralidade,
por saúde nos contextos de vida,
pela liberdade de expressão,
pelo direito à vida com razão e emoção!

(MOTA, 2019)

SUMÁRIO

PREFÁCIO	07
Raul Borges Guimarães	
APRESENTAÇÃO	13
Adeir Archanjo da Mota	
TERRITÓRIOS EM LOUCURA: ANALISANDO A NORMATIVA JURÍDICA QUE INSTITUI A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)	17
Lucas Tavares Honorato	
VIOLÊNCIA, MEDO, SAÚDE E SEGURANÇA PÚBLICA: UMA GEOCULTURA DA “BANALIDADE DO MAL” COMO ENDEMIAS NO BRASIL	47
Alcindo José de Sá	
ANÁLISE GEOCARTOGRÁFICA MULTIESCALAR DO SUICÍDIO NA AMÉRICA LATINA E CARIBE	65
Adeir Archanjo da Mota	
CRACK EM CIDADES GÊMEAS: O QUE EXISTE E NÃO SE REVELA	87
Maria das Graças Rojas Soto	
Rivaldo Venâncio da Cunha	
Cássia Barbosa Reis	
Verônica Fabíola Rozisca	
VULNERABILIDADE EM CONTEXTOS RURAIS E OS CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE MENTAL	109
Maurício Cirilo Neto	
Magda Dimenstein	

TRAVESTIS, MULHERES E HOMENS TRANSEXUAIS NAS UNIDADES DE SAÚDE EM CURITIBA, PARANÁ: UMA LEITURA CRÍTICA A PARTIR DA INTERDIÇÃO ESPACIAL	135
Ramon de Oliveira Biéco Braga Marcio José Ornat	
SOBRE OS AUTORES	153

PREFÁCIO

Contextos Geográficos, Saúde Mental e Violências: das pessoas ao território e do território às pessoas é um livro que demonstra que há em curso no Brasil um processo de amadurecimento do olhar geográfico acerca de temas de grande relevância para a Saúde Pública. Muito mais do que reconhecer a importância da Geografia para a elaboração dos fundamentos teóricos e metodológicos da Saúde Coletiva, a presente obra me reforça a crença de que se realiza no Brasil o caminho inverso, ou seja, um acúmulo de reflexões a partir das questões que a realidade social demanda respostas da Saúde Coletiva e que exigem o desenvolvimento do pensamento geográfico. O ponto de partida e de chegada dos capítulos aqui reunidos não são os conceitos abstratos, mas os problemas reais que precisam ser mais bem compreendidos pela ciência geográfica.

Revela-se, assim, uma postura epistemológica comum aos autores dos seis capítulos do livro que Hessen (1987)¹ denomina de “realismo crítico”. Segundo esse posicionamento, as coisas reais e as relações essenciais existem, independentes do nível de consciência do pesquisador. E são essas coisas reais e a necessidade de seu entendimento que norteiam as pesquisas que subsidiam a elaboração dos capítulos, não apenas com a preocupação de delimitar uma nova subespecialidade (Geografia da loucura, Geografia da saúde mental etc.), mas um conhecimento geográfico preocupado com a vida das pessoas. Preocupado em desenvolver uma Geografia na perspectiva das pessoas.

Certamente, por decorrência dessa postura do movimento coletivo dos chamados “geógrafos da saúde”, nos últimos vinte anos, a saúde mental foi se transformando num tema de interesse crescente. No presente livro, essa preocupação comparece sobre diversos aspectos, seja na compreensão do território como dimensão ontológica-existencial da loucura, seja como da psicofera necrófila da violência urbana, da abordagem multiescalar do suicídio no Brasil, do acesso aos serviços por segmentos específicos da

¹ HESSEN, J. *Teoria do conhecimento*. 8. ed. Coimbra: Arménio Amado Editor, 1987.

população (como usuários de drogas e de comunidades rurais) ou de sua interdição espacial para outros grupos como travestis e transexuais.

Assim, cada autor à sua maneira reforça a compreensão da produção social da saúde e da doença, valorizando para isso um modo de ver e de pensar da Geografia. Nas palavras de Gomes (2017, p. 81)², “a Geografia — no sentido mais amplo — é uma forma de pensamento e se fundamenta numa maneira de ver”. É por isso que não temos como pensar geograficamente os temas abordados no livro sem responder uma pergunta: onde está? — esse é o princípio da localização. Por sua vez, o espaço geodésico é uma ferramenta importante de aproximação da realidade, e como é importante o papel do geógrafo da saúde dominar a cartografia, mas deixando clara a relevância do trabalho de campo, a fim de conhecer os problemas pela realidade dos sujeitos.

Desses procedimentos apreendem-se os princípios metodológicos da unidade e distribuição dos objetos geográficos. É Paul Vidal de La Blache (1921)³, em *Princípios da geografia humana*, que irá explicar o princípio da unidade terrestre. Para ele, caberia aos geógrafos a descrição dos fatos sociais, estabelecendo a compreensão da unidade das partes no todo terrestre, proporcionando a superação da fragmentação aparente da realidade. Com esse princípio elementar do raciocínio geográfico, uma tarefa básica da disciplina seria a busca de uma visão de totalidade, tendo como ponto de partida cada fato geográfico.

Esse princípio originário da geografia de La Blache irá se desdobrar em outros princípios decorrentes do raciocínio geográfico, como o da distribuição e da conexão. Ao estabelecer a localização dos fatos na superfície terrestre, os geógrafos formam uma visão de conjunto dos fenômenos estudados. E, ao considerar a localização de diferentes aglomerados e a distância entre eles, apreende-se outro princípio: o da distribuição espacial — relacionada ao modo como os dados são repartidos e subdivididos

² GOMES, P. C. C. *Quadros geográficos: uma forma de ver, uma forma de pensar*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2017.

³ LA BLACHE, P. V. *Principes de Géographie humaine*. Paris: Librairie Armand Colin, 1921.

pelo espaço. Para Jean Brunhes (1962)⁴, a reflexão da distribuição espacial necessariamente estaria associada à da ação humana, que transforma o meio em meio geográfico. É daí que decorre o princípio da atividade, uma vez que a Geografia é um estudo essencialmente da relação dos seres humanos com a natureza, e dos processos que asseguram a existência das coletividades que o ocupam. Segundo ele, o espaço seria assim considerado, ao mesmo tempo, um dado da natureza e resultado da criação humana.

À medida que os geógrafos foram detalhando os procedimentos metodológicos que envolvem a compreensão da unidade terrestre, proposta há mais de cem anos por Vidal de La Blache, caminhou-se dos raciocínios mais elementares até os mais complexos, envolvendo os princípios da conexão e da ordem espacial.

É Max Sorre (1967)⁵ que irá discutir com mais detalhes a conectividade entre os elementos do espaço. Segundo ele, os geógrafos não podem se contentar apenas com a descrição da distribuição dos fatos pela superfície terrestre, mas precisam buscar compreender esses fatos nas interações por meio das quais eles se produziram e se desenvolveram. Essa análise envolve tanto as conexões mais próximas entre os elementos das interações locais, até as conexões mais amplas de um mesmo elemento e sua interdependência entre todas as regiões do planeta.

Mas não seria possível ultrapassar o nível mais descritivo da pesquisa geográfica sem o desenvolvimento de uma teoria do espaço capaz de alcançar o entendimento das estruturas maiores que existem e atuam no mundo em constante movimento e transformação. Trata-se de estruturas espaciais determinadas pelo modo de produção ou pela organização política dos países, compondo o que Pierre George (1969)⁶ denominou de princípio da ordem espacial. Segundo ele,

⁴ BRUNHES, J. *Geografia humana*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1962.

⁵ SORRE, M. *El hombre en la Tierra*. Barcelona: Editorial Labor, 1967.

⁶ GEORGE, P. *Sociologia e Geografia*. Rio de Janeiro: Companhia Editora Forense, 1969.

[...] o espaço humanizado é espaço ordenado, a ordem podendo ser o efeito de evolução empírica ou de vontade de organização passada ou presente [...] que se projeta em diversas escalas: escala local no interior de uma aldeia ou de aglomeração urbana; escala regional no contexto de pequena região ou da parcela de um continente; escala internacional e intercontinental, na medida em que a vida de coletividades distintas depende de um sistema de trocas em grandes distâncias. (GEORGE, 1969, p. 41-42).

Esse conjunto de conceitos e princípios metodológicos de um campo científico é denominado de Estatuto epistemológico. O Estatuto epistemológico da Geografia foi sistematizado pelos autores clássicos da disciplina enquanto uma forma específica de pensar a realidade: o raciocínio geográfico. Essa forma de ver e pensar o espaço é fundamental para nos aproximarmos dos problemas reais. É daí que associo os capítulos do presente livro com a teoria desenvolvida por epidemiólogos críticos da América Latina, a Determinação Social da Saúde e da Doença (BREILH, 2006)⁷. Nessa teoria há uma diferenciação: não podemos confundir determinação da saúde e determinante da saúde. Quando estamos falando da determinação da saúde, estamos falando da subsunção ao sistema de acumulação da riqueza, que é extremamente perverso nessa parte do planeta em que vivemos, onde se produz uma distância cada vez maior entre os pouquíssimos ricos e a massa de pobres, cada vez maior.

Como parte dessa abordagem teórica maior, com grande expressão entre epidemiólogos da América Latina, eu estou convencido de que os capítulos do presente livro fazem parte de uma reflexão geográfica que vem possibilitando a sistematização de uma teoria geográfica da saúde coletiva, que tenho denominado de Teoria da dupla determinação geográfica da saúde (GUIMARÃES, 2019)⁸. Referimo-nos aqui a uma teoria porque, ao considerar em conjunto esses diversos estudos aparentemente desconexos,

⁷ BREILH, J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

⁸ GUIMARÃES, R. B. A dupla determinação geográfica da saúde: uma teoria em construção. In: RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck (Org.). *Novos temas para se pensar as pesquisas em Geografia da Saúde*. Blumenau: Instituto Federal Catarinense, 2019. p. 18-25.

compreendemos estar diante de um modelo explicativo capaz de tratar de forma integrada diversas hipóteses sistematicamente organizadas e passíveis de verificação empírica. Dupla porque essa determinação geográfica da saúde é ao mesmo tempo determinada epistemologicamente e ontologicamente. Ela tem uma determinação epistemológica porque os problemas que a saúde mental nos impõe provocam em nós uma consciência espacial. Ao mesmo tempo, é histórica e social, porque nos remete à relação entre o corpo e o espaço e envolve as subjetividades, como explica Moreira (2012)⁹, uma determinação ontológica imposta pela mudança de olhar geográfico para o espaço, enquanto um modo espacial da existência humana.

Raul Borges Guimarães

Professor Titular do Departamento de Geografia,
Universidade Estadual Paulista/FCT.
Presidente Prudente, SP, março de 2019.

⁹ MOREIRA, R. *Geografia e práxis: a presença do espaço na teoria e na prática geográficas*. São Paulo: Contexto, 2012.

APRESENTAÇÃO

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 da saúde, que visem também mais acessibilidades, eficácia, eficiência e efetividade na construção de políticas públicas de saúde.

Os três livros desta coletânea “Saúde, espaço e fronteira(s)” são fruto de encontros, debates, redes e publicações geradas no evento científico VIII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e V Fórum Internacional de Geografia da Saúde, realizado na Universidade Federal da Grande Dourados, pela 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, abordando 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: epistemologia e abordagens teóricas em geografia da saúde; saúde e meio ambiente; informação geográfica e geotecnologias aplicadas à saúde; desigualdades sociais, acessibilidade e regionalização dos serviços de saúde; saberes tradicionais e alternativas em saúde coletiva. As oficinas temáticas e internacional contribuíram para aumentar a sinergia e as trocas de conhecimentos de pesquisadores de três continentes, com destaque para os pesquisadores de universidades brasileiras e latino americanas: Agenda de pesquisa em Geografia da Saúde para América Latina e Caribe; Geografia e Alimentação; Contextos Geográficos, Saúde Mental, Drogas e Violências; e, *Investigación transdisciplinar desde el Enfoque de Ecosalud, aportes desde la Geografía*.

O contexto geográfico de vida impacta a saúde humana, tanto direta quanto indiretamente, muito mais que a disposição genética, por si só. A leitura deste livro da coletânea, muito provavelmente, está associada ao interesse do leitor em compreender o que já se evidencia em seu contexto de vida, mais do que acessar uma discussão “nova” entre Geografia, Saúde Mental, Saúde Coletiva e Sociologia.

As Ciências Humanas e as Ciências da Saúde abordam temas que demandam teorias, metodologias e técnicas — de ambas as áreas do conhecimento — para melhor compreender a complexa realidade, assim como para responder as demandas de forma mais justa, eficaz e eficiente. Os ensaios apresentados nesta obra, de diferentes abordagens metodológicas, levantam questões que objetivam apreender os processos de produção de contextos geográficos que promovem vida saudável, adoecimento e morte.

Questões que promovem a percepção de transformações nas relações interpessoais em diferentes escalas geográficas: Como estão as relações sociais entre pessoas, entre familiares, entre grupos sociais, entre instituições em seu lugar de vida? Quais as formas de expressão das violências se tornam mais evidentes no cotidiano? Quem financia, quanto se investe e qual a efetividade dos serviços de saúde? Como as inter-relações pessoais promovem saúde-doença nas distintas escalas geográficas/instituições? São essas perguntas que os(as) autores(as) dos capítulos deste livro perseguem, para aprofundar a compreensão sócio-político-institucional da saúde mental, tanto na micro quanto na macro escala, nas políticas públicas, nos serviços de saúde, nas fronteiras internacional e de gênero, nas cidades e no campo.

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

As crises nos fazem estremecer, conseqüentemente, 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 em seu sentido mais amplo e integral. Que estas leituras propiciem a exploração de novas fronteiras das práxis entre as Ciências Humanas e as Ciências da Saúde, na construção coletiva de contextos geográficos de vida digna e saudável.

Adeir Archanjo da Mota

TERRITÓRIOS EM LOUCURA: ANALISANDO A NORMATIVA JURÍDICA QUE INSTITUI A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Lucas Tavares Honorato

Iniciemos com algumas reflexões acerca de possíveis implicações da adoção do conceito de *território* como estratégico, orientador e organizador das políticas e práticas institucionais no Brasil, concernente às *políticas públicas de saúde mental* pós “Lei da Reforma Psiquiátrica” – Lei Federal n. 10.216/2001. Tomaremos como base a Portaria do Ministério da Saúde n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que “Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Nas décadas de 1970-80, ao longo dos processos de distensão política, ebulição e avanço nas pautas dos vários movimentos sociais na luta por direitos e redemocratização no Brasil, diversas experiências, ações, propostas e projetos orientados em diferentes frentes (institucionais, acadêmicas e políticas) produziram regimes de tensão em relação ao modelo assistencial psiquiátrico hegemônico, pautando diferentes formas de *cuidado*¹⁰ ao *louco* na busca da ampla democratização e humanização das práticas assistenciais em Saúde.

Em parte, esse conjunto de propostas foi absorvido no bojo dos processos de *Reforma*, tanto Sanitária quanto Psiquiátrica, que marcaram o final da Ditadura Militar, refletindo nas *políticas públicas* de saúde (criação do Sistema Único de Saúde, entre outros) e saúde mental. No caso da Saúde Mental no Brasil, a “Lei da Reforma Psiquiátrica”, em congruência com o princípio da *descentralização* político-administrativa pautada pela

¹⁰ Aqui, tomaremos *cuidado*, tal qual Moreira (2012), como “um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar, simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atividade prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações entre dois ou mais sujeitos”.

Constituição Federal de 1988 e de acordo com as diretrizes e orientações organizacionais do Sistema Único de Saúde – SUS (*descentralização, regionalização e territorialização*), reorientou aquele modelo assistencial hegemônico ao prever a substituição progressiva e programada dos manicômios (na redação original) do *paradigma psiquiátrico – PP*, do modelo hospitalocêntrico-medicalizador, apoiado nos pressupostos médico-curativos da biomedicina e da psicologia clínica, de controle e na anulação da diferença. Em contrapartida, afirma-se a constituição de um sistema de recursos extra-hospitalares e “serviços de base comunitária e territorial” (posteriormente, Rede de Atenção Psicossocial – RAPS), de acordo com o *paradigma psicossocial* (PPS), no qual as atitudes, práticas institucionais e as estruturas de *cuidado* devem ser configuradas pelo encontro, pelo diálogo, pela escuta, pelo compartilhamento de responsabilidades e pelo compromisso ético-político com o usuário.

É importante destacar que, apesar de o objetivo principal deste capítulo não ser uma reflexão sistemática acerca de estatuto ontológico ou um *éthos da loucura*, algumas ressalvas e esclarecimentos devem ser sanados *a priori*. De forma geral, de acordo com a perspectiva basagliana, a noção de *loucura* comporta duas dimensões distintas que precisam ser clarificadas: a “doença do corpo” e o adoecimento produzido pelo regime institucional. A *loucura*, enquanto atitude individual de “desacerto” em relação às normas socialmente instituídas (de convivência, de autocuidado, culturais etc.), pressupõe a incapacidade ou limitação do exercício das capacidades racionais e relacionais socialmente desejáveis que mediam as relações sociais cotidianas, atravessadas por direitos e deveres. Destarte, o *louco* é tratado como aquele que é incapaz de escolha e/ou compreensão – o que justifica o sistema de *sequestro social*, para que, se [e apenas se] readequado, retorne à sociedade. Para tratamento, a relação institucional com a *loucura* obriga a institucionalização de uma série de processos de *objetivação* desta:

Se o encontro com o doente mental se situa ao nível do corpo, só pode ser em relação a um corpo que se supõe doente, realizando uma ação objetivadora de caráter pré-reflexivo, do que se

deduz a natureza da relação a estabelecer; em tal caso se impõe ao doente o papel objetivo sobre o qual se baseará a instituição que o mantém sob sua tutela. A aproximação de tipo objetivante acaba por influir sobre a ideia que o doente faz de si mesmo, o qual – através deste processo – só pode comportar-se como corpo doente, exatamente da mesma maneira em que vivem o psiquiatra e a instituição que cuidam dele. (BASAGLIA, 2001, p. 10-11).

Logo, as “consequências da loucura” acabam por diferir de acordo com as diferentes formas de aproximação e relação com ela. De forma que o adoecimento produzido pela trajetória do louco, na lógica manicomial, comporta a sua própria objetificação, transformando-o em coisa: destituição de direitos, destruição do doente, sujeição indiscutível ao poder da instituição, des-historização... Para Basaglia (2001), estas “consequências da loucura” não podem ser atribuídas à evolução da doença, “mas devem ser atribuídas ao tipo de relação que o psiquiatra e, portanto, a sociedade que este representa, estabelecem com o doente” (BASAGLIA, 2001, p. 13).

O doente mental é um excluído que, numa sociedade como a atual, nunca poderá opor-se ao que o excluí, já que cada um de seus atos se encontra constantemente circunscrito e definido pela doença. [...] Se, originalmente, o doente sofreu a perda de sua identidade, a instituição e os parâmetros psiquiátricos lhe confeccionarão outra a partir do tipo de relação objetivante que estabeleceram com ele e dos estereótipos culturais com os quais o rodearam. Assim, pois, pode-se dizer que o doente mental [...] se vê tendente a fazer desta instituição seu próprio corpo, assimilando a imagem de si mesmo que esta lhe impõe... [...] Converte-se num *corpo vivido na instituição e por ela*, até o ponto de ser assimilado pela mesma instituição, como parte de suas próprias estruturas físicas. [...] O doente é já, unicamente um *corpo institucionalizado*, que vive como um objeto que, às vezes, tenta – quando ainda não está completamente domado – reconquistar mediante *acting-out*, aparentemente incompreensíveis, os caracteres de um *corpo pessoal*, de um *corpo vivido*,

recusando identificar-se com a instituição. [...] Porém, num hospital psiquiátrico há uma razão psicopatológica para qualquer acontecimento e cada ato tem sua explicação científica. [...] Pela imposição do corpo único, aproblemático e sem as contradições da instituição, é-lhe negada – de forma concreta e explícita – a possibilidade de reconstruir um *corpo próprio* que consiga dialetizar o mundo. (BASAGLIA, 2001, p. 31-33, grifo nosso).

Assim, a questão da *loucura* está para além da doença em si mesma, mas também na relação que se estabelece com ela: relação de institucionalização, que implica tanto o doente e sua doença, como os médicos e a sociedade, que definem a doença e o julgamento sobre ela.

Cabe destacar que, quando citamos o PPS, não nos atemos à pauta de um ou vários movimentos sociais específicos, mas de um conjunto dialógico de críticas e intervenções e diferentes projetos que acabaram por se amalgamar na proposta de outro modelo assistencial. Neste, o processo terapêutico deve ser ancorado na restituição aos usuários do protagonismo em sua própria vida, a partir da remissão da liberdade e do direito à diferença, e em busca da *produção de saúde*¹¹, em que os processos micropolíticos devem ser considerados fundamentais: “a atitude de cuidado pressupõe uma postura ativa que permita reconhecer o outro na sua liberdade, na sua dignidade e singularidade” (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2009, p. 447). A galope, “descobre-se” o *território* com a promessa de reorientar as práticas e estruturas institucionais; e como meio (e ao mesmo tempo condição) para a *Atenção Psicossocial* (ATALLAH, 2013). É o caso da Portaria n. 336/02, incorporada pela Portaria do Ministério da Saúde n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e que institui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, a serem criados “de forma territorializada” e de acordo com a “lógica do território”. Contudo, o foco na Portaria do Ministério da Saúde n. 3.088/2011,

¹¹ “A produção não é teleológica, nem está temporalmente sincronizada com a cronologia do tempo progressivo - busca pelo bem-estar; é produção de diferença a partir da diferença. [...] A produção de saúde, muito mais do que um domínio da ciência, é da ordem da afirmação da vida. A produção de saúde é da ordem do cotidiano, de estilos e formas de viver, que instituem novas formas de vida.” (COSTA; BERNARDES, 2012, p. 832-833).

que institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, justifica-se por dois motivos: pela sua importância como símbolo de avanço e progresso no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como o marco regulatório que redefine e prevê os equipamentos de cuidado e reorienta suas devidas competências e formas de articulação entre si com a atenção primária a saúde; e por regulamentar o modelo e funcionamento das Redes de serviços extra-hospitalares de “base comunitária e territorial”.

Segundo Cruz (2006), é importante notar que, nos últimos anos, o conceito de *território* tem sido revisitado como uma promessa de valor para acadêmicos, movimentos sociais e o Estado. Acontece que os vários significados atribuídos ao conceito, que figuram nos discursos e na imaginação acadêmica, política e institucional, não necessariamente são semelhantes ou concordantes (muitas vezes até contraditórios), o que gera muitas dificuldades. No campo da Saúde Mental, os vários sentidos atribuídos ao conceito muitas vezes têm implicado uma desconsideração do rigor conceitual, figurando uma mistura de conceito, valores e estratégias de luta – o que, conseqüentemente, impacta na vitalidade e complexidade de uma abordagem territorial, dado o seu potencial político, analítico, explicativo e de intervenção na realidade. Acionada como conceito, metáfora e/ou simplesmente vício de linguagem, o termo “invadiu os mais diferentes domínios discursivos correndo sérios riscos de uma pop-degradação e a conseqüente banalização do seu potencial analítico e político” (CRUZ, 2006, p. 85). Ao citar a “pop-degradação”, o autor faz referência a Edgar Morin, que fala de três diferentes vias pelas quais ocorre a degradação de um conceito:

Na degradação tecnicista conserva-se da teoria aquilo que é operacional, manipulador, aquilo que pode ser aplicado; a teoria deixa de ser logos e torna-se techné. Na degradação doutrinária, a teoria torna-se doutrina, ou seja, torna-se cada vez menos capaz de abrir-se à contestação da experiência, à prova do mundo exterior, e resta-lhe, então, abafar e fazer calar no mundo aquilo que a contradiz. Por fim, a chamada pop-degradação, na qual se eliminam todas as obscuridades, as dificuldades, reduz a teoria

a uma ou duas fórmulas de choque; assim, a teoria vulgariza-se e difunde-se à custa dessa simplificação de consumo. (CRUZ, 2006, p. 86).

No nosso caso, poderíamos somar ainda a possibilidade de uma *degradação burocrática*, segundo a qual a abordagem territorial pode ser reduzida exclusivamente à sua definição normativa. Como proposta de gestão, administração e organização das estratégias e ações burocráticas de Estado (o que, em certa medida, acaba por sustentar sua dimensão política), tende-se a manter *território* no âmbito da tecnoburocracia, esvaziando as dimensões analítica e explicativas supracitadas. Mais ainda é crucial compreender que, apesar de influenciá-lo, o reordenamento de modelos assistenciais não determina necessariamente o cotidiano institucional. Segundo Luz (1994, p. 88), para compreendermos as políticas de saúde mental, é preciso ter claro que elas “mediatizam saberes e práticas institucionais distintos, com uma evolução histórica específica, e que tanto esses saberes, quanto as práticas de intervenção institucional que eles originam não são monolíticos e nem coerentes”. Daí resultam muitas das contradições entre os discursos e orientações (normas, programas etc.) e as práticas institucionais. Nossa preocupação central é: quais as implicações, no âmbito das políticas públicas de saúde mental, da emergência do *território*? E que *território(s)* é/são esse(s)?

No princípio era substantivo...

Desde a década de 1980, os estudos sobre a relação entre a Geografia e o Direito vêm sofrendo inflexões decorrentes das críticas à abordagem positivista enraizada em ambos os campos científicos. Na busca do entendimento de processos sociais e transformação da sociedade, as disciplinas, que até então só se aproximavam de forma técnica (SOUZA, 2013), cada vez mais têm sido articuladas no âmbito das discussões teórico-metodológicas e conceituais. Porém, para uma aproximação profícua entre os campos, Antas Jr. (2005, p. 79) afirma que “o Direito deve ser entendido como instância social e não somente como ciência”. Constituído por normas

jurídicas e normas não jurídicas, não deveria “ser confundido com a prática do Advogado” (ANTAS JR., 2005, p. 54). A *norma* aqui é entendida como o nexo das relações entre os campos citados, como parte constituinte (e com certa capacidade constituidora) do *espaço geográfico*, a partir do momento em que:

As normas jurídicas e as formas geográficas guardam a propriedade comum de produzir condicionamentos sobre a sociedade, funcionalizando-a para diversos fins e direções distintas. Indivíduos, grupos e/ou populações têm seus comportamentos constantemente submetidos a enquadramentos [*normas*] geradores de resultados “socialmente desejáveis” [...] de modo a obstaculizar dadas ações ou, ao contrário, a promover-lhes a fluência. (ANTAS JR., 2005, p. 61).

Caráter não apenas das *normas* jurídicas, as formas de *solidariedade social*, que são reguladas por *normas* de diversas qualidades (morais, éticas etc.), também são potencialmente estruturadoras de *territórios* (como no caso das *normas de conduta* em certos espaços) e vice-versa. Apesar de os costumes orientarem as relações sociais de formas distintas das *normas jurídicas*, esses tendem a transformarem-se em *normas jurídicas* na medida em que se configuram como essenciais à sustentação de uma *comunidade*. Dessa forma, os limites entre *norma jurídica* e *norma moral* acabam por se diluírem. Geografia e Direito se encontram, uma vez que a interação difusa dessas diferentes concepções normativas transforma a “materialidade condicionadora da vida social” (ANTAS JR., 2005, p. 59). Ao mesmo tempo que direciona usos e comportamentos (em vista dos “resultados socialmente desejados”), influi no reordenamento dos espaços, podendo acarretar rearranjos espaciais, mudanças nas paisagens, reconfiguração de territórios, reestruturação de lugares... Para o autor, “a regulação social e territorial, quer nos parecer, é efetivamente exercida pelas instâncias que detêm poder de fato e não apenas um poder declarado” (ANTAS JR., 2005, p. 70). Dessa forma, afirma que “a crise de regulação que o Estado atravessa neste período não se dá em função de uma obsolescência de sua forma e de seu

ente; reside, antes, na crença de que ele é o único a regular o território em que está circunscrito” (ANTAS JR., 2005, p. 51).

No âmbito do planejamento, da gestão e execução das *políticas públicas* no Brasil, vêm-se observando certa releitura conceitual sobre o significado e papel do *território*. Conforme Rodrigues (2004), as transformações na relação sociedade-Estado atualmente têm apontado para a *territorialização das políticas públicas* (perspectiva que se distingue da abordagem clássica das *políticas públicas setoriais*), em que o território tem emergido como *locus* estratégico para a construção e reorganização do planejamento e das próprias políticas públicas, de forma a absorver as demandas sociais e produzir intervenções mais efetivas e eficientes, com vistas à transformação da sociedade¹². Em nossa discussão, para os gestores, o *território* emerge como aposta em uma unidade privilegiada de planejamento, gestão, execução das políticas públicas de Saúde — *território como a esfera de onde devem partir e se organizar o planejamento e as estratégias, práticas e ações que consolidam os programas e políticas*. Assim, a abordagem territorial assumiu o protagonismo para a organização, manutenção e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e demais políticas de Saúde e Saúde Mental, articulando as *regiões de saúde*, e substituindo os *distritos sanitários*. Ou seja, aqui o conceito aparece como o menor nível determinado pelo contexto epidemiológico e social – a unidade territorial de qualificação na assistência à saúde é a “base territorial mínima de planejamento regionalizado”:

Compreende uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais e com suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-la. (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998, p. 21).

¹² “A implementação das chamadas políticas de ordenamento territorial deixa mais clara a necessidade de considerar duas características básicas do território: em primeiro lugar, seu caráter político — no jogo entre macropoderes políticos institucionalizados e os ‘micropoderes’, muitas vezes mais simbólicos, produzidos e vividos no cotidiano das populações; em segundo lugar, seu caráter integrador — o Estado em seu papel gestor-redistributivo e os indivíduos e grupos sociais em sua vivência concreta como os ‘ambientes’ capazes de reconhecer e de tratar o espaço social em todas as suas múltiplas dimensões.” (HAESBAERT, 2004, p. 76).

A *territorialidade* refere-se à área geográfica concernente aos serviços básicos de saúde (centro de saúde, posto de saúde etc.) que terão a responsabilidade pelo *cuidado* à população adscrita àquela área, considerando “as condições econômicas, sociais e culturais da população da área, além da disponibilidade, regularidade e custos do transporte coletivo” (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998, p. 23).

E o substantivo se fez verbo...

Nessa linha, a organização de uma RAPS, correligionária às orientações e diretrizes do Sistema Único de Saúde, deve pressupor “a atenção integral articulada aos diferentes níveis de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo suporte às ações desenvolvidas no território, na busca da autonomia dos indivíduos, da integralidade da atenção e da inserção social” (MATEUS, 2013, p. 16). Para dar conta de tais objetivos, a Portaria Ministerial n. 3.088/2011 acaba por absorver e redefinir uma série de serviços e equipamentos anteriormente regulamentados¹³ que deverão vir a constituir a *Rede* (Art. 5), no que diz respeito a: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; estratégias de reabilitação psicossocial. Equipamentos e serviços que deverão obedecer a doze *diretrizes para o funcionamento da rede* (Art. 2), visando *três objetivos gerais* (Art. 3), por meio de *nove objetivos específicos* (Art. 4). O termo *território* é citado num total de dez vezes, aparecendo no texto de *duas diretrizes para o funcionamento da rede*; em um dos objetivos gerais; e sete vezes, ao caracterizar os componentes da Rede e suas ações e competências.

Buscamos compreender e sistematizar as diferentes concepções do termo adotadas em cada uma das citações. Podemos notar pelo menos três “categorias principais” de sentido atribuídos ao conceito: a) *território* como unidade de gestão e planejamento em saúde; b) *território* como aquilo que

¹³ É fundamental problematizar que a RAPS não prevê o funcionamento de ambulatórios, cujas atribuições teoricamente deveriam ser absorvidas pelos CAPS.

dá coerência à unidade político-administrativa do Estado; e c) *território* como orientador das atividades terapêuticas.

Território como unidade de gestão e planejamento em saúde

Podemos citar dois momentos em que o conceito é acionado como “unidade de gestão e planejamento em saúde”, sendo: a) “quando necessário, a Equipe de Consultório na Rua, de que trata a alínea “a” do inciso II deste artigo, poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território” (Art. 6 § 3º, acerca da “Equipe de atenção básica para populações específicas - Consultório de Rua”); e b) “o Centro de Atenção Psicossocial de que trata o *caput* deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, *em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo*” (Art. 7, § 1º, grifo nosso, no que tange à “atenção psicossocial especializada – CAPS”).

Aqui, apesar de, em ambas as redações, observarmos a filiação às normas de *regionalização* e *territorialização* pautadas pelo SUS (NOAS 01/2001), podemos notar dois significados distintos. Por um lado, a perspectiva da *territorialidade dos serviços*, adequada às *regiões de saúde* — e, neste sentido, *território* emerge como sinônimo de *região*. Por outro, o *território* como continente, como a base material que comporta (e até detém) os equipamentos e serviços.

Território como aquilo que dá coerência à unidade político-administrativa do Estado

Podemos citar três momentos em que o conceito é acionado de forma idêntica no Art. 14 (Competências para a operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial) no que diz respeito ao território nacional e às competências dos municípios, estados e da federação. Em todos os casos, o conceito é acionado na concepção histórica dos juristas da relação

Estado-*território*, do trato do *território* como espaço no qual vigora o poder soberano do Estado – como constitutivo deste, unidade político-administrativa que lhe dá coerência, como sinônimo de base física, recursos materiais, limite e fronteira.

Território como orientador das atividades terapêuticas

Esta forma de abordagem é a mais frequente ao longo do texto sem, contudo, apresentar definições claras. Trata-se do foco deste trabalho. O termo território está presente em duas diretrizes, sendo: a) “desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania” (Art. 2, inciso VII); e b) “ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares” (Art. 2, inciso IX). Também aparece em um dos três objetivos gerais — “garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências” (Art. 3, inciso III). No que diz respeito aos componentes da *Rede*, aparece duas vezes: a) “no que se refere ao inciso II deste artigo, em nível local ou regional, compõe a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS” Art. 10, § 4º, acerca da “atenção hospitalar - serviço Hospitalar de Referência para Atenção”); e, b) “as iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares” (Art. 12, § 2º, no que tange às “estratégias de desinstitucionalização”). Esse conjunto de referências reflete uma mescla de pelo menos duas diferentes influências epistemológicas distintas (não necessariamente concordantes): do conceito

de *território* atribuído aos pressupostos do projeto de *desinstitucionalização*, de Franco Baságliã; e o conceito de *território usado*, de Milton Santos.

A *desinstitucionalização*, perspectiva fundante da experiência basagliã da Psiquiatria Democrática Italiana, tem como preceito básico para a terapêutica a recolocação do *louco* em sua condição de sujeito, permitindo a ele a reapropriação de sua vida e abertura a outras possibilidades de *ser* para além da doença. Nessa perspectiva, só seria possível compreender o doente e agir em seu benefício, empreendendo uma luta em duas esferas: na *esfera científica* e na *esfera política* — na luta contra a institucionalização do ambiente externo (luta política de transformação da relação sociedade-loucura); e contra a institucionalização nos manicômios, em busca de novos espaços e trato com a *loucura*. Trata-se de “colocar a doença entre parênteses”, o que:

[...] diz respeito à individuação da pessoa doente [...] [de] realizar uma operação prático-teórica de afastar as [...] superestruturas, produzidas tanto no interior da instituição manicomial, em decorrência do estado de institucionalização, quanto no mundo externo. (AMARANTE, 1994, p. 68, 70).

Essa perspectiva está pautada na crítica frontal e tentativa de ruptura com os mecanismos e o sentido de *institucionalização* e do *poder institucionalizante*. Portanto, quando Baságliã afirmava que “a cidade é o lugar da reabilitação”, apontava a urgência de certa sensibilidade acerca das categorias espaciais na psiquiatria, e a necessária mudança na dinâmica espacial do processo terapêutico, ultrapassando a ideia de *comunidade* e enunciando o *território* como elemento fundamental na construção do novo cenário estratégico em Saúde Mental. Expressa-se o *cuidado territorial* pela necessidade de “deslocamento das ações para o contexto social dos usuários de sua existência concreta, para mudar, em última instância, a relação do corpo social com a loucura” — a “complexidade movente do território, seus contextos e interações” (ROTELLI, 1992 apud LEMKE; SILVA, 2013, p. 9).

Segundo Giovanella e Amarante (1994, p. 145):

A substituição da ideia de comunidade pela de território não visa apenas estabelecer uma distinção com a comunidade da psiquiatria comunitária. O território é uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam. O trabalho no território não é a mesma coisa que estabelecer um plano psiquiátrico, ou de saúde mental, para a comunidade, mas trabalhar com as forças concretas para a construção de objetivos comuns, que não são os objetivos definidos pela psiquiatria. [...] O trabalho no território não é um trabalho de construção ou promoção de ‘saúde mental’, mas de reprodução da vida, de subjetividades.

Em paralelo a essa proposta, destacam-se os debates teórico-metodológicos no âmbito da saúde de forma geral, acerca da necessidade de um conceito de *saúde* que reconheça os processos de produção das doenças de forma inerente aos processos de (re)produção da própria sociedade. De acordo com Monken e Barcellos (2005) e Faria e Bertolozzi (2009), esse movimento é reflexo da amplitude das discussões e trabalhos do geógrafo Milton Santos, que extravasaram o campo disciplinar da Geografia. Seu pensamento impactou na emergência na “Nova Epistemologia” e na “Saúde Coletiva” pela preocupação de entender o *processo saúde-doença* como eminentemente social, espacial e temporalmente determinado — os *determinantes sociais da doença e da saúde*. A operacionalização dessa preocupação se daria por via do *território usado*.

Para Milton Santos (1994) não é o *território* em si e *per se* (compreendido como base, materialidade objetiva, necessária da vida social e recorte administrativo formal da ação estatal, de enquadramento na escala nacional) que importa à análise geográfica, mas o seu “uso social” que transforma os objetos em *espaço geográfico* — cotidianamente apropriados por ações em contextos espaciais particulares, tornando necessário considerar não só as condições da vida material dessas populações, mas também as redes sociais, a produção social e a relação cultural e afetiva com

o lugar (SANTOS, 1994). O *território usado* operaria como instrumento analítico para clarificação da relação sociedade-espço, não sendo possível compreendê-lo ignorando as relações econômicas, sociais e políticas que influenciam e operam nos diferentes lugares. Ou seja, como mediação na relação sociedade-espço (lócus da relação entre as ordens global-local; dos processos de *des-re-territorialização*; dos jogos de poder), na qual o substrato físico é componente fundamental, participando de forma relacional “tanto como ‘ator’ quanto como ‘agido’ ou ‘objeto da ação’” (SANTOS, 1994, p. 59).

E o verbo se fez carne...

Como desdobramento desse conjunto de influências (*territorialização da política pública, cuidado territorial e o território usado*), segundo Brasil (2004, p. 11), o *território* em Saúde Mental deve ser entendido como:

[Mais do que] apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.) [...] todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial.

Conforme Costa-Rosa (2013), deve ser articulado via RAPS na, pela, da e “com” a cidade, de forma a encaminhar o usuário “a uma infinidade de possibilidades de trajetórias”, operando como uma *rede rizomática*:

[...] a rede rizomática propõe conexões entre todos os lados que mudam de acordo com os novos acontecimentos que se criam ao invés de ficar preso a definições ou a modelos fechados. A construção de múltiplas entradas na rede de saúde mental faz com

que o trabalhador e o usuário possam construir as suas conexões sustentadas nas suas próprias ações, definidas pelo trabalho e pelas subjetividades. (CARVALHO, 2013, p. 26).

Numa RAPS operando como *rizoma* (DELEUZE; GUATARRI, 1995), qualquer ponto poderia e deve ser conectado a qualquer outro, de forma que a própria trajetória cotidiana dos usuários (re)mobilize conexões, formas e relações de poder e sensibilidades particulares na medida do *encontro*. Essa perspectiva obrigaria a projetos terapêuticos descentrados sobre outras dimensões, atravessamentos e nexos — projetos terapêuticos do usuário, com os saberes, léxicos, significados e as representações do usuário; e não exclusivamente do profissional ou gestor de saúde. Deveria permitir infinitas possibilidades de apropriação, que devem ir se esboçando no cotidiano do usuário, enquanto protagonista de seu próprio processo de *cuidado*, e ao longo das diversas relações com suas próprias potencialidades.

Noutra concepção de arranjo, do ponto de vista do planejamento, gestão e funcionamento dos serviços de saúde, precedente à articulação com o *território*, orienta-se a delimitação da *territorialidade dos serviços* por meio de três procedimentos básicos referentes: a) à delimitação de áreas de atuação dos serviços; b) ao reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente; c) e ao estabelecimento de relações com outros serviços adjacentes. Respeitando esses procedimentos, teoricamente a articulação com o *território* permitiria o desenvolvimento de projetos terapêuticos baseados na série de pressupostos referentes ao *paradigma psicossocial*. Cabe ressaltar, porém, que a problemática do *território* não se extingue com o reconhecimento das características do espaço e delimitação normativa de áreas.

Para Souza (1995, p. 97), o *território* é fundamentalmente

[...] um campo de forças, as relações de poder espacialmente delimitadas e operando, destarte, sobre um substrato referencial (sem sombra de dúvida, pode o exercício do poder depender muito diretamente da organização espacial, das formas espaciais;

mas aí falamos dos trunfos espaciais da defesa do território, e não do território em si.).

A questão primordial para uma abordagem territorial não deve ser a simples classificação e articulação de suas características físicas e recursos (naturais e sociais), visto que,

[...] ao mesmo tempo que o território corresponde a uma faceta do espaço social (ou, em outras palavras, a uma das formas de qualifica-lo), ele é, em si mesmo, intangível, assim como o poder o é, por ser uma relação social (ou melhor uma das dimensões das relações sociais). Se o poder é uma das dimensões das relações sociais, o território é a expressão espacial disso: uma relação social tornada espaço. (SOUZA, 2013, p. 98).

Construindo o exemplo de uma “cidade-fantasma”, ressalta que “se todo território pressupõe um espaço social, nem todo espaço social é um território” (SOUZA, 1995, p. 97). Tal assertiva não quer dizer que o substrato espacial não deva ser considerado — o que seria na prática impossível —, mas que a materialidade do espaço opera mais como um “trunfo” (RAFFESTIN, 1993) para as relações de poder, sendo sempre condicionante e condicionador das relações. Para Haesbaert (2014, p. 57-58),

Enquanto “espaço-tempo vivido”, o território é sempre múltiplo, “diverso e complexo”, ao contrário do território “unifuncional” proposto e reproduzido pela lógica capitalista hegemônica, especialmente através da figura do Estado territorial moderno [...] [que] não admite multiplicidade/sobreposição de jurisdições e/ou de territorialidades.

A questão se torna ainda mais difícil quando analisada sob a ótica das diferentes lógicas de formação dos *territórios*: a *lógica zonal* e a *lógica reticular* (HAESBAERT, 2004). Segundo o autor, as *redes* não se opõem aos *territórios*, tal qual numa oposição entre “fluidez” e “fixação”. Ao contrário, na verdade, ao longo da história da civilização humana, os dois

componentes estiveram presentes em todos os processos de construção de *territórios* — “intimamente associadas”, mas operando com diferentes níveis de intensidade. No cenário da globalização dos fluxos, os *territórios* cada vez mais tendem a se configurar de forma a não se limitarem ao seu caráter contínuo, visto que, inevitavelmente, incorporam (e estão incorporados) também (n)a complexidade das redes técnicas (“actantes”, que buscam fazer circular e comunicar) e de sociabilidade cotidianas (cada vez mais concomitante da ordem do distante e do próximo), esboçando fronteiras não tão precisas quanto pressupõe sua delimitação normativa e *territorialidade* dos serviços e equipamentos da RAPS e suas áreas adscritas. Ao contrário, para Sack (2011), a noção de *territorialidade* comporta fundamentalmente as práticas sociais que acionam estratégias espaciais com o objetivo de atingir, influenciar ou afetar pessoas, ações, fenômenos e relacionamentos, ao estabelecer diferentes níveis de acesso a pessoas, coisas e relações, e que influencia outras interações espaciais e requer ações não territoriais como auxílio (sanções, ameaças, violência etc.). Mais do que o “controle sobre uma área”, segundo o autor, a *territorialidade* é sempre construída socialmente e envolve a perspectiva daqueles controlados e daqueles que executam o controle, visto que produzem efeitos físicos, sociais e psicológicos, sendo grande influenciadora dos comportamentos. Trata-se de “uma estratégia para criar e manter grande parte do contexto geográfico através do qual experimentamos o mundo e o dotamos de significado” (SACK, 1986, p. 219 apud HAESBAERT, 2004, p. 90).

Desse ponto de vista, a *territorialidade* não é qualificada unicamente com a delimitação do espaço, mas pela capacidade de, num recorte espacial, efetivamente organizar os comportamentos possíveis, em vista de seu acesso e usos esperados — ou seja, sua capacidade de operar de forma a coagir e influenciar ações, fenômenos e relacionamentos. Assim, impescinde da obrigatoriedade de presença física daquele que exerce o controle, visto que o fundamento do controle está em informar, comunicar, limitar acessos — placas, muros etc. Mais além, para Haesbaert (2007, p. 25), embora a *territorialidade* não obrigatoriamente defina territórios, sempre faz referência a algum *território*. Por exemplo, as placas de trânsito que, ao mesmo tempo

que indicam os caminhos para acesso aos Hospitais Psiquiátricos, contraditoriamente denunciam sua proximidade, relembram o “risco” na cidade — espaços que devem ser evitados. Ou os altos muros gradeados e jardins cinzas, expondo pessoas com roupas padronizadas... o logotipo do Hospital nos jalecos informa...; e, até certa “territorialidade às avessas”, onde quem classifica e comunica e coage é a voz passiva (sujeitada, dos usuários), quando, costumeiramente, certas pessoas adotam uma postura ativa de negação do *outro*, desviando/atrasando sua trajetória cotidiana no transporte público para não ter que fazer uso do serviço em algumas linhas de ônibus que, em certos horários, carregam usuários em regime semi-aberto.

Territorialidades que reproduzem um conjunto de normas, ordens e símbolos que imprimem toda uma *territorialidade institucional* em espaços até então alheios ao processo terapêutico (espaços de moradia, lazer, trabalho, religiosos etc. dos usuários) — questão formalmente combatida pelo discurso e orientações da Lei, mas que atravessa as práticas institucionais cotidianas e extrapola a delimitação da *territorialidade dos serviços*, denunciando um conjunto de influências (formação profissional, orientação moral e ético-política pessoal, trajetórias pessoais, preconceitos etc.) no campo de forças e de poder complexo das relações micropolíticas que permeiam o cuidado. Dessa forma, o *paradigma de cuidado* operante é manifesto sempre como um “híbrido negociado”, dependente, mas não determinado pelo ordenamento das RAPS. Um *agenciamento* complexo diretamente influenciado pelos jogos de poder presentes *em ato* nas relações entre as partes (profissionais e usuários, familiares e gestores etc.). E é por isso que podemos afirmar que a moradia de uma família pode ser territorializada e requalificada por toda uma *territorialidade institucional* de conteúdo manicomial, configurando um *território manicomial*. Porém, é importante destacar que um dado espaço não é ou torna-se *território* (no sentido de sua natureza). Ora, apesar da *territorialidade institucional* se fazer mais “forte” em dado momento, é razoável pensar que a casa não É, mas “está sendo” predominantemente uma extensão do *território manicomial*.

Tal como as relações de poder não são unívocas, os espaços incorporam *múltiplos territórios* que permitem sobreposições, disputas e conflitos.

Segundo Haesbaert (2014), os *múltiplos territórios* se manifestam quando diversos atores se encontram em regime de disputa pela definição de um modo particular de exercer legitimamente o domínio: aparece assim uma série de “jurisdições” num mesmo espaço, refletindo o campo e as disputas de poder em cena. Nesse cenário, uma multiplicidade de territorialidades coabita e pode conviver num mesmo espaço, definindo uma *multiplicidade territorial* tensa e sempre em disputa, que internamente se conflita e/ou se reafirma e/ou se solidariza; e que se manifesta ao conjunto das relações sociais nas diferentes percepções de domínio do espaço (“jogos mais concretos, materiais-funcionais, e jogos mais simbólicos de poder”). A partir daí, a *multiplicidade territorial* transparece através dos *múltiplos territórios*, manifestos, no geral, pelo menos de duas formas: como “conjunto justaposto [sucessão] de diversos territórios compreendidos em seu interior” — como no exemplo da quadra poliesportiva (SOUZA, 1995); e como “conjunto superposto [simultaneidade] de vários territórios (ou territorialidades) cuja abrangência pode ir bem além de seus limites físicos daquela área” (HAESBAERT, 2014, p. 75).

Uma série de conflitos pode emergir: a territorialização proposta como demarcação das áreas adstritas aos serviços de saúde e/ou aos projetos terapêuticos não necessariamente comporta os espaços e as redes de sociabilidades cotidianas dos usuários, por exemplo. Outro exemplo: considerando a produção de vínculos sociais como fundamento de uma terapêutica adequada ao paradigma psicossocial, do ponto de vista da *territorialidade* adscrita aos serviços e equipamentos, a transferência de residência de um bairro a outro implica automaticamente na mudança dos serviços e equipamentos tradicionalmente de referência ao usuário. Outros equipamentos, outros médicos, outras práticas e significados e *paradigmas de cuidado em agenciamento...* Toda uma série de relações afetivas que devem ser reconstruídas em um novo lugar, pela simples (nunca “tão simples”) mudança de endereço.

Nota-se que o encontro das diferentes concepções de *Rede*, decorrentes da polissemia do conceito de *território*, tende a produzir uma ampliação monumental na dificuldade de operacionalização da abordagem

territorial proposta pelas *políticas públicas de saúde mental*, por pressupor projetos terapêuticos que consigam abarcar praticamente todas as dimensões da realidade cotidiana dos usuários em suas relações e dinâmica; e, ainda, concordante com o enquadramento normatizado das estruturas e procedimentos tecnoburocráticos do ordenamento institucional. Diante disso, a polissemia do conceito de *território* deve ser problematizada: fala-se do *território* adscrito para gestão, planejamento e execução dos serviços? Dos *múltiplos territórios* do usuário? Da condição de multiterritorialidade dos espaços cotidianos aos quais se inscrevem os processos terapêuticos? Do *território normatizado* pelo Estado, no tocante às competências político-administrativas e jurisdicionais relativas à autarquia de saúde? Ao mesmo tempo, a explicitação dos sentidos da abordagem territorial é direta e irreversivelmente ligada a qual concepção de *rede*: da “rede de serviços”?; da pretensa estrutura rizomática que, teoricamente, o usuário inscreveria?; das “redes de sociabilidade” nas quais o usuário desenrola suas práticas cotidianas? Mais uma questão: é primário considerar a incapacidade objetiva de acompanhamento de quem quer que seja na sua “complexidade movente”, dada a contingência, imprevisibilidade e multidimensionalidade da vida? Se tomarmos apenas e exclusivamente a perspectiva do *território usado*, essa dificuldade já era apontada pelo próprio Milton Santos (2000, p. 104):

Uma perspectiva do território usado conduz à ideia de espaço banal. O espaço de todos, todo o espaço. Trata-se do espaço de todos os homens, não importa suas diferenças; o espaço de todas as instituições, não importa a sua força; o espaço de todas as empresas, não importa o seu poder. Esse é o espaço de todas as dimensões do acontecer, de todas as determinações da totalidade social.

Agravo: no momento histórico atual em que vivemos, de intensificação dos fluxos, uma proposta de intervenção integral em relação aos usuários esbarra em pelo menos uma questão em geral: o *cuidado territorial* pode adquirir um nível de complexidade intangível e infinda. Se assim for, o “território” acaba por se tornar um termo vazio, um jargão,

aproximando-se muito mais de um preceito ético-político do que propriamente de uma abordagem teórico-prática sistemática. Daí, os equipamentos tenderiam a fechar-se em seus próprios projetos individualizados, esgotados na busca do acompanhamento sistemático e integral dos usuários — isso sem falar dos casos de subfinanciamento, falta de recursos e precarização das condições de trabalho.

O próprio discurso da “abertura à cidade” via RAPS também não pode se eximir de uma reflexão profunda acerca dos processos e mecanismos de *(re)produção do espaço urbano*. A cidade, enquanto *locus* de *(re)produção* das desigualdades e injustiças, acaba por conformar diferentes e desiguais (mas, combinadas) possibilidades de acesso aos direitos e serviços essenciais à vida social e à vida individual, por via da distribuição espacial desigual e combinada de equipamentos e recursos. A ponto de, “para muitos, a rede urbana existente e a rede de serviços correspondente são apenas reais para os outros. Por isso são cidadãos diminuídos, incompletos” (SANTOS, 2007, p. 140). A organização do espaço na cidade é, na maioria das vezes, orientada prioritariamente pela combinação do Estado e das leis do mercado (vantagens locacionais, “puxada populacional” em decorrência de novos empreendimentos, etc.), através da instrumentalização e concentração de recursos, fazendo um uso hierárquico e seletivo do *território* (BARBOSA, 2006). Assim, “a desigualdade social se revela como hierarquização da cidadania de acordo com os territórios de morada” (BARBOSA, 2006, p. 7). Esse conjunto de fatores faz que, apesar de todos sermos “cidadãos perante a lei”, certos espaços e usos da cidade só sejam acessíveis a uma parcela seletiva da população. Os “vários circuitos possíveis” na/pela cidade, enunciados como princípio para a estruturação da RAPS, esbarram na desigualdade combinada dos espaços. Mesmo com a garantia financeira do “Programa de Volta Para Casa”, é certo que uma mesma cifra adquire diferentes valores de acordo com cada lugar. Para além, mais do que a perspectiva financeira, os diferentes espaços abrigam formas de sociabilidade próprias, com exigências estéticas e modos de agir, nexos e léxicos, todo um *ethos* – não falo apenas de lugares pontuais, como shoppings, mas de bairros inteiros, como no caso do elitista bairro da Barra

da Tijuca, na cidade do Rio de Janeiro. Esse conjunto de constrangimentos tende a sobredeterminar as trajetórias dos sujeitos na RAPS, por meio de constantes redesenhos, desvios e (re)adequações, de fato não necessariamente esboçadas pelo desejo dos sujeitos e/ou concernentes a seus projetos terapêuticos, arremetendo o lugar social pré-definido ao *louco*: a invisibilidade, mas agora na própria mobilidade.

Perante a complexidade e os desafios que envolvem o trato com uma abordagem territorial em saúde mental, cabe questionar: quais são os limites das práticas profissionais no que diz respeito aos projetos terapêuticos e às práticas de *cuidado*? Coimbra e Nascimento (2007) nos alertam sobre os riscos da *sobreimplicação*. Proposto no campo da Análise Institucional por René Lourau nos anos 1990, ao problematizar a institucionalização das práticas, o conceito diz respeito “à crença no sobretrabalho, no ativismo da prática, que pode ter como um de seus efeitos a dificuldade de se processar análises de implicações, visto que todo o campo permanece ocupado por um certo e único objeto” (COIMBRA; NASCIMENTO, 2007, p. 27). A *análise de implicações* constitui-se de uma ferramenta que busca colocar em análise “o lugar que ocupamos, nossas práticas de saber-poder enquanto produtoras de verdade — consideradas absolutas, universais e eternas — seus efeitos, o que elas põem em funcionamento, com o que se agenciam [...]” (COIMBRA; NASCIMENTO, 2007, p. 27). Importante aceitar que sempre estamos implicados, visto que a implicação não é uma decisão consciente, mas um “nó de relações” sempre presentes nas práticas institucionais:

[...] a que estabelecemos, enquanto pesquisadores, com nosso objeto de pesquisa, com a instituição de pesquisa ou outra instituição qualquer presente em nossa equipe de trabalho; as referentes às demandas sociais que nos chegam; as relativas aos nossos próprios pertencimentos sociais, políticos, econômicos, profissionais, libidinais e históricos e as implicações com nossas próprias produções acadêmicas, entre outras. [...] A análise das implicações traz para o campo da análise sentimentos, percepções, ações, acontecimentos até então considerados negativos, estranhos, como desvios e erros que impediriam uma pesquisa

[ou intervenção clínica] de ser bem sucedida. (COIMBRA; NASCIMENTO, 2007, p. 29).

Ao contrário, a crença no sobretrabalho dificulta análises desse tipo, produzindo ações mecânicas e naturalizadas. Dois quadros têm contribuído para sua produção/fortalecimento: o acúmulo de tarefas e a produção de urgências. As demandas têm chegado aos serviços num contexto de crescente institucionalização de suas estruturas, notando-se que as práticas e procedimentos do profissional vão se cristalizando. Demandas extremamente “volumosas e avassaladoras” preenchem o tempo dos profissionais — “presos a situações-limite têm que atender um volume enorme de pessoas, o que exige diferentes conhecimentos, movimentos e decisões” (COIMBRA; NASCIMENTO, 2007, p. 31). Ao mesmo tempo, as relações de trabalho no mundo contemporâneo têm exigido que os profissionais se tornem “peritos que trabalhem em muitas frentes e em campos os mais diferentes, respondendo às mais variadas questões ao mesmo tempo”. A soma desses fatores imputa a necessidade constante de aprimoramento técnico e atualização. Profissional que estaria sempre em falta, num contexto que produz sua própria carência e fragilização. Ao mesmo tempo, a produção de urgências decorre da rapidez e da aceleração que invadem nosso cotidiano, nos exigindo ações imediatas e instantâneas:

Isso faz com que, de um modo geral, as relações e os encontros se deem de forma apressada, superficial, emergencial, levando a situações de pouco acolhimento e solidariedade, nas quais o coletivo vai sendo esvaziado. [...] Produz-se um novo tipo de sujeito, flexível, apressado, colado às exigências do instante no qual o culto à velocidade liga-se à performance, à rentabilidade, à competência. A lógica econômica e tecnológica que se impõe é a do mercado [...]. Essa lógica de mercado obriga a uma temporalidade específica, a uma urgência generalizada, a uma exigência de respostas imediatas. [...] Impõem-se, então, aos sujeitos a necessidade de acelerar suas tarefas, pois só assim sobreviverá ao ritmo imposto pelo rendimento máximo. (COIMBRA; NASCIMENTO, 2007, p. 33).

Esses conjuntos de fatores levariam a um “ativismo”, no qual o ativista passa a perceber-se como estando mais capacitado e avançado do que os outros, em uma posição privilegiada. O ativista,

[...] a partir de seu território iluminado, estaria trabalhando no sentido de beneficiar outras pessoas, assumindo responsabilidades por tudo. Dessa forma, passa a carregar sobre seus próprios ombros todas as soluções, sentido-se dominado pela culpa, pela obrigação e pelo sacrifício [...] quando não conseguem resolver um grande número de casos no tempo que lhes vem sendo exigido. Muitas vezes, a impossibilidade de atender às famílias passa a ser percebida não apenas como responsabilidade do Estado e da falta de políticas públicas eficazes [...], mas também, como uma falta de engajamento e/ou incapacidade [próprias] do profissional para resolver com sucesso certos problemas. (COIMBRA; NASCIMENTO, 2007, p. 33).

Com tais práticas, alimentam-se e se fortalecem:

Subjetividades onipotentes, faltosas e culpabilizadas e naturaliza-se a “síndrome da carência-captura”, que nos fala de uma “angústia sempre pairando no ar”, “do medo de fracassar”, “de um estado de fragilidade permanente”. Ao mesmo tempo, fortalecem-se a onipotência e arrogância do ativista que, por se julgar iluminado, culpa-se entendendo que tem obrigação de chegar à resolução do problema. As circunstâncias vividas podem trazer uma forte individualização das ações, impedindo outras relações de trabalho, outros sentidos e práticas mais coletivas. (COIMBRA; NASCIMENTO, 2007, p. 33).

Considerações finais

O território, cada vez mais, tem assumido uma “dupla centralidade/visibilidade” (CRUZ, 2006): analítica (epistemológica e teórica) e empírica (histórica e política). Do ponto de vista analítico, no campo das ciências humanas em geral, com o avanço da globalização econômica, a intensificação dos fluxos e integração dos lugares, a dimensão espacial dos

fenômenos, cada vez mais evidenciada, tem se tornado o foco das análises e a grande promessa para o entendimento dessa nova realidade posta à sociedade. Do ponto de vista empírico, o conceito de território tem ganhado uma grande visibilidade, tornando-se conceito-chave para as políticas de Estado, nas diferentes esferas de ação/intervenção. Para além do Estado, há ainda os movimentos sociais, para os quais o conceito “tem funcionado como um dispositivo de agenciamento político, em especial, no contexto latino americano, em que essa categoria é uma espécie de catalisador das energias emancipatórias” (CRUZ, 2006, p. 89). Ou seja, é crucial notar que o acionamento do conceito tem se mostrado estrategicamente presente nos mecanismos de intervenção social e política, tanto dos atores hegemônicos quanto dos hegemonzados. Essa questão aponta para a necessidade constante de, conforme Haesbaert (2014), distinguir os sujeitos e contextos geo-históricos e distintos saberes envolvidos na questão a ser analisada. Para o autor, em geral são três os diferentes modos como o conceito de *território* tem sido acionado atualmente: a) enquanto “categoria normativa” (como instrumento jurídico-político de Estado); b) enquanto “categoria da prática” (nos discursos, práticas e experiências dos movimentos sociais, como estratégia de luta, garantia e/ou reafirmação de direitos); e c) enquanto “categoria analítica” (mais próxima da academia, no processo de reflexão e análise da realidade).

Porém, no caso da Saúde Mental, especificamente, consideramos ainda necessário refletir sobre mais duas dimensões:

Território como dimensão ontológico-existencial aos loucos. Violentados, para muitos usuários o próprio ato de sobrevivência em si já configura um ato político e em conflito com os espaços que percorre — mesmo que em algumas vezes isso possa não ser percebido por eles. Dessa forma, suas práticas espaciais cotidianas irremediavelmente já constituem uma relação de conquista e de luta (antimanicomial, no sentido lato, por excelência) — por isso *território*.

Território como signo (ou uma ideologia). Acontece que o processo de institucionalização da RPB acabou por canalizar diferentes pautas e interesses historicamente dispersos na realidade dos serviços de saúde mental.

A abordagem territorial, apesar de não apaziguar essas demandas, operou sua integração (até hoje conflituosa e marcada por contradições). Mais do que um conceito-referência, o uso nominal do *território* permite operá-lo como uma imagem (“figur-ação”) que acaba por si acionando um processo autossignificante das práticas e ações, mecanicamente envolvendo as mesmas do sentido transformador e emancipador do *projeto* da RPB. Se limitado à dimensão ideológica, o conceito pode acabar por desviar-se tanto do sentido concreto da Luta Antimanicomial — por que a-crítico e prescindível de engajamento mais profundo, quanto de seu sentido terapêutico, por sobrepujar a crítica aos conflitos e contradições produzidas no trato com a abordagem territorial pautada. Daí seu caráter ideológico...

Ressaltar as diferentes “dimensões” ou “sentidos” do território é fundamental para reafirmar que existem diferentes formas de abordar e conceituar o território de diversas trajetórias e posições e posturas teóricas, políticas e éticas — não necessariamente concordantes. E que, justamente por sermos obrigados a nos movimentar ao longo de abordagens tão múltiplas e polissêmicas que os riscos e desafios se põem. Portanto, não se trata de desvelar uma resposta única acerca do que é o *território* e/ou de como deve operar uma abordagem territorial em saúde mental, mas de “buscar os ecos, as ressonâncias, as vibrações que sintonizam o conceito com a vida”. Para avançar nesse objetivo,

[...] temos de tomar alguns cuidados, principalmente, ter claro que não basta atermo-nos à polissemia dos conceitos, apresentando uma visão panorâmica de suas diversas significações, como se isso eximisse-nos de tomar uma posição ou de escolher uma perspectiva nessa paisagem conceitual. Uma apresentação panorâmica e, pretensamente, imparcial sobre as diversas concepções de território pode parecer aberta à diferença, mas, de fato, encobre uma pretensão totalizante em que as diferenças esvaem-se, pois o fato de o conceito de território apresentar diferentes significações, isso não implica que sejam idênticas ou equivalentes. Qualquer perspectiva que tomemos será parcial e terá implicações éticas e políticas. Assim, lidar com a multiplicidade não significa não fazer distinções do ponto de vista ético

e político, bem como também tornar um conceito mais flexível, não significa que este não possa ter rigor teórico e consequência metodológica. (CRUZ, 2006, p. 95).

Por fim, consideramos que a simplificação do debate acerca da abordagem territorial para (e em) saúde mental, se limitada exclusivamente aos termos das orientações normativas instituídas, tende a não corresponder à complexidade das relações que a abordagem territorial incute à questão da *rede, território e territorialidade*. Tendo em vista que uma *Rede* não se define pelos seus equipamentos (que seriam mais seus *nós*), mas por sua *conexidade* — sua capacidade de conectar, ou seja, de fazer circular e comunicar — a existência e a distribuição dos equipamentos de saúde não constituem, *per si*, uma *Rede*.

É preciso refletir: embora a estruturação do modelo assistencial atual emergja com a pretensão de realizar os princípios do projeto de RPB, a polissemia da abordagem territorial indica a tendência de tomar como sinônimos a *descentralização* e *desospitalização* e *cuidado territorial* — o que, por si só, não garante os princípios anunciados. Apesar dos incontáveis avanços, após 15 anos de institucionalização da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é preciso desacomodar e re-conhecer para avançar na Luta!

Referências

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J. de; VIEIRA, C. A. L. **Distritos sanitários**: concepção e organização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Série Saúde & Cidadania, v. 1.

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **Rev. história, ciências e saúde**, Manguinhos, v. 1, n. 1, p. 61-77, 1994.

ANTAS JR., R. M. **Território e regulação**: espaço geográfico, fonte material e não-formal do direito. São Paulo: Associação Editorial Humanitas, FAPESP, 2005.

ATALLAH, R. A política da reforma psiquiátrica brasileira. In: ALMEIRA, L. (Org.). **A psicologia contra a natureza**: reflexões sobre os múltiplos da atualidade. Niterói: Editora da UFF, 2013.

BARBOSA, J. L. O ordenamento territorial urbano na era da acumulação globalizada. In: MOREIRA, R.; OLIVEIRA, M. P. (Orgs.). **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

BALLARIN, M. L.; CARVALHO, F.; FERIGATO, S. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O mundo da saúde**, v. 33, n. 2, p. 218-224, 2009.

BASAGLIA, F. A instituição da violência. In: _____. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 3. Ed. Trad. Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001. Primeira edição publicada em 1968.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília, 2004.

CARVALHO, M. N. R. L. **Cartografando a rede de saúde mental na produção do cuidado: “cartografia da rede em saúde mental” do município de Niterói**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, 2013.

COIMBRA, C.; NASCIMENTO, M. L. Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político? In: ARANTES, E. M.; NASCIMENTO, M. L. do; FONSECA, T. M. G. **Práticas PSI inventando a vida**. Niterói: EDUFF, 2007.

COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Ed. UNESP, 2013.

CRUZ, V. C. **Pela outra margem da fronteira: território, identidade e lutas sociais na Amazônia**. 2006. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal Fluminense, UFF, 2006.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O anti-Édipo**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. **RA'E GA**, n. 17, p. 31-41, 2009.

GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e em saúde mental. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editoria FIOCRUZ, 1994.

HAESBAERT, R. **Viver no limite**: território e multi/transterritorialidade em tempos de in-segurança e contenção. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

_____. Território e multiterritorialidade: um debate. **GEOgraphia**, v. 9, n. 17, p. 19-46, 2007.

_____. **O mito da desterritorialização**: do “fim dos territórios” à multi-territorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. **Psicol. Soc.**, v. 25, n. 2, p. 9-20, 2013. Número especial.

LUZ, M. A História de uma marginalização: a política oficial de saúde mental – ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editoria FIOCRUZ, 1994.

MATEUS, M. D. (Org.). **Políticas de saúde mental**: baseado no curso Políticas Públicas de Saúde Mental do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

MOREIRA, L. C. H. **Reflexões sobre clínica e cuidado no Programa Médico de Família de Niterói a partir da com-vivência no território**. 2012. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

RODRIGUES, J. N. Políticas públicas e Geografia: a retomada de um debate. **Rev. GEOUSP**: Espaço e Tempo, v. 18, n. 1, p. 152-164, 2014. Disponível em: <www.revistas.usp.br/geousp/article/view/81093>. Acesso em: 13 fev. 2016.

SACK, R. D. O significado da territorialidade. In: DIAS, C.; FERRARI, M. (Orgs.). **Territorialidades humanas e redes sociais**. Florianópolis: Insular, 2011.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. 7. ed. São Paulo: EdUSP, 2007.

_____. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L.; SOUZA, M. A. (Orgs.). **Território: globalização e fragmentação**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

SANTOS, M. et al. O papel ativo da Geografia: um manifesto. In: ENCONTRO NACIONAL DE GEÓGRAFOS, 12., 2000, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: [s.n.], 2000.

SOUZA, M. L. **Os conceitos fundamentais da pesquisa sócio-espacial**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

_____. O território: Sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. E. (Org.). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

VIOLÊNCIA, MEDO, SAÚDE E SEGURANÇA PÚBLICA: UMA GEOCULTURA DA “BANALIDADE DO MAL” COMO ENDEMIAS NO BRASIL

Alcindo José de Sá

Segurança, nos seus vários matizes, tornou-se atualmente a palavra mais expressa por todas as camadas sociais, considerando os diversificados medos, reais ou imaginários, que permeiam o nosso cotidiano, sendo seguramente um termo complexo que envolve aspectos subjetivos e objetivos, ou seja, históricos e territoriais. Segundo a Wikipédia (2017), “*Segurança* é a percepção de se estar protegido de riscos, perigos ou perdas”, ou seja, uma Geografia da saúde, como nos frisa George (1993), num patamar regional, agregador de conteúdos socioculturais que permeiam territórios mais ou menos plenos de vida ou de morte. Nesse sentido, dividirei este capítulo em quatro etapas: na primeira, relevarei aspectos subjetivos/psicológicos; na segunda, características subjetivas/históricas; na terceira, medo, violência, crime e segurança: A “Geocultura da banalidade do mal” como endemia no Brasil; na quarta, uma pequena consideração final sobre a Geocultura da Saúde na geosaúde endêmica da incivilidade violenta no Brasil.

Subjetividade, violência, saúde e escala

O Estado-nação, a modernidade e o iluminismo legaram-nos a convicção, ou melhor, a ideologia pautada na premissa de que o homem, doravante, estava fadado a ser o regente do universo, adquirindo o selo do *homo sapiens, faber, economicus* (MORIN, 2002). A racionalidade instrumental estaria disposta à busca do conhecimento objetivo do mundo exterior, através de elaborações estratégicas eficientes de feitura de seres e coisas, ou seja, territórios “sadios”, análises críticas, criando um “princípio de realidade” radicalmente oposto “ao princípio de desejo”, envolvente de emoções. Todavia, segundo o supracitado autor, para Platão o psiquismo

humano sempre foi um campo de luta “entre o espírito racional (*nós*), a afetividade (*thumus*) e a impulsividade (*epithumia*)” (MORIN, 2002, p. 116, grifos do autor). Já para Freud, o ser racional estava vulnerável “à violência do *id* pulsional e a dominação do superego autoritário (‘onde estava o *id*, o eu deve surgir’)”. Portanto, o *homo sapiens, faber, economicus* é também *killer*. Daí a “loucura assassina” explodir de diversas formas: por motivos religiosos, étnicos, nacionalistas, “ideológicos” e mesmo “banais”, ou seja, os crimes letais intencionais. Afinal, em todos os quadrantes “onde imperam o *homo faber* e *economicus*, a barbárie está pronta para ressurgir”. Ainda para Morin (2002, p. 118, grifo do autor),

[...] os psicanalistas não se cansam de mostrar a loucura latente sob os comportamentos ditos normais. Olivenstein sabe que em toda civilidade há o “*homo paranóico*”, ou seja, um megalômano, desconfiado, interpretando de forma delirante, percebendo sem parar indícios de uma conjunção contra ele. A loucura humana aparece quando o imaginário é considerado como real, quando o subjetivo é considerado objetivo, quando a racionalização é considerada como racionalidade e quando tudo isso está ligado... os gregos diagnosticaram a disposição humana para a *hubris*, termo que significa desmedida demente.

Muito embora seja assunto “tangencial” à Geografia, percebemos o quanto essas premissas psicanalíticas se atrelam às territorialidades do medo no Brasil, pois, ao mesmo tempo que ascende o *homo economicus*, descende o *homo faber* e, no seu lastro, o *homo sapiens*. Na luta entre o nós racional, a afetividade (*thumus*) e a impulsividade (*epithumia*), tem ganhado, esta última, a impulsividade hedonista e egoísta do tudo ter e querer, aqui e agora, muitas vezes lançando mão a todos os tipos de violência (SÁ; CRUZ, 2011). Desponta com vigor o *homo paranóico* competidor numa seara de escassez de possibilidades, no seio da lógica produtivista da racionalidade global como destino inabalável. Nossa loucura atual recai, então, nesse imaginário coletivo e individual de realização total, via mercado, como realidade inabalável, quando de fato não é. Nessa subjetividade

mentirosa de inclusão e de vazão desmedida de potenciais criadores, todavia amarrada numa racionalidade objetiva/histórica de um capitalismo com atavios sutis e perversos (desregulação, terceirização, trabalho flexível, temporário, desemprego estrutural, etc.). Todos esses conflitos têm induzido às muitas demências, incluindo-se, no Brasil, a grande demência criminosa e assassina. Finalizando esse tópico e ainda me ancorando em Morin (2002, p. 118, grifo do autor):

[...] a cultura e a sociedade proíbem as pulsões destrutivas da *hubris*, não apenas por meio de punições da lei, mas também introduzindo, desde a infância, no espírito dos indivíduos, normas e interdições. Além disso, a agressividade é inibida por regras de cortesia, que são ritos de pacificação, saudações, cumprimentos, palavras anódinas. Contudo, uma atitude agressiva ou uma humilhação despertam a nossa agressividade; com frequência, o amor frustrado pode transformar-se em ódio. Uma avalanche de desejo ou ódio pode romper controles e regulações... O desprezo e a rejeição legitimam-se empurrando o desprezado para uma condição subumana; o ódio acredita-se racional justificando-se pela idéia de castigo, de eliminação de um ser reputado malfeitor; exarceba-se na alegria de fazer sofrer, torturar e matar. Enquanto que no mundo animal só se mata para comer ou desfazer-se, a violência assassina desencadeia-se, entre os homens, fora da necessidade: a “estupidez”, ou a “desumanidade” são traços especificamente humanos.

Como também são traços unicamente humanos a humanidade e a sabedoria. Esta, ressalte-se, transcende as especialidades racionalmente instrumentais; transcende o matematicismo frio e calculista que perpassa todo o mundo material capitalista, mercadologicamente mensurado e descartante de corpos potencialmente humanos. Precisamos, então, como nos alertam Ortega y Gasset (2002), Castoriadis (1997), Morin (2002), Santos (1996), etc., de uma *paideia* em que se vislumbra o mundo como físico-bio-antropo-social; uma totalidade muito mais do que a soma das partes, pois estas se complementam na formação de uma outra totalidade maior e mais complexa. Se estamos amarrados numa estrutura que se diz acabada

e fechada, dotada de uma história *finda*, muito embora a permanência e crescimento da estupidez e desumanidade, cabe-nos, então, superar as limitações ideológicas dos que se situam e são situados no conhecimento. Superar as limitações dos que classificam a vida e o conhecimento humano em áreas estanques, na perspectiva instrumental/producionista como valor natural que situam seres, mas, intencionalmente, alienando-os da possibilidade de um conhecer que recomponha a diversidade na unidade. Cremos que somente através da implementação desse projeto possamos desenvolver, como ressaltou Castoriadis (1997, p. 417-418, grifo do autor):

[...] seres humanos em lugar de novos objetos de consumo. Para isso tem de haver uma outra organização do trabalho, que faça com que ele deixe de ser uma obrigação penosa e se torne um campo onde as capacidades humanas possam se manifestar; tem de haver outros sistemas políticos, uma verdadeira democracia comportando a participação de todos na tomada de decisões, uma outra organização da *paideia* para formar cidadãos capazes de governar e de serem governados, como disse admiravelmente Aristóteles — e assim por diante... “igualdade” e “comensurabilidade” dos trabalhos “econômicos” deverão ser ‘instituídos’ por uma sociedade autônoma como instrumentos de sua instituição, para destronar o econômico e a hierarquia, tornar seu funcionamento mais inteligível para todos, facilitar uma *paideia* dos indivíduos.

Violência e objetividade

O “medo sólido” estampado nas novas morfologias urbanas brasileiras é por demais agressivo e opressivo, como nos mostram as construções dos bairros “nobres e periféricos”, afinal envolvem as substâncias dos poderes visíveis e invisíveis do Estado e do mercado que esquadrinham o território para a sua funcionalidade, uso territorial, ou seja, territorialidades imbuídas de funcionalidades, centralidades e marginalidades. Daí, nos microespaços metropolitanos e também rurais, o vicejar dos condomínios fechados, casas muradas, cerca elétricas, cães ferozes, câmeras, portarias duplicadas, guardas privados 24 horas. Enfim, uma miríade de aparatos

de monitoramento nos espaços privados e públicos a vigiar transeuntes ou não, estressados e neuróticos ou não, tornar-se parte de uma paisagem urbana incivil, introjetada no consciente e inconsciente coletivo como natural. Para Bauman (2008, p. 8) “o medo é o que damos à nossa incerteza: nossa ignorância da ameaça e do que deve ser feito — do que pode e do que não pode — para fazê-la parar ou enfrentá-la, se cessá-la estiver além do nosso alcance”. Como parte de toda criatura viva, o medo é inerente a toda cadeia animal, e os seres humanos, ao encararem uma ameaça, “oscilam entre as alternativas de fuga e da agressão”. No entanto, segundo o supracitado autor, os humanos conhecem e agregam algo mais que esse sentimento: “uma espécie de medo de segundo grau, um medo, por assim dizer, social e culturalmente reciclado”, ou, como denomina Hughues Lagrange (apud BAUMAN, 2008), “um medo derivado” que guia seu comportamento depois de ter reformulado sua “percepção de mundo” e as expectativas que orientam suas opções de comportamento perante ameaças imediatamente presentes ou não. Esse medo pode ser concebido como um “resquício”, um trauma de uma experiência passada de enfrentamento “de uma ameaça direta”. Um elemento que perdura aos inúmeros “encontros” de enfrentamento, tornando-se um fator significativo. Para Bauman (2008, p. 9),

[...] na modelagem da conduta humana, mesmo que não haja mais uma ameaça direta à vida e à integridade, uma pessoa que interioriza uma visão de mundo que inclua a insegurança e a vulnerabilidade recorrerá rotineiramente, mesmo na ausência de ameaça genuína, às ameaças adequadas a um encontro imediato com o perigo; o “medo derivado” adquire a capacidade de autopropulsão.

Creio que, de uma maneira mais evidente e empírica, podemos vislumbrar que no mundo do capitalismo pesado, sólido, *Hardware*, mundo no qual o referido sistema carecia do trabalho, a ponto de os operários estarem “encarcerados” nas vilas de fábricas como engrenagens imprescindíveis, o medo derivado não tinha uma capacidade de autopropulsão. Isso porque, social e culturalmente, a estabilidade empregatícia (mesmo

considerando os embates entre capital e trabalho) era uma quase norma a guiar uma percepção de mundo relativamente estável de cidadãos sem muitos traumas, ou seja, sem a recorrência da insegurança, vulnerabilidade e medo, não apenas do desemprego, mas de todos os perigos derivados a serem enfrentados em todos os lugares e instantes. Por isso nos alerta Bauman (2008, p.15, grifos do autor):

[...] no ambiente líquido moderno, contudo, a luta contra os medos se tornou a tarefa para a vida inteira, enquanto os perigos que os deflagram — ainda que nenhum deles seja percebido como *inadministrável* — passaram a ser considerados companhias permanentes e *indissociáveis* da vida humana. Nossa vida está longe de ser livre do medo, e o ambiente líquido-moderno em que tende a ser conduzida está longe de ser livre dos perigos e ameaças... a vida inteira é agora uma longa luta, e provavelmente impossível de se vencer, contra o impacto potencialmente dos medos e contra os perigos, genuínos ou supostos, que nos tornam temerosos.

Mas os referidos perigos, manipulados ideologicamente como inadministráveis, têm os seus fundamentos. Na nova cultura do capitalismo, de uma racionalidade instrumental sem precedentes, lastreado em um território fragmentado por uma sociedade cada vez mais anticidadã, intolerante, onde os estranhos pouco ou quase não mais se comunicam, os princípios morais e éticos que deveriam guiar parâmetros de convivência socialmente “humana” se dissipam em um jogo ideológico no qual o bem ou o mal são “naturalizados”. Dupuy (2009, p. 49), citando o teórico pioneiro dos autômatos e computadores John Von Neumann, em um trabalho de 1948, registra que “em breve nós, construtores de máquinas automáticas, seremos tão indefesos diante de nossa criação, quanto o somos quando confrontados com fenômenos naturais complexos”. Já para o próprio Bauman (2008, p. 118):

[...] as emergentes tecnologias trazidas a lume no último meio século “comportam-se” — “crescem”, “desenvolvem-se”, — exatamente como a natureza. As manifestações de motivo, intenção, propósito, plano, destino, direção, emergem dos movimentos casuais de “mecanismos totalmente cegos”, e não há como ter certeza de que esses movimentos nos conduzirão a uma “boa direção”, nem como garantir de alguma forma que não nos levem a um beco sem saída ou a um abismo.

Ou, como bem pertinentemente assinala Castoriadis (1997), nesse capitalismo “onipresente”, onde um “ninguém” comanda, a sua substância natural parece vir envolta numa “tranquilidade ética como um pacote que também traz a consciência limpa e a cegueira moral”. Daí a naturalização da bestialidade das moradias como prisões fora dos presídios como um valor “moral e ético” inquestionável, em um mundo técnico, científico e informacional que, ao invés de integrar os seres e seus espaços vividos em parâmetros civilizados, pelo balizamento científico/instrumental e humano, traz a guetização como parâmetro geográfico “normal”, como grafia territorial insana de uma sociedade cada vez mais fragmentada espacialmente, como podemos visualizar em todo território nacional.

Portanto, em um mundo embasado num capitalismo sem ponderações morais e éticas razoáveis, mais uma vez Bauman (2008, p. 124-125) destaca que:

[...] o mais horripilante dos medos adicionas é o de ser incapaz de evitar a condição de estar com medo ou de escapar dela. Agora sem otimismo inicial [da redenção apregoada pelo positivismo da ideia de progresso e liberdade] temos medo de que as catástrofes que atormentaram nossos ancestrais não apenas tendam a se repetir, mas também sejam inescapáveis. A compreensão nasce [inclusive de superar as catástrofes naturais e humanas] da capacidade de manejo. O que não somos capazes de administrar nos é desconhecido, o desconhecido é assustador. Medo é outro nome que damos à nossa indefensabilidade.

E, como o referido autor já destacou, essa indefensabilidade calca-se na incerteza de um futuro melhor para parcela significativa da humanidade; na ignorância da ameaça e o que deve ser feito perante ela. É uma estratégia do “novo capitalismo global” onisciente e onipresente como ideologia causadora dos medos, principalmente derivados.

Medo, violência e segurança: a geocultura da “banalidade do mal” como endemia no Brasil

Como ressaltado no início, “*Segurança* é a percepção de se estar protegido de riscos, perigos ou perdas”, e pelo já exposto, digamos que o que mais a sociedade hoje prescinde e demanda é justamente de segurança. Como ressalta Cruz (2010, p. 31), embasada em Saporì (2007), o processo de convívio ordeiro em sociedade tem seus primórdios na própria constituição da sociedade, ou seja, nos agrupamentos humanos onde os estranhos passaram a tolerar o peso da diferença do outro. Citando Elias, Saporì (2007, p. 37) destaca que o “processo civilizador” trouxe embutida a disseminação de padrões racionais de conduta. Some-se a isso o grande crescimento do contingente urbano demandando ordem e pacificação pública, elementos que fomentaram o nascimento do Estado-nação moderno, sendo-lhe delegado o “poder legitimador de controle social”, em especial no mundo dominado pelo capital, onde a palavra de ordem não é mais tolerar o peso da diferença do outro, mas, sim, não falar com estranhos. Digamos que nesse contexto aflora com mais evidência o que podemos denominar de insegurança pública.

Todavia, como anteriormente dissecado, as estruturas capitalistas sofreram profundas transformações, trazendo no seu bojo a disseminação da segurança privada, aliás, um dos setores do mundo do capital que mais cresce em rentabilidade. Segundo Cruz (2010, p. 38),

De acordo com concepções weberianas, uma das características essenciais do Estado Moderno é a legitimidade do monopólio estatal da violência. Nos últimos tempos a segurança privada

legal e ilegal tem ocupado cada vez mais espaço nesse campo, colocando em questão esse axioma weberiano.

Como aponta Zaluar (1998, p. 256), “assiste-se nos países mais avançados tecnologicamente, à perda do monopólio estatal da violência legítima, fundamento da sua soberania, em proveito de empresas privadas de segurança, de grupos de indivíduos armados e de organizações ou redes transnacionais do crime”. Todavia, não devemos subestimar o aparato repressor do Estado Nacional (em especial as polícias) como elemento objetivo e subjetivo a dar suporte à busca de proteção de riscos, perigos e perdas, incluindo a própria perda de vidas de populações vulneráveis.

Ao assistirmos e ouvirmos aos diversos programas televisivos ou não, o que mais se demanda nos dias atuais, em todo o Brasil, é a presença policial Estatal como instância coibidora de todos os tipos de violência. Nesse prisma, vale salientar que o país tem um policial militar (PM) para 473 habitantes, segundo estudo do IBGE (2015). O Centro-Oeste tem a maior proporção: 1 PM para cada 393 habitantes, sendo que 10% do contingente policial é constituído por mulheres. Na Tabela 1, podemos ter uma visão mais detalhada desse panorama regionalmente.

Tabela 1 – Distribuição regional de policiais militares no Brasil, 2013.

Região	Efetivo da PM	PM por habitantes
Sul	49.430	583
Nordeste	109.341	510
Sudeste	186.219	454
Norte	42.129	403
Centro-Oeste	38.129	393

Fonte: IBGE, 2015 (Perfil dos Estados e Municípios Brasileiros 2014).

Vale acrescentar que a esse contingente somam-se 117,6 mil policiais civis, o que aponta um policial civil para 1.790 habitantes. Ainda no que tange à polícia militar, no Sudeste a proporção era de (1) um PM para 454 pessoas, tendo o estado de São Paulo um (1) por 488 habitantes e, no

Rio de Janeiro, 1 (um) para 355. Já as menores proporções recaíam nas regiões Sul, com 1 (um) policial para 583 pessoas, e no Nordeste, em especial o Maranhão, com 1 (um) para 881 habitantes. Daí não ser estranho o MA estar incluído na lista dos estados com maior incidência de atos violentos e ter a penitenciária (Pedrinhas), como uma das mais sanguinárias.

Quanto ao gênero, cabe salientarmos que as mulheres constituíam 9,8% da PM no Brasil e 26,3% no corpo policial civil. Os estados com maiores contingentes femininos na PM são o Amapá, com 20,4% dos 3.700 policiais, Roraima (14,5) e Bahia (13,9%). Já no RN, dos 8.926 policiais, apenas 2,34% são mulheres, CE 3%, MA 5,7%, PI 6,7%, SE 6,8 e Paraíba 7,5%, aspecto que, talvez, esteja impregnado de machismo.

No que tange a algumas proporções de policiais, considerando a população de alguns países europeus, estudo de Jean Claude Monet (2002), no seu livro *Polícias e sociedades na Europa*, no início dos anos 2000, destaca que na Irlanda, com uma população de 3, 4 milhões, havia um contingente de 10.800 policiais, o que dava 1 (um) policial para 324 habitantes; no Reino Unido, com 57 milhões, o número da polícia era de 140.000, uma proporção de 1 (um) para 407. Já na Bélgica, com uma população de 10 milhões, a proporção é de um policial para 276 habitantes.

Ao observar os índices de mortes violentas da série histórica das quatro últimas décadas, identificou-se que em 2016 o Brasil registrou a taxa mais elevada, 30,3 mortes violentas por 100 mil habitantes, assim como, numericamente, contabilizou 62.517 homicídios, conforme os dados do Atlas da Violência 2018 (IPEA, 2018). Ressalte-se que o índice brasileiro aludido é um índice médio, pois varia bastante de federação para federação.

Mas, antes de detalharmos melhor esses dados estatísticos, cabe mencionar o trabalho Mapa da Violência 2016, de Waiselfisz (2016, p. 8). Segundo o autor,

[...] nos últimos anos, muito se tem discutido e argumentado, a favor ou contra, do desarmamento da população. Mas em toda essa discussão, o que é incontestável é a nua e crua frialdade dos números. Entre 1979, ano que em se inicia a divulgação dos dados do subsistema de informações da Mortalidade, até 2003, último ano disponível, morreram no Brasil acima de 550 mil pessoas vítimas de armas de fogo. Se essa cifra já representa uma quantidade assustadora, é ainda mais apavorante saber que 206 mil delas eram jovens.

São índices apavorantes e que não param de crescer, considerando inúmeros fatores, desde aspectos econômicos/políticos/jurídicos, como os já elencados em itens anteriores. Para termos uma noção da proporção desse fenômeno, evocamos os dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2016 (LIMA; BUENO, 2016, p. 6), os quais evidenciam que o Brasil contabiliza mais mortes violentas intencionais que a guerra na Síria, ao comparar o período de 2011 a 2015.

Acresça-se que, segundo esse Anuário (LIMA; BUENO, 2016, p. 7), a cada 9 minutos uma pessoa é assassinada no Brasil e que, em 2015, mais de 58 mil pessoas foram assassinadas, vítimas de crimes violentos e intencionais. Alguns estados do Norte e Nordeste despontam como os mais violentos, e, no referido ano, Sergipe alcançou uma proporção de 57,3 mortes por 100 mil habitantes, índice superior a Honduras, considerado o país mais violento do mundo. Essas estatísticas são mais do que preocupantes, tendo-se em conta que, oficialmente, não vivemos uma guerra civil, todavia, de uma maneira camuflada, podemos asseverar que padecemos de um conflito de conotações civis. E essa condição, como mais adiante detalharemos, engloba aspectos como tráfico de armas, de drogas de vários matizes, grupos milicianos, enfim, todos os tipos de incivilidade.

Com esses índices, registram-se, no país, mais de 160 assassinatos por dia, ou seja, quase sete assassinatos por hora, de acordo com Lima e Bueno (2017). A socióloga Samira Bueno, diretora-executiva do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, em entrevista de Ramalho (2017), afirma:

O Brasil ostenta taxas tão altas há tantos anos que se pode falar em uma violência endêmica, e não epidêmica. É um problema grave e crônico. Nós concentramos 2,8% da população do mundo e 11% dos homicídios. Somos um país extremamente violento.

A análise multiescalar é importante nos estudos geográficos, pois permite evidenciar a complexidade de contextos geográficos no território (MOTA, 2014). Ao observar os índices das unidades federadas do ano de 2016, de acordo com os dados do Atlas da Violência 2018 (IPEA, 2018), percebemos que Sergipe, Alagoas e Rio Grande do Norte ocupavam as posições dianteiras, com 64,7, 54,2 e 53,4 mortes por 100 mil habitantes, respectivamente. Há que se considerar que esse panorama da Geografia do morticínio muda bastante, pois, segundo levantamentos em anos anteriores, outros estados estavam na dianteira, ultrapassando o índice de 70 mortes por 100 mil habitantes.

Ao analisar as proporções de óbitos por faixas etárias e gênero, destaca-se a expressiva percentagem de jovens masculinos mortos entre as faixas de 15 a 29 anos, como se pode observar na Tabela 2. Uma verdadeira hecatombe, considerando um futuro próximo. Destaque-se que, como já frisado, esses percentuais mudam muito, de ano para ano. Pernambuco, por exemplo, voltou a ter uma verdadeira explosão de mortes violentas letais e intencionais, como também em todos os tipos de incivilidade.

Tabela 2 – Proporção de homicídios* do total de óbitos no Brasil por faixa etária e sexo, 2017.

Faixas etárias %						
Sexo	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	Total
Masculino	18,4	59,1	50,7	29,4	10,9	8,2
Feminino	7,4	17,4	13,7	6,7	2,2	0,9
Total	14,1	51,8	44,2	23,0	7,9	5,0

Fonte dos dados: Ministério da Saúde, 2018 (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM)
Elaboração: Organizadores, 2019.

*Considerando as agressões e intervenções legais.

Observação: As demais faixas etárias tiveram menos de 3,5% dos óbitos registrados por homicídios.

Esses dados, como já frisado, possuem grande variância, mas destaca-se grande acréscimo, por exemplo, no RS, MS, SE, TO, PI, RN, PE. Aliás, Sergipe, estado antes relativamente pacato, vem nos últimos anos assumindo índices de violência muito elevados, assim como AL e RN. O certo é que as mortes, nessas faixas etárias, são ainda mais cruéis, considerando que é justamente nesse segmento que se poderiam formar espíritos cidadãos, fatores de uma geocultura de pertencimento de um espaço não fragmentário, um espaço geoculturalmente pautado numa crescente endemia de mortes de jovens por vias letais e intencionais, ou seja, uma *psicoesfera necrófila*, totalmente carente de tolerância e civilidade. Como aludido, são inúmeros os fatores que induzem a essa “geografia da morte”, mas, considerando os índices mais expressivos, não podemos deixar de relegar questões fundiárias, bem como a falência nos poderes policiais/jurídicos, além dos referentes à carência mínima de um Estado de bem-estar social.

É nesse “campo de guerra” que desponta crescentemente a vigilância privada, aliás, uma das maiores organizações empresariais no setor de serviços no país. Segundo a Agenda 20/20 (2016), o número de efetivos vinculados à segurança privada é muito superior ao das forças policiais, atingindo um patamar de aproximadamente dois milhões de pessoas. “São formadas pelas escolas especializadas e regularizadas com as exigências do Ministério da Justiça”. Com faturamento da ordem de 7 bilhões em 2002, em 2015 a previsão é de um montante de 50 bilhões. Atualmente existem mais de duas mil empresas de segurança privada no Brasil.

A evolução do setor é um reflexo da carência de investimentos públicos nos serviços de segurança, que nos apresenta a caótica situação vivida pela população, que teme a violência e, como alternativa, quando pode, contrata proteção privada. Ressalte-se que existe um número expressivo de empresas clandestinas e mais de 200 mil pessoas envolvidas nessa atividade (AGENDA 20/20, 2016). Ora, se temos um efetivo policial institucionalizado de pouco mais de 400 mil policiais militares e quase 220 mil policiais civis, fica evidente uma defasagem imensa entre a segurança pública e a privada, fato a corroborar a fragilidade do Estado em um campo tão estratégico, como o da segurança pública.

Esse panorama se degrada ainda mais, considerando o processo de globalização, com as suas táticas de diminuição de políticas de inversões, investimentos, nos setores públicos estratégicos, como segurança, saúde e educação. Daí a caduquice nos equipamentos públicos e a defasagem de agentes a manipulá-los; são, digamos assim, territórios subutilizados a favor do setor privado, sedento de mais-valia absoluta e relativa, por meio do uso crescente do trabalho terceirizado e superexplorado; equipamentos altamente dotados de tecnociências e informação, tendo como lastro os “cidadãos consumidores”, com alto poder aquisitivo.

Privatização é a palavra de ordem, “cidadania” é para quem tem poder de compra e, assim, segurança é para quem está seguro financeiramente para financiar a proteção privada; saúde é para quem tem um plano de saúde caro; e educação é para a nova Paideia do ensino privado, com lastro na filosofia do salve-se quem puder no mundo da competição e da competitividade.

Consideração final

Este texto é transversal a diversas áreas do conhecimento humano que tratam da sociedade em movimento num prisma, digamos assim, civilizatório, no seu sentido de *civitas*, de cidade, de cidadania, de contato com estranhos, em que esses estranhos se tolerem, respeitem a diferença do outro. Ao mesmo tempo, tem, como foco empírico, a realidade, em especial, das cidades brasileiras que, paulatinamente, como apontam os dados estatísticos de diversas fontes de pesquisa, vêm se tornando verdadeiros *locus* de anticivilidade, de intolerância nos seus diversos matizes, criando-se o que podemos denominar de uma “Geocultura da violência e do medo”, já que estamos tratando de *civitas* mais como “necrópolis”, como já ressaltou Milton Santos, do que cidades metrópoles, detentoras de cidadania e de vida.

Para termos ideia — e reforçando alguns dados estatísticos — o Brasil alcançou o estratosférico índice de 62.500 mortes letais intencionais em 2016, mais de sete assassinatos por hora (IPEA, 2018). Para 2017, os

indicadores tendem a ser ainda piores. Esse numerário de mortes de 2016 é comparável às pessoas dizimadas pela bomba atômica de Nagasaki, no Japão, no período da Segunda guerra Mundial. Sem dúvida são número alarmantes, se contarmos que estamos vivendo um contexto político, histórico, social, cultural e psíquico, mais voltado para a cultura destrutiva da *Hubris* do que a cultura da afetividade (*Thumos*).

No lastro, viceja a geocultura espacial de um homo paranoico de uma cidade totalmente fragmentada, amedrontada, aquartelada, de prisões internas e externas aos presídios, na qual a morte se torna uma verdadeira “banalização do mal”, e a metrópole, repetimos, parece cambiar para uma necrópolis.

Nesse sentido, e retomando George (1993), uma Geografia da saúde está mais afinada a uma Geografia social, no sentido de que, nesta última, envolvem-se elementos geoculturais nos seus diversos aspectos, inclusive o processo endêmico em que se tornou a violência, tanto no *stricto sensu* quanto no *lato sensu*. Como ressalta o autor, é uma Geografia que pode ser também concebida como “regional”, pois fica evidente, como no quadro estatístico dos indicadores dos crimes no Brasil, diferenciações bem visíveis nos quantitativos, bem como nos fatores que induzem a tais panoramas geográficos.

Deixa-nos também vislumbrar, do contexto da violência que estamos tratando, uma Geografia médica, visto que na Geocultura da violência no Brasil há uma discrepância gritante no que se refere à fixação dos equipamentos para dar suporte médico imediato às vítimas, e às infraestruturas socioespaciais imprescindíveis à constituição de lugares de um país cidadão.

Enfim, Geografia da saúde contém e está contida na Geografia médica, por intermédio de uma Geocultura social que englobe as diversas doenças, epidemias e endemias, incluindo, no caso específico do Brasil, a endemia da incivilidade, traduzida nessa guerra civil dissimulada, que torna o Brasil o país em que, numericamente, mais se mata no mundo, considerando os crimes letais e intencionais.

Referências

AGENDA 20/20. [S.l.: s.n.], 2016. Disponível em: <<https://agenda2020.com.br/2015/01/seguranca-privada-cresce-no-mercado-brasileiro/>>. Acesso em: 20 mai 2016.

BAUMAN, Z. **Medo líquido**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

CASTORIADIS, C. **As encruzilhadas do labirinto I: o mundo fragmentado**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

CRUZ, L. M. **Morfologias urbanas do medo: a materialização da (in)segurança em bairros nobres do Recife**. 2010. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

DUPUY, J. **On the origins of cognitive science: the mechanization of the mind**. Massachusetts: The MIT Press, 2009.

GEORGE, P. **O homem na terra: a Geografia em ação**. Lisboa: Ed. 70, 1993.

IBGE. **Perfil dos estados e dos municípios brasileiros: cultura, 2014**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

IPEA. **Atlas da violência 2018**. Rio de Janeiro: IPEA/FBSP, 2018.

_____. **Atlas da violência 2017**. Rio de Janeiro: IPEA/FBSP, 2017.

LIMA, R. S.; BUENO, S. (Coords.). **Anuário brasileiro de segurança pública 2016**. [S.l.: s.n.], 2016. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/storage/10_anuario_site_18-11-2016-retificado.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.

MONET, J. C. **Polícias e sociedades na Europa**. 2. ed. São Paulo: EdUSP, 2002.

MOTA, A. A. **Suicídio no Brasil e os contextos geográficos: contribuições para política pública de saúde mental**. 2014. Tese (Doutorado em Geografia) – Faculdade de Ciência e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Presidente Prudente, 2014.

MORIN, E. **O método 5**: a humanidade da humanidade. A identidade humana. Porto Alegre: Sulina, 2002.

ORETEGA Y GASSET, J. **A rebelião das massas**. São Paulo: Martin Fonte, 2002.

RAMALHOSO, W. Brasil registra 58,5 mil assassinatos em 2014, maior número em 7 anos. **UOL**, 2015. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2015/10/08/brasil-registra-585-mil-assassinatos-em-2014-maior-numero-em-7-anos.htm?cmpid=copiaecola>>. Acesso em: 20 mar 2017.

SÁ, A. J.; CRUZ, L. M. “**Medo urbano**” e suas novas formas geográficas. Recife: Ed. Universitária da UFPE; CCS Gráfica e Editora, 2011.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

SAPORI, L. F. **Segurança pública no Brasil**: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

ZALUAR, A. Para não dizer que não falei de Samba. In: SCHWARCZ, L.; NOVAIS, F. (Orgs.). **História da vida privada no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. v. IV.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2016**: homicídios por armas de fogo no Brasil. Rio de Janeiro, FLACSO, 2015.

WIKIPÉDIA. **Segurança**. [S.l.], 2017. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Seguran%C3%A7a>>. Acesso em: 23 maio 2017.

ANÁLISE GEOCARTOGRÁFICA MULTIESCALAR DO SUICÍDIO NA AMÉRICA LATINA E CARIBE

Adeir Archanjo da Mota

Os óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente (LAI), comumente denominados por suicídios, são um sério problema de saúde pública para muitos países. Com os dados de 56 países, enviados na década de 1990, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), Diekstra (1995) afirma que esse tipo de mortalidade está entre os dez principais tipos de causas e, para a faixa etária de 15 a 34 anos, encontra-se na segunda ou na terceira posição.

As denominadas lesões autoprovocadas intencionalmente, na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e no Sistema de Informações de Saúde (SIS), do Ministério da Saúde do Brasil, é o ato de se autoinfringir/autoviolentar, que pode levar à internação e ao óbito. Neste estudo, as lesões autoprovocadas intencionalmente aparecerão como tentativa de suicídio, ou na forma abreviada de LAI. No caso em que essas lesões autoprovocadas intencionalmente levarem a óbito, será denominada de suicídio, de autoagressão letal ou autoviolência letal.

O Relatório Mundial da Saúde, divulgado pela OMS, no primeiro ano do século, estimou que 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações neurobiológicas, problemas psicossociais ou relacionados ao abuso de álcool e de drogas (WHO, 2001). Conforme a OMS, ocorrem no mundo cerca de cem suicídios a cada hora, o que totaliza anualmente 844 mil óbitos por autoviolência. Em menos de cinco décadas, essas taxas aumentaram 60% (WHO, 2010).

Neste capítulo, iniciaremos apresentando a espacialidade do suicídio na América Latina e Caribe, evidenciando o impacto de mapas publicados pela OMS, elaborados com duas ou três classes de agrupamento de dados e com esquema de cor divergente/dicotômico, pretensiosamente com alto potencial de comunicação da geoinformação. A redução da alta variabilidade de dados induz a equívocos, que podem resultar dados incorretos,

principalmente em países que não possuem especialistas em geoinformação, que participam da elaboração de políticas públicas de saúde.

As análises espaço-temporais são imprescindíveis para formular políticas públicas mais eficazes. Para realizar essas análises, utilizamos os dados da América Latina e Caribe (OPAS, 2013), do Brasil, das unidades federadas, das mesorregiões geográficas e dos municípios brasileiros (BRASIL, 2013) para evidenciar como a análise geocartográfica multiescalar torna a análise mais complexa, potencializa a apreensão do fenômeno estudado e, principalmente, auxilia na elaboração de políticas públicas mais equitativas, mais eficientes e mais eficazes.

A construção de uma leitura sobre qualquer objeto de pesquisa acontece por aproximações, quer em relação às experiências pessoais, profissionais e acadêmicas quer em relação às temporalidades e escalas geográficas analisadas. Com base nas reflexões de Maurice Merleau-Ponty, sobre o “pensamento de sobrevoo”, Souza (2007) alerta os geógrafos e os demais estudiosos sobre as limitações de se ater apenas à análise e à ação da macroescala, sem combinar as escalas do “olhar de longe” até a do “mergulho no cotidiano”. Os estudos com recortes macroescalares permitem identificar e contextualizar as mesoescalas e microescalas prioritárias para novos estudos. Esses estudos, realizados nessas escalas, complexificam a leitura da macroescala, sendo ambas imprescindíveis para apreensão dos fenômenos espaciais.

A geógrafa Iñiguez Rojas (2006) afirma que o bem-estar tem sido pouco estudado pelos geógrafos. Ao discutir o papel do geógrafo e as contribuições da Geografia para a Saúde Coletiva, Barcellos (2008, p. 9) afirma que o reconhecimento pode se dar pelo “comprometimento com as grandes causas de Saúde Coletiva” e que as contribuições superam a aplicação do Geoprocessamento. O autor ainda defende que “a interpretação dos mapas e outros resultados gerados por essas técnicas também exigem uma compreensão do espaço geográfico e o modo como esse espaço produz riscos ou promove condições coletivas de proteção” (BARCELLOS, 2008, p. 9).

A saúde mental registrou, na última década, recordes nas taxas de mortalidade no Brasil. Contudo, no contexto internacional, o Brasil figura entre a terça parte com as taxas mais baixas de suicídio, conforme estimativas da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012a). Essa realidade se transforma ao dar um “zoom”, ao analisar as escalas cartográficas maiores que revelam a diversidade da unidade Brasil, segundo a qual parte significativa dos municípios possuem taxas muito altas, bastante discrepantes da “média” do país.

Procedimentos metodológicos

A elaboração deste estudo se deu pela interpenetração dos referenciais teórico-metodológico, empírico e técnico com o objeto de estudo, resultando no texto apresentado. O referencial teórico-metodológico compreendeu a revisão de literatura sobre as categorias de análise: análise espacial, suicídio e multiescalaridade. Essas categorias contribuem para a compreensão da complexidade das análises geocartográficas multiescalares, evidenciando, pela abordagem quantitativa, as limitações e as possibilidades de dois níveis de empreender a análise espacial: a) apenas por macro unidades espaciais e com duas ou três classes de agrupamentos de dados; e b) por macro, meso e micro unidades espaciais e com quatro, ou mais, classes intervalares.

O referencial empírico são os seguintes dados secundários: a) taxas de mortalidade por suicídio dos países latino-americanos e caribenhos, levantados junto à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2013); b) taxas de mortalidade calculadas para as unidades federadas, para as mesorregiões geográficas e para os municípios brasileiros, computadas com os dados do Departamento de Informática do SUS (BRASIL, 2013) e com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tanto dos Censos Demográficos de 1980 a 2010 (IBGE, 2012b), quanto das Estimativas Populacionais de 1979 a 2009 (IBGE, 2012a).

A taxa de mortalidade é computada pela quantidade de óbitos em dado período de uma população por cem mil habitantes (COSTA; KALE;

VERMELHO, 2009). Para caracterizar suicídio, se utilizou a Décima Revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Compreende-se como: a) tentativa de suicídio, a internação por lesões autoprovocadas intencionalmente (X60 a X84); e, b) suicídio, o óbito pelas mesmas LAI.

A comparação da mortalidade por suicídio entre países foi realizada com base na tipologia elaborada por Diekstra e Gulbinat (1993), em quatro níveis: 1) baixa mortalidade, os países que possuíam taxas até 5 suicídios por 100 mil habitantes; 2) média mortalidade, os países com taxas de 5 até 14,99 suicídios por 100 mil habitantes; 3) alta mortalidade, os que apresentaram taxas de 15 até 29,99 por 100 mil habitantes; e, 4) muito alta, os que possuíam taxas de 30 ou mais por 100 mil habitantes.

O recorte temporal é a primeira década do século XXI; cada país latino-americano e caribenho informa a OPAS com dados de anos diferentes, assim, não se pode delimitar apenas um ano como referência para comparação internacional. As taxas de mortalidade por suicídio das unidades espaciais brasileiras foram computadas pela média trienal, compreendendo os anos de 2009, 2010 e 2011. Para apreendermos o processo de expansão espacial das taxas de mortalidade no Brasil realizamos o mapeamento para os triênios que permitiram utilizar os dados dos censos demográficos, diminuindo os erros estatísticos inerentes às estimativas populacionais.

No referencial técnico, foram utilizados os *softwares* ArcGIS 10.2 e Philcarto 5.75, para análises espaciais e para elaboração dos mapas; e Microsoft Office Excel 2010 para auxiliar na tabulação dos dados e para elaborar os gráficos.

O Geoprocessamento foi um dos principais instrumentais técnico-científicos utilizados no estudo, com destaque para a construção de um banco de dados geográfico de saúde mental do Brasil e para visualização e comunicação cartográficas em Cartografia Digital. A análise espacial dos dados de saúde coloca desafios e possibilidades, dos quais apontamos: os eventos de saúde acontecem no indivíduo, enquanto as análises espaciais ocorrem no nível populacional; os macrodeterminantes sociais e ambientais, “externo” às pessoas, torna imprescindível a aplicação

do Geoprocessamento para análise de dados com origem em diferentes sistemas de informações (BARCELLOS; RAMALHO, 2002).

Determinantes sociais, comparação internacional e visibilidade

O suicídio intriga leigos e estudiosos desde a Antiguidade, sendo objeto de estudo de filósofos e médicos, que ora o associavam à insanidade mental, ora o atribuíam ao clima, ora à raça e à hereditariedade. No final do século XIX, o filósofo, pedagogo e cientista social Émile Durkheim (1858-1917) publicou *O suicídio* (1897), uma obra que buscou aplicar o acúmulo de experiências e da teoria sociológica publicada dois anos antes em *As regras do método sociológico*. Esse autor positivista recebeu influência das escolas inglesa e alemã, das quais influenciou o seu pensamento o idealismo, o empirismo e o utilitarismo.

O suicídio é considerado um fato social, resultante dos níveis de integração social nos distintos grupos sociais (DURKHEIM, 1986). A obra *O suicídio* é seccionada em quatro partes: na primeira, o autor introduz a discussão sobre o fenômeno, classifica e conceitua o suicídio, e começa a distinguir a abordagem sociológica da psicológica; na segunda parte, “Os fatores extra-sociais”, Durkheim contra-argumenta os estudos que associam o suicídio aos estados psicopáticos, a escola italiana, a hereditariedade e a imitação, e afirma que essas abordagens podem explicar casos eventuais, o que contribui pouco para entender a distribuição geográfica da taxa social de suicídio; na terceira parte, “Causas sociais e tipos sociais”, o cientista expõe o método para determiná-los e, em seguida, os tipos de suicídios: egoísta, altruísta, anômico e fatalista, analisando os condicionantes sociais culturais, políticos e socioeconômicos: religiões, estado civil, paternidade, poder público, crises econômicas e riqueza; na quarta parte, “Do suicídio como fenômeno social em geral”, o autor faz considerações gerais, das quais se destaca a discussão sobre homicídio, e finaliza apontando consequências práticas (DURKHEIM, 1986).

Ainda nessa obra, Durkheim (1986, p. 11) define suicídio como “todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que esta sabia que produziria este resultado”. Essa definição é semelhante à publicada pela OMS quase um século depois, que sintetizou o ato suicida como um ato consciente sobre a própria pessoa que espera um desfecho fatal (WHO, 1993).

O suicídio pode ser considerado ainda um transtorno multidimensional, resultado de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos e ambientais (WHO, 2000), ao qual se podem acrescentar as dimensões culturais, políticas e econômicas. Esse ato é um tipo de morte evitável, e os principais fatores de risco são os transtornos mentais e os transtornos por consumo de álcool e outras drogas, a violência, as sensações de perda e os contextos culturais e sociais (WHO, 2012b).

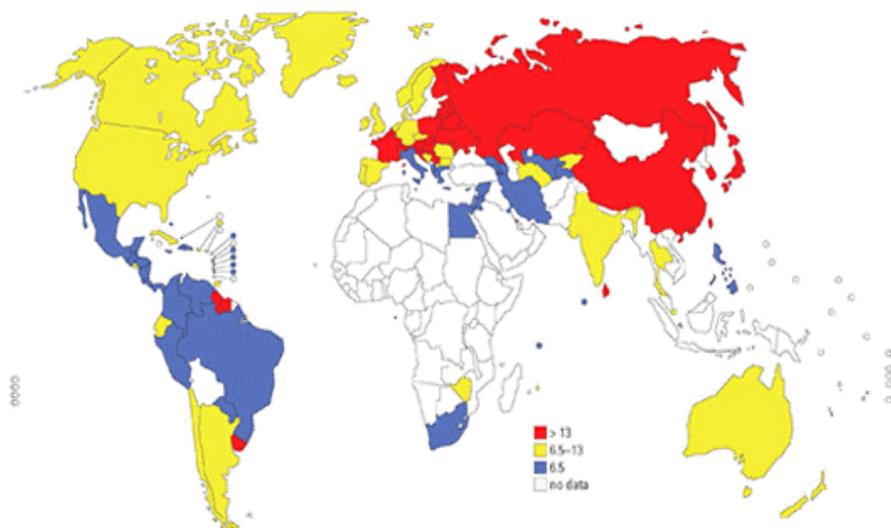
O suicídio pode ser associado ao contexto mais amplo da saúde mental e correlacionado ao ambiente social e familiar (GIGGS, 1973). Ainda que se deva sempre considerar os indivíduos mais suscetíveis, o suicídio, como qualquer doença mental, ganha contornos bio-psico-sociais muito diferenciados, dependendo do lugar em que vive o cidadão (MEADE; FLORIN; GESLER, 1988). Estudos realizados indicam que as condições de vida e as formas de adoecer e morrer também são desiguais no interior do espaço urbano (BANDO; BARROZO, 2010). Assim, a promoção da saúde mental também exige, necessariamente, a implementação de medidas de caráter preventivo diferenciado para o risco do suicídio, considerando as necessidades básicas de cada ambiente social, dentro das características psicossociais de seus habitantes.

Em comparação internacional para o ano de 2011, o Brasil possuiu taxa de suicídio inferior a dois terços de mais de 100 países que enviaram dados de mortalidade para Organização Mundial de Saúde. A representação cartográfica (Figura 1) disponibilizada pela OMS (WHO, 2012a) é de baixa resolução, com o esquema de cor divergente e o agrupamento de dados em apenas três classes. Essa classificação não se apoiou na tipologia de Diekstra e Gulbinat (1993), convencionalmente adotada pela própria OMS, nem explicitou a justificativa para a classificação empregada.

A Figura 1 foi exposta na rede mundial de computadores pela principal organização de saúde do planeta, “informando” os países que devem ser estudados, monitorados, incentivados a elaborar políticas públicas específicas, sem avaliar os processos espaço-temporais em cada região do planeta. Em síntese, o caráter dicotômico da representação cartográfica da OMS reforça o desinteresse de pesquisadores e de políticos de países que foram coloridos com a cor azul, sem realizar ressalvas a respeito das diferenciações espaciais de cada território nacional.

Na representação cartográfica da mortalidade por suicídio em 2011, publicado pela OMS, onze países latino-americanos possuem baixa taxa de mortalidade, evidente pelo esquema de cor adotado, o esquema divergente (azul, amarelo e vermelho), enquanto a representação cartográfica, com maior número de classes (Mapa 1), evidencia que apenas cinco países contam com baixa mortalidade por esta causa. Alguns países se fundamentam apenas nos estudos da OMS para formularem política pública de saúde mental. No entanto, orientar as políticas públicas nacionais de saúde apenas por dados macroescalares pode resultar em baixa efetividade das ações e em baixa eficiência dos sistemas de saúde nacionais.

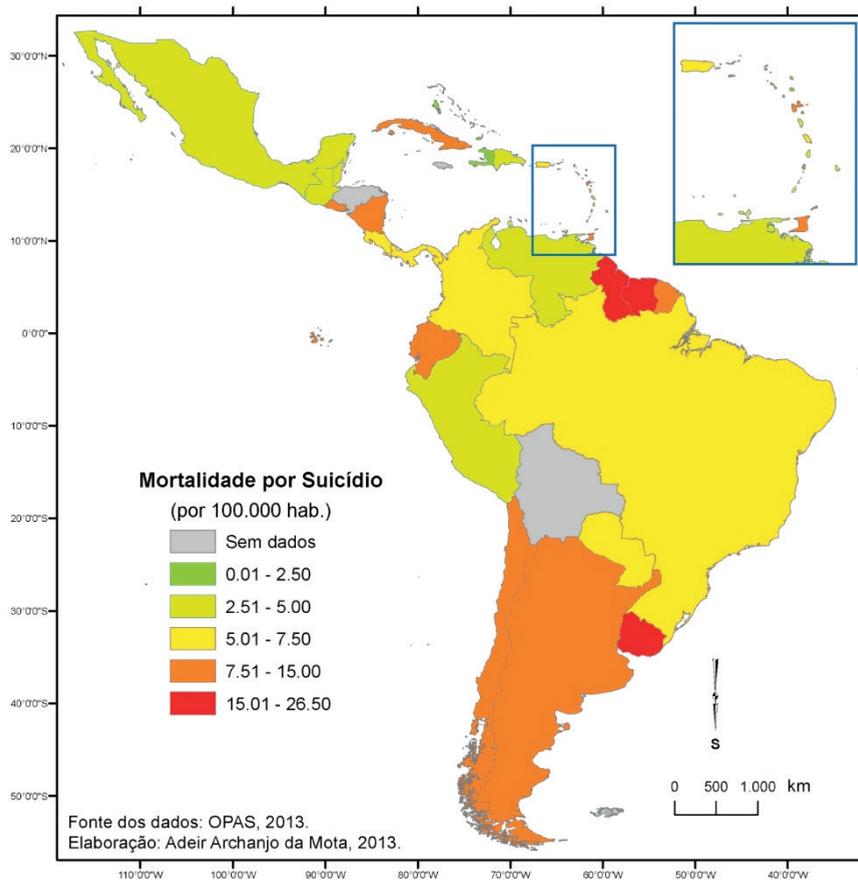
Figura 1 – Mortalidade por suicídio (por 100 mil habitantes) em 2011.



Fonte: WHO, 2012a.

Ao dispor a mortalidade por suicídio nos países latino-americanos e caribenhos em intervalos de classes menores, se observou um aumento significativo na variabilidade das taxas, com destaque para os países situados no Caribe (Mapa 1).

Mapa 1 – Mortalidade por suicídio na América Latina e Caribe, 2013.



As taxas de mortalidade dos países latino-americanos e caribenhos são estimadas e padronizadas. Os anos de referências são diferentes para cada país: 2004 (Haiti, República Dominicana, Santa Lúcia e Uruguai), 2005 (Bahamas, Guadalupe, Guaiana Francesa, Martinica e Suriname); 2006 (Barbados, Guiana, Nicarágua e Trinidad e Tobago); 2008

(Dominica); 2007 (demais países com dados disponíveis). Essa informação foi ignorada na elaboração da Figura 1, exposta no *site* da OMS, induzindo ao pensamento de ter sido um ano de referência para todos os países, além da provável confusão de ter incluído no título a data de elaboração e não dos dados de mortalidade enviadas por cada país em temporalidades diferentes.

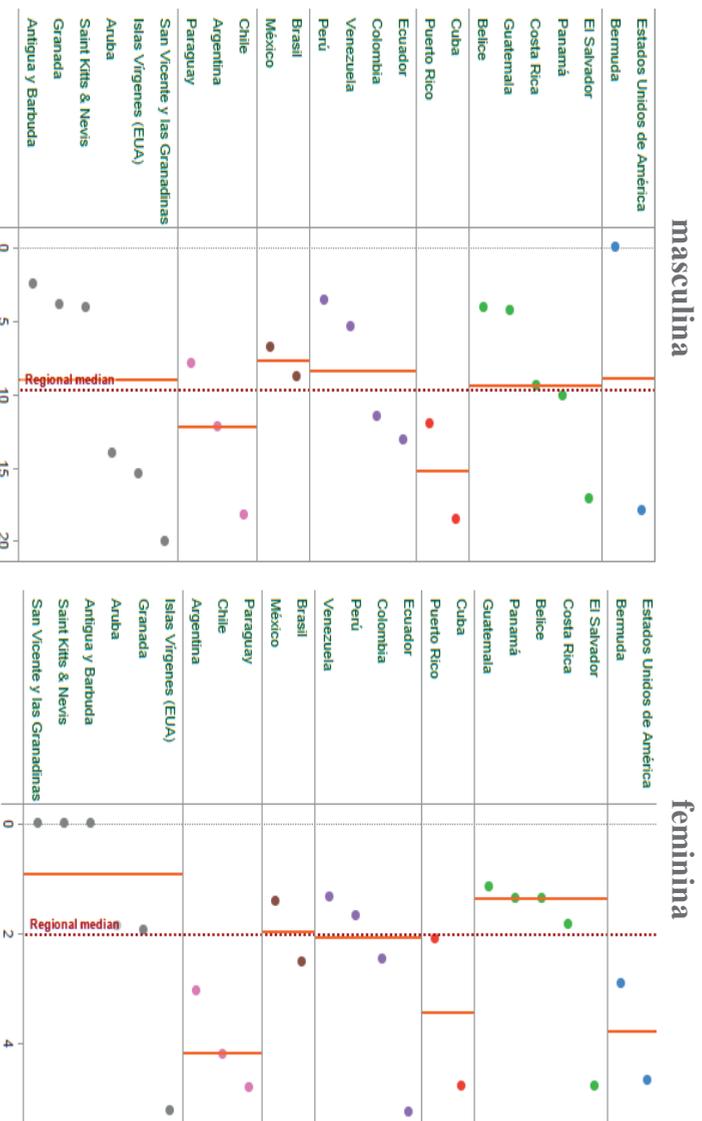
O Brasil, em comparação com os demais países da América Latina e Caribe, encontra-se em uma posição intermediária, com taxa de mortalidade por suicídio de 5,62 por 100 mil habitantes (OPAS, 2013). Ainda em relação a essa comparação, o país possuía, em 2007, uma taxa mais de três vezes menor do que a de Guiana, o Suriname e o Uruguai, todos estes países são fronteiriços ao Brasil. O país ainda registrou taxas duas ou mais vezes do que as registradas no Peru, na Guatemala e em Belize.

Suicídio: uma questão de gênero em culturas diversas

A análise da mortalidade por suicídio por gênero em todos os países latino-americanos e caribenhos evidencia a assimetria entre a autoviolência letal de homens e de mulheres (figuras 2 e 3).

Nas estatísticas e nas histórias orais, o sexo masculino — o ser homem — se associa a atos violentos, que se revelam de múltiplas formas e intensidades, se adequando às conformações socioculturais dos contextos geográficos, se evidenciando como: violência moral ou violência física; violência urbana ou violência rural; violência pública ou violência privada; violência ao outro ou autoviolência, sendo a letalidade desta última a temática privilegiada neste estudo.

Figuras 2 e 3 – Mortalidades masculina e feminina por suicídio na América Latina e Caribe, 2007.



Fonte: OPAS, 2013.

Esses resultados se relacionam ao ser homem na sociedade ocidental, o qual é diretamente associado à insensibilidade e ao comportamento violento, símbolos máximos de masculinidade impostos culturalmente de uma forma pulverizada na atmosfera cotidiana, tão forte quanto sua invisibilidade. Algumas frases reproduzidas cotidianamente por homens e mulheres de todas as idades são elucidativas, modeladoras das masculinidades: “homem que é homem, não chora”, “homem não reclama”, “homem é forte”.

Conforme a literatura, as mulheres são menos vulneráveis ao suicídio por serem mais religiosas, terem uma rede de apoio social maior, serem mais flexíveis no enfrentamento de problemas psicossociais, por acessarem mais os serviços de saúde e por utilizarem métodos menos letais nas tentativas de suicídio (STACK, 2000; KIM et al., 2010).

Estudos do suicídio no Brasil com abordagem de gênero ou de faixas etárias e gênero são raros na área da saúde. Minayo et al. (2012), no artigo sobre suicídio de homens idosos no Brasil, após se fundamentarem sobre gênero e masculinidades, focaram na relação entre suicídio e perda do trabalho como referência existencial e no sentido de honra, que marcam a “masculinidade hegemônica” na lógica do patriarcalismo. Após realizarem autópsia psicossocial de 40 suicidas do sexo masculino, com mais de 60 anos de idade, em dez municípios brasileiros das distintas regiões geográficas, destacaram a necessidade de expansão da Política Nacional de Saúde Mental aos idosos.

Nesse contexto, Minayo et al. (2012, p. 2673) sintetizam:

[...] o suicídio de homens idosos fala menos da morte que das condições, situações e problemas que eles encontram ao final da vida e revela, com eloquência, o peso de questões culturais e relacionais que os descartam, os desconhecem ou os isolam.

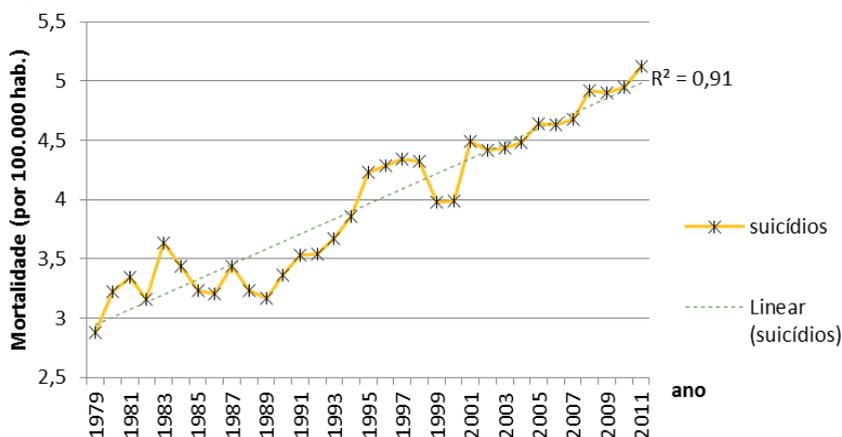
Excluídos dessa política e impedidos de continuar a exercer a masculinidade e a sexualidade no contexto social e familiar, idosos são “encaminhados” à autoagressão letal, similar ao que Durkheim (1986) denominou de suicídio anômico.

Análise espaço-temporal multiescalar de mortalidade por suicídio no Brasil

No Brasil, em um período de quinze anos (1997 a 2011), ocorreu mais de cento e vinte mil suicídios. Isso significa, em média, 23 autoagressões letais por dia (BRASIL, 2013).

Ao computar as frequências absoluta e relativa das mortalidades por suicídio, identificaram-se os processos de expansões espacial e quantitativo das mortalidades por suicídio no país (Figura 4).

Figura 4 – Taxa de mortalidade por suicídios no Brasil, 1979 a 2011.



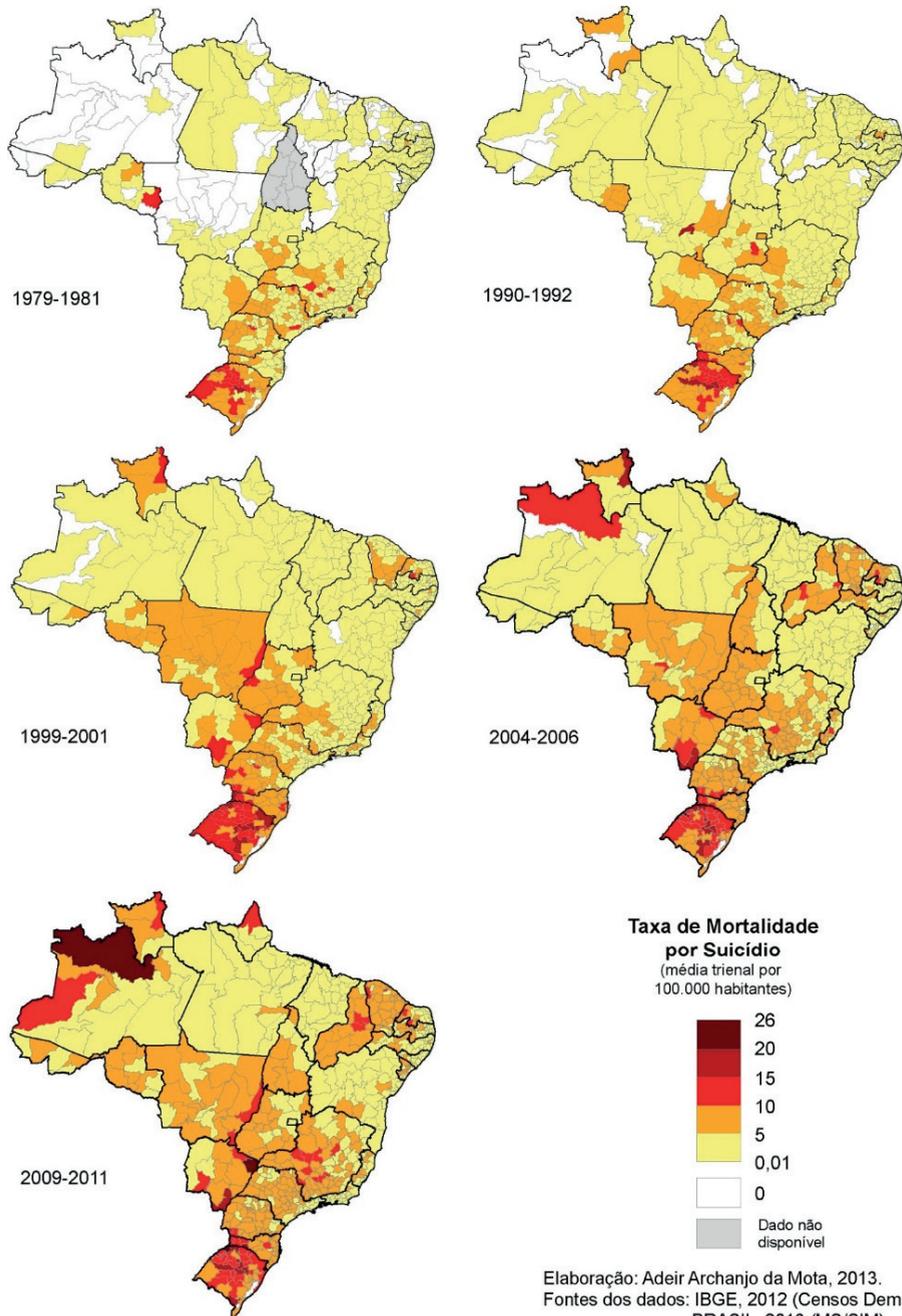
Fonte dos dados: BRASIL, 2013 (MS/DATASUS/SIM); IBGE, 2012a, 2012b.

Ao observar a distribuição espacial do suicídio nas regiões brasileiras (Mapa 2) identificaram-se os padrões macro escalares de agrupamentos das taxas média e alta de incidência: a) no triênio 1979-1981, forte presença na região Sul, com destaque para o estado do Rio Grande do Sul; no oeste da região Sudeste, no leste do Centro-Oeste brasileiro e em Rondônia, na região Norte; b) no triênio 1990-1992, o quadro semelhante ao anterior, com aumento nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Norte, além da presença de taxa média no Nordeste; c) no triênio 1999-2001, ocorreu a consolidação nas regiões Sul e Centro-Oeste, com a expansão nas demais; d) forte aumento no Sudeste, no Sertão nordestino, expansão na região

Norte, com destaques para o oeste de Tocantins e o norte do Amazonas, no triênio 2004-2006, além da manutenção evidenciada no triênio anteriormente apresentado; por fim, e) a consolidação das taxas média e alta nas regiões Sul, Centro-Oeste, Sudeste, no Sertão nordestino, no triênio 2009-2011, o último triênio analisado neste capítulo, foi acompanhada pelo crescimento no Agreste nordestino e a forte expansão na faixa de fronteira continental do Brasil com a Colômbia e com o Peru.

A população brasileira sofreu uma expansão de 60,3% nas três últimas décadas, passando dos 119.002.706 para 190.755.799 de habitantes, conforme os censos demográficos de 1980 e 2010 (IBGE, 2012b). No mesmo período, a quantidade de suicídio aumentou 142,5%, resultando em ampliação de 53,7% na taxa de mortalidade por suicídio. Isso reforça a concepção de Durkheim (1986) de que o suicídio é um problema social, cujas origens orgânicas e “cósmicas” não conseguem explicar o aumento da frequência, nem o padrão de distribuição espacial, como se pode observar no Mapa 2.

Mapa 2 – Distribuição espaço-temporal do suicídio no Brasil, 1979-2011.



A análise por microrregiões do IBGE (1990) pode ser considerada uma leitura geográfica com uma “lente” mesoescalar que oferta possibilidades, mas também possui limitações. Essa afirmação pode ser ilustrada pela comparação dos resultados de análises por microrregiões e por municípios. Inúmeras são as possibilidades de adequar as representações cartográficas à impressão em tamanho de papel padronizado, de apreender o desenvolvimento espaço-temporal dos óbitos por LAI.

Como exemplos de limitações, podemos apontar: a distorção dos dados municipais (frequência absoluta ou relativa) ao agregar esses dados em um único número, pois tal generalização impede o entendimento da complexidade do fenômeno; e a impossibilidade de regionalizar a partir do fenômeno, como possibilita a análise de agrupamento. Tais limitações exigem uma análise espacial microescalar, aqui compreendida como a análise por municípios ou em um ou mais municípios, como Guimarães (2005, p. 1023) pondera, ao analisar as possibilidades de cada escala:

[...] do local para o nacional, perdem-se detalhes, mas ganham-se informações de conjunto, mais gerais, ampliando-se a compreensão do todo, a capacidade de visão e de formulação estratégica. Isso não quer dizer, todavia, que o nível nacional seja mais importante do que os níveis inferiores, uma vez que o nível local é a escala em que a política de saúde ganha capilaridade na vida cotidiana dos cidadãos brasileiros e, por isso, capacidade operacional.

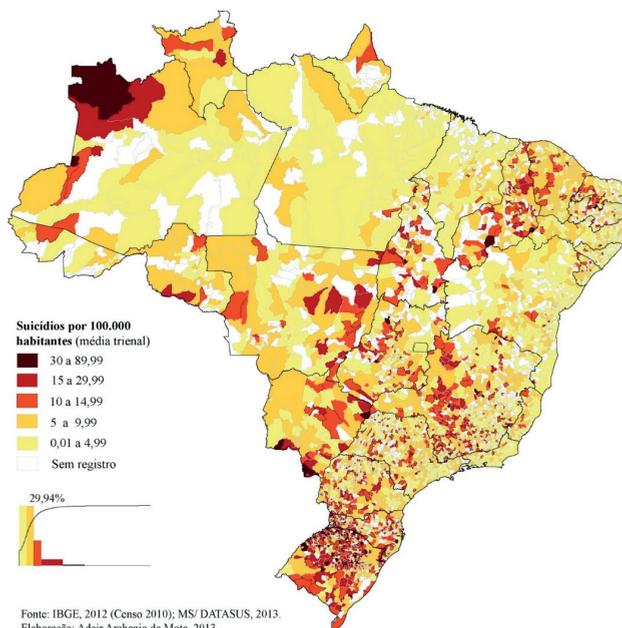
Para esta análise microescalar, tomaram-se como unidades de análise os 5.565 municípios brasileiros, com a taxa média do triênio de 2009 a 2011. A leitura do bem-estar/mal-estar humano no território, com base nessa unidade espacial de análise, evidencia a complexidade que envolve a temática, como podemos observar na distribuição espacial dos suicídios no Brasil, pela comparação dos mapeamentos por microrregiões geográficas e por municípios (mapas 2 e 3).

O mapeamento da mortalidade por suicídio nos anos de 2009-2011, por município, torna evidentes quatro macropadrões espaciais de

distribuição do fenômeno. Ao observar o Mapa 3, podem-se identificar os seguintes *clusters*:

- agrupamentos de municípios com frequências alta e altíssima, como se identifica em quase todo o estado do Rio Grande do Sul;
- agrupamentos intermediários, localizados entre os demais tipos de padrões espaciais, presentes em quase todo o país;
- agrupamentos de municípios com frequências nula e baixa, como se evidencia nas planícies, nas terras baixas costeiras e amazônicas e na Bahia;
- municípios com frequências alta/altíssima ou nula/baixa relativamente dispersos, como se observa nos estados do Paraná e São Paulo.

Mapa 3 – Mortalidade por suicídio no Brasil, 2009-2011.



O que era um desafio para a Saúde Pública na escala regional, até os primeiros anos do século XXI, vem se consolidando aceleradamente como um problema nacional, como evidenciam os dados dos triênios 2004-2006 e 2009-2011. Esse fato pode ser considerado uma espécie de *metástase do suicídio no país*, não evidente nas representações cartográficas para um ano ou para um triênio, assim como não se revela nos estudos que apenas comparam as taxas de mortalidade ou de morbidade, pois empregam apenas a análise de macrounidades espaciais.

Múltiplos processos complexificam a análise, porém não se pode negligenciar a importância da organização, do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, das transformações no perfil religioso, da expansão do acesso a todos os níveis de ensino, das mudanças no mundo do trabalho pela reestruturação produtiva, da ampliação das redes de comunicação (materiais e virtuais), do início do processo de redemocratização no país, da distribuição socioeconômica e da desconcentração do setor produtivo. Esses processos devem ser explorados em novos estudos para se compreender melhor os impactos de cada um na saúde mental e, especificamente, na mortalidade por suicídio nos contextos geográficos locais e regionais.

Considerações finais

A distribuição espaço-temporal de fenômenos ou de objetos e a análise de suas dinâmicas são basilares para os estudos geográficos. Esses estudos podem partir dessas análises para cumprir os seguintes objetivos: aumentar a compreensão de um fenômeno; fortalecer o ordenamento territorial mais equitativo; apreender os processos correlacionados e os propulsores de tais dinâmicas.

A expansão das taxas de suicídio, como se pode observar neste capítulo, não é aleatória no espaço geográfico e nem no tempo. Identificar tais padrões espaço-temporais e traçar tendências fundamentadas na estatística espacial e na bioestatística é essencial para a elaboração de ações preventivas em saúde que reduza a morbimortalidade e para promoção da saúde integral.

Identificar agrupamentos municipais com determinado nível de ocorrência de um problema de saúde, compreender o processo espaço-temporal de desenvolvimento deste problema de saúde e identificar o perfil sociodemográfico de comunidades, de povos ou dos grupos sociais mais protegidos e dos mais expostos, constitui um caminho metodológico com grande potencial para a formulação de políticas públicas de saúde mais equitativas, mais eficazes e mais eficientes. Esse é o caminho que parte de uma abordagem quantitativa para identificar as espacialidades de ocorrência de problemas de saúde pública, mas que deve ser complementada por estudos qualitativos para melhor compreensão dos processos que protegem ou expõem determinados povos ou grupos sociais. Além de identificar e de compreender os processos de saúde-doença dessas populações, devemos buscar conhecimentos e práticas que permitam promover a saúde individual e comunitária.

A abordagem geocartográfica multiescalar é um caminho para apreender a complexidade das relações locais, regionais, nacionais e continentais, como ficou evidente no presente estudo. Compreender o processo espaço-temporal de um grupo de causas ou de um determinado tipo de morbidade ou de mortalidade pode contribuir para formular políticas públicas de saúde preventivas, o que colabora para queda das taxas de morbimortalidade em regiões que já perceberam aumentos significativos e para formulação de programas de promoção de saúde nessas regiões e nas regiões adjacentes.

Os conhecimentos geográficos, com destaque para apreensão da formação socioespacial e da análise do contexto geográfico, associados às aplicações técnico-científicas da Estatística Espacial, da Cartografia Temática e do Geoprocessamento, possuem potencialidade de contribuir para a compreensão do suicídio. O desenvolvimento de um programa computacional Sistema de Informações Geográficas para Saúde Mental potencializará a gestão da atenção básica e dos serviços especializados e orientará a reabilitação, o tratamento, o diagnóstico, a prevenção específica e a promoção da saúde, além de promover a maior equidade social pela distribuição

espacial desses serviços de forma mais equitativa. Em suma, esse sistema ajudará a aumentar a acessibilidade socioespacial aos serviços de saúde.

Neste capítulo, a intenção foi de apoiar a inclusão à saúde mental e, de forma específica, o suicídio na agenda de pesquisa da Geografia da Saúde latino-americana e caribenha, até então com uma quantidade baixíssima de estudos. O estudo do suicídio, o problema mais severo e de maior impacto social, foi a porta de entrada para essa temática negligenciada pela Geografia e, de forma geral, pelas Ciências Humanas e Sociais. Até no campo da Sociologia, que possui o clássico *O suicídio*, um trabalho de relevância e constantemente citado nos mais variados estudos, há poucos pesquisadores na atualidade discutindo esse crescente problema psicossocial. Provavelmente, não estudam o suicídio por elegerem o estudo de outras violências, mais latentes nas realidades metropolitanas, nos espaços privilegiados pela concentração de instituições de pesquisa e de pós-graduação. Outro fator que contribui para explicar o baixo grau de interesse nessa temática é a invisibilidade na mídia e o desinteresse promovido pelos organismos internacionais de saúde, ao insinuar que determinadas regiões do planeta estão “azul”.

Referências

BANDO, D. H.; BARROZO, L. V. **O suicídio na cidade de São Paulo**: uma análise sob a perspectiva da Geografia da Saúde. São Paulo: Humanitas, 2010.

BARCELLOS, C. Apresentação. In: BARCELLOS, C. (Org.). **A Geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO; ICICT; EPSJV, 2008. p. 9-14.

BARCELLOS, C.; RAMALHO, W. Situação atual do geoprocessamento e da análise de dados espaciais em saúde no Brasil. **Informática pública**, Belo Horizonte, v. 4, n. 2, p. 221-230, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de informática do SUS (DATASUS)**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

COSTA, A. J. L.; KALE, P. L.; VERMELHO, L. L. Indicadores de Saúde. In: MEDRONHO, R. A. et al. (Org.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 31-82.

DIEKSTRA, R. F. W. The epidemiology of suicide and parasuicide. In: DIEKSTRA, R. F. W. et al. (Org.). **Preventive strategies on suicide**. New York; Leiden: WHO; Brill, 1995. p. 1-34.

DIEKSTRA, R. F. W.; GULBINAT, W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. **World Health Statistics Quarterly**, Geneva, v. 46, n. 1, p. 52-68, 1993.

DURKHEIM, E. **Le suicide**: étude de sociologie. Paris: PUF, 1986.

GIGGS, J. A. The distribution of schizophrenia in Nottingham. **Transactions of the Institute of British Geographers**, London, n. 59, p. 55-76, 1973.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, 2005.

IÑIGUEZ ROJAS, L. Salud y bienestar humano en la Geografía de América Latina. In: LEMOS, A. I. G; SILVEIRA, M. L; ARROYO, M. (Org.). **Questões territoriais na América Latina**. São Paulo: EDUSP, 2006. p. 227-248.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Estimativas Populacionais 1998, 1999, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 e 2009**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 17 mar. 2012a.

_____. **Censos Demográficos de 1980, 1991, 2000 e 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 mar. 2012b.

_____. **Divisão do Brasil em microrregiões e mesorregiões geográficas**. Rio de Janeiro: IBGE, 1990.

KIM, M. H. et al. Socioeconomic inequalities in suicidal ideation, parasuicides, and completed suicides in South Korea. **Social Science & Medicine**, Oxford, New York, v. 70, n. 8, p. 1254-1261, 2010.

MEADE, M. S.; FLORIN, J. W.; GESLER, W. M. **Medical geography**. London; New York: Guilford Press, 1988.

MINAYO, M. C. et al. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 300-309, 2012.

MOTA, A. A. **Suicídio no Brasil e os contextos geográficos**: contribuições para política pública de saúde mental. 2014. 208 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Data and statistics**. [S.l.], 2013. Disponível em: <<http://www.paho.org/>>. Acesso em: 8 set. 2013.

SOUZA, M. L. Da “diferenciação de áreas” à “diferenciação socioespacial”: a “visão (apenas) de sobrevôo” como uma tradição epistemológica e metodológica limitante. **Cidades**, Presidente Prudente, v. 4, n. 6, p. 101-114, 2007.

STACK, S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: cultural and economic Facts. **Suicide & Life - Threatening Behavior**, Washington, v. 30, n. 2, p. 145-162, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Mental health**. [S.l.], 2012a. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/en/>. Acesso em: 14 abr. 2012.

_____. **Public health action for the prevention of suicide**: a framework. Geneva: WHO Press, 2012b.

_____. **Mental health and development**: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: WHO Press, 2010.

_____. **The World Health Report 2001**. Mental health: new understanding, Geneva: WHO Press; New Hope, 2001.

_____. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Geneva: WHO Press, 2000.

_____. **Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psycho-social disorders**. Geneva: WHO Press, 1993.

CRACK EM CIDADES GÊMEAS: O QUE EXISTE E NÃO SE REVELA

Maria das Graças Rojas Soto
Rivaldo Venâncio da Cunha
Cássia Barbosa Reis
Verônica Fabíola Rozisca

*“[...] e quando estiveres perto, dar-me-ás os teus olhos
para colocá-los no lugar dos meus,
e eu te darei os meus olhos para colocá-los no lugar dos teus;
então, ver-te-ei com os teus olhos e tu me verás com os meus.”*
(Jacob Levy Moreno)

Fronteiras são espaços plenos de potencialidades. Lugar onde acaba algo. E começa outra coisa. Que pode ser totalmente diferente daquilo que acabou, ou muito parecido, mas certamente não igual. Zona de contato da alteridade, onde está presente o conceito de “Um” e “Outro”.

Assim são as fronteiras geográficas, nas quais o próprio homem delimitou onde termina uma nação e começa outra. Assim são as fronteiras humanas, em que a pele herdada determina onde termina uma pessoa e começa a outra. Assim são as fronteiras da alma, onde se encontram (ou se separam) o sentimento e o pensamento. Assim foi a primeira fronteira que o ser humano, enquanto espécie, conheceu: aquela que separa (ou une) o homem do animal. O homem, aquele que é, também, um animal. Sim. Da mesma forma como o Um cabe no Outro.

Zonas de contato. Plenas de potencialidade. Onde, na verdade, nada termina, mas se transforma. O grande caldeirão do alquimista, onde espécies se misturam, não para se perderem, mas para dali ressurgirem diferentes. Nas palavras de Raffestin (2005, p. 11): “A fronteira nasce da diferença”.

Zonas de contato. Perigosas. Porque ali nasce algo diferente de mim, e do que eu conheço. Ali nasce o “outro”. E é ali que eu me vejo pelos

olhos do outro. E o olhar do outro me confere existência (LACAN, 1998). Ou, como constata o personagem no realismo fantástico de Pauwels e Bergier (1976, p. 273): “Mas naquele dia, soube que eu próprio criava aquela paisagem, que ela nada era sem mim: Sou eu que te vejo, e que me vejo a ver-te, e que, ao ver-me, te faço.”

E eu, então, me vejo “em relação a”, o que permite inúmeras combinações de trocas, nem sempre pacíficas, éticas ou agradáveis. O que me mostra quem eu sou. Porque existe um outro, que também é. O igual é conhecido. O diferente, nem sempre estamos dispostos a conhecer. Seja no outro, seja em nós mesmos.

Diferentemente da pele, com a qual nascemos — primeira fronteira por nós conhecida como indivíduos — as fronteiras geográficas são arbitrariamente delimitadas. Sejam elas baseadas em limites naturais ou naqueles ditados por acordos, não são elas palpáveis e concretas, e sim muito mais cognitivas, dependendo de um conhecimento prévio de onde mesmo termina uma nação e começa a outra. A essa experiência Jeanneret (1984) denomina “geografia da percepção”. Para o cidadão que habita a fronteira, para quem “lado de cá” e “lado de lá” são espaços comuns em que definitivamente não há um lá e um cá, requer um esforço entender fronteira como separação, no sentido em que tal espaço foi estabelecido.

Para definição de alcance de um país, embora muito tenhamos avançado na abrangência de seu significado, fronteira ainda carrega em si o “front”, conceito militar que expressa defesa e poderio, onde é iminente o perigo de invasão.

As leis regulatórias das fronteiras são definidas nos grandes centros decisórios do país, quase sempre geograficamente distante delas. Para esses centros existe a fronteira como área a ser protegida de invasão, como delimitação do país, como linha divisória.

Para os habitantes da fronteira, esta é uma área viva, pulsante, de cooperação intensa e constante, de compartilhamento (do bem e do mal), cujo limite está para além dela, já nas rodovias, de ambos os lados. A fronteira, para o cidadão fronteiriço, é espaço de troca, onde os cidadãos suprem suas necessidades do lado de “cá” e de “lá”. Todos os dias ele vai

para outro país, sem ter ido a “lugar nenhum”. Ou seja, trata-se de conceitos diferentes, tendo que seguir uma só regra que vale para todo o país.

Como esse espaço geográfico nem sempre é vazio, ermo, vegetação, e por vezes ali se estabelecem conglomerados humanos, também ali se estabelecem naturalmente formas relacionais. Poucas dessas formas estão previstas em leis, pois, ao ditá-las, não se contemplaram realidades tão distantes e singulares. Ainda assim, as relações prosseguem, adaptando-se o quanto possível para não fugir da legalidade.

Acordos de integração de países vizinhos

O Brasil tem mostrado uma evolução em seu envolvimento no cenário das relações internacionais que buscam uma cooperação no combate às desigualdades sociais. O país adotou, em princípio, modelos organizacionais do exterior, e, atualmente, os acordos estão configurados com a real incorporação dos princípios da cooperação Sul-Sul, sendo um deles a horizontalidade. Participa no G20¹⁴, BRICS¹⁵ e IBAS¹⁶, além de exercer liderança na conformação da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e da União das Nações Sul-Americanas (UNASUL), procurando sempre o “estabelecimento de alianças sub-regionais de desenvolvimento sociocultural e geopolítico, em prol da equidade e inclusão social” (BUSS; FERREIRA; HOIRISCH, 2011, p. 218).

Esse modelo de cooperação é movido por boas intenções, embora ainda com resultados aquém dos esperados, o que mostra a necessidade de se trabalhar mais na profissionalização da cooperação brasileira (BUSS, 2013).

Para tratar da integração entre países vizinhos, foi criado o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), em 1991, tendo firmado o Tratado de Assunção, naquele momento, Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai

¹⁴ Grupo de 20 países desenvolvidos e emergentes criado em 1999.

¹⁵ Principais países emergentes (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) que se reúnem desde 2009.

¹⁶ Fórum de Diálogo Índia-Brasil-África do Sul criado em 2003.

(JAEGER, 2003). A princípio concebido como uma integração econômica que visava à formação de um mercado comum, o MERCOSUL incorporou mais tarde uma dimensão social, visto que a integração buscada implicou uma abertura das fronteiras que permitiu o trânsito populacional movido pela busca de serviços, bens e trabalho. Assim, foram surgindo medidas legais e acordos com respeito à educação, seguridade social, trabalho, indicadores sociais e integração fronteiriça (DRAIBE, 2007).

Desde o início deste século, a saúde é reconhecida como tema predominante na agenda nacional de cooperação Sul-Sul (BRASIL, 2007). Ao se tornar signatário da Declaração de Oslo, em 2007, o Brasil assumiu a saúde como tema de política externa, incluindo-a na agenda do desenvolvimento (PIRES-ALVES; PAIVA; SANTANA, 2012).

Mais recentemente, formou-se a União das Nações Sul-Americanas, com a assinatura do Tratado Constitutivo, em 2008, pelos doze países da América do Sul. O acordo apresentou, desde o início, proposições variadas e mais amplas, abarcando entre elas o desenvolvimento social e humano, incluindo o tema do acesso universal à segurança social e aos serviços de saúde. Foi instituído o Conselho Sul-Americano de Saúde e criado, em 2010, um Grupo de Trabalho da Saúde, do qual resultou o Plano Quinquenal 2010-2015, que teve como um de seus eixos prioritários o desenvolvimento de sistemas de saúde universais, e uma ênfase ao cuidado especial com a saúde nas fronteiras (BUSS; FERREIRA, 2011).

Nas regiões de fronteira, há um grande fluxo de estrangeiros em busca de tratamento em território brasileiro, pelas características do sistema de saúde público do Brasil (gratuidade, acesso universal, cobertura integral), sobrecarregando o atendimento na área de saúde. Esse número não é contabilizado no cálculo do repasse de verbas para o Sistema Único de Saúde (SUS), que se baseia no contingente populacional do município (CAZOLA et al., 2011).

Atendendo a essa realidade, o Ministério de Saúde do Brasil criou, em 2005, o Programa Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras) que visava fixar uma compensação financeira aos municípios da fronteira internacional que recebem pacientes dos países vizinhos e melhorar

o atendimento à população (BRASIL, 2005). Isso deu início a um novo capítulo para as políticas de saúde em cidades fronteiriças. O Programa se baseava em ações de diagnóstico de saúde nos municípios lindantes e no planejamento de acordos de cooperação entre os países fronteiriços, porém o repasse recebido pelos municípios de fronteira foi considerado, por estes, insuficiente para o cumprimento das ações propostas. Em 2014, o SIS-Fronteiras concluiu a implementação das ações previstas anteriormente e o repasse de incentivo financeiro aos municípios de fronteiras (BRASIL, 2014).

Visando impulsionar as propostas de cooperação mútua e fortalecer as relações existentes, o Paraguai possui um projeto, previsto para 2017, de reativação de convênio com o Brasil sobre atuação conjunta em relação ao narcotráfico, farmacodependência, prevenção e repressão de tráfico, e controle fronteiriço (PARAGUAY, 2016).

Uma carta de renovação de compromissos conjuntos foi assinada em 2017, pelos Ministros de Saúde do Brasil e do Paraguai, na qual ambos os países se propõem a buscar novas áreas de cooperação bilateral em saúde, seguindo o modelo da cooperação horizontal. Dentre as ações previstas, figura a intensificação do trabalho conjunto na região de fronteira (BRASIL, 2017).

Cooperação nas cidades-gêmeas

O Brasil possui fronteira com o Paraguai nos estados do Paraná e do Mato Grosso do Sul. Este último possui 12 municípios lindantes com o país vizinho, dos quais sete são considerados cidades-gêmeas. São assim definidos os municípios limítrofes com sedes conurbadas ou semiconurbadas, com grande fluxo de pessoas e interação entre as cidades, com elevado potencial de integração econômica e cultural, conectadas por meio terrestre ou fluvial, ligadas ou não por obra de infraestrutura. Cidades-gêmeas têm importância reconhecida na integração fronteiriça sul-americana e demandam políticas públicas específicas (BRASIL, 2016).

Espaços de grande trânsito transfronteiriço facilitam a vulnerabilidade das populações, pois, se, por um lado, elas têm à sua volta os serviços, produtos e recursos humanos de dois ou mais países, por outro, somam-se, também, as dificuldades dos países fronteiriços: tráfico de drogas, violência, migração, entre outros. Sem uma legislação que facilite as trocas fronteiriças, estas terminam por se dar, invariavelmente, na informalidade, atendendo às necessidades do momento.

O tipo e a intensidade dessa interação, assim como a permeabilidade existente, não é a mesma em todas as fronteiras, variando em função de fatores como condições físicas — climáticas ou geográficas —, demográficas, sociais, econômicas e culturais (PEITER, 2007). De igual forma, variam os acordos informais, realizados para superar as dificuldades e estabelecer oportunidades que se apresentam nessa proximidade de dois países.

Considerando os acordos de cooperação internacional, Euzébio (2014) aponta o descompasso que ocorre na integração entre as decisões políticas assinadas no âmbito diplomático e o tempo da sua realização, no lugar a que se destina. A inércia nos trâmites burocráticos faz que se percam oportunidades fundamentais no atendimento às necessidades da população fronteiriça. Segundo o autor, isso reflete na existência de uma “integração por cima”, realizada na esfera política dos países, e uma “integração por baixo”, fluida e ágil, marcada pelo tempo do cotidiano e do imediatismo. Este último, para o cidadão fronteiriço, é o que permeia o seu dia a dia. As interações cotidianas ocorrem em todas as dimensões, seguindo a mesma lógica, que é suprir as necessidades.

No comércio esse trânsito é marcado pela busca por melhores preços. Na fronteira Brasil – Paraguai é grande a procura pelos produtos do comércio no Paraguai, onde se pode comprá-los com melhor preço devido às regras tarifárias do país, origem da importação ou taxas de câmbio. Existem, também, produtos ofertados em apenas um lado da fronteira. Com relação ao comércio local fronteiriço para consumo pessoal, não se observam conflitos legais.

As relações afetivas não conhecem linha divisória. As interações afetivo-emocionais são uma constante, sendo raras as famílias sem nenhum

cidadão da nação vizinha que as integre. Essa integração garante a miscigenação cultural, de hábitos, de valores, a culinária e o folclore, dentre outras, formando uma característica regional. Sem contraindicações legais.

É em relação aos serviços públicos e à garantia de direitos que se encontram as maiores dificuldades no momento da cooperação, na qual a legalidade não alcança a necessidade, e é quando se entra no campo da possibilidade, da pessoalidade, dos conflitos, da bioética. Essa cooperação — que não pode constar nos papéis tal qual se dá, pois não está prevista nas leis regulatórias de ambos os países — acontece, porém não é registrada, não gera número e, assim, não é sentida como necessidade pelos centros decisórios do país, que sequer chegaram a conhecê-la. Está estabelecido um moto-contínuo. Serviços requerem recursos financeiros e técnicos, que são repassados ao município pelo estado, que para isso se baseia nas necessidades apontadas.

Isso se dá principalmente na área da saúde e da assistência social, para cujo amplo acesso o fronteiriço carece de uma garantia legal de cooperação mútua.

Esse é um dos fatores para a recusa de atendimento do fronteiriço que não tem documentação brasileira: não há recursos suficientes para além daqueles documentados e programados (CAZOLA et al., 2011). A procura e o atendimento do fronteiriço estrangeiro, quando acontecem, ficam invisíveis.

Outro fator, evidente, é a falta de domicílio no Brasil do próprio cidadão brasileiro, que, por facilidades e vantagens econômicas, decide residir no país vizinho. E aqui se vai de encontro à contradição da fronteira. Segundo Oliveira (2005), a necessidade e o desejo são “de um lado, avançar sobre os limites da legislação civil, fiscal e normativa; do outro, ao mesmo tempo, preservar os seus”. É nesse momento que tão nitidamente, na fronteira, se fala de nacionalidade, como uma dualidade que se sabe, mas não se sente.

A heterogeneidade dos sistemas de saúde das cidades gêmeas em relação à concepção, gestão e financiamento, apontada por Silva Neto (2010), dificulta a utilização da rede de serviços pelos cidadãos fronteiriços

e não colabora para o possível aproveitamento das complementaridades entre os países.

As cidades gêmeas Ponta Porá e Pedro Juan Caballero são destacadas como umas das mais porosas do Arco Central, com intensa circulação transfronteiriça e problemas relacionados ao tráfico de drogas, contrabando e violência, que impactam o atendimento em saúde na região (PEITER, 2007).

Com relação aos serviços, nessas cidades quase sempre a grande procura se dá no Brasil, devido às políticas públicas mais bem estruturadas.

Muitos cidadãos fronteiriços recorrem às escolas brasileiras, alegando melhor educação e condições de estudo. Quando se trata de ensino superior, inverte-se a lógica, e é grande a busca no país vizinho, devido às facilidades de ingresso e custeio.

O mesmo se dá com relação à Saúde, em que se tem preferência por hospitais, atendimento público, profissionais e exames no Brasil. No momento de necessidade de hospitais privados e produtos farmacêuticos, recorre-se ao país vizinho devido ao custo, muitas vezes, ainda, sem sacrificar a escolha do profissional médico, que atende em hospitais de ambos os países.

Na área da Assistência Social, as políticas sociais encontram-se mais fortalecidas no Brasil, voltando-se o fronteiriço para este lado da fronteira.

Foi possível observar o modo como ocorre a cooperação informal em saúde, nas cidades gêmeas de Pedro Juan Caballero e Ponta Porá, em um estudo sobre crack, realizado, em 2015, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPS AD) de Ponta Porá.

A pesquisa denominada “Papel da dinâmica familiar no consumo do crack: aspectos socioculturais, demográficos e psicossociais” objetivou compreender o papel da dinâmica familiar no consumo do crack. Tratou-se de um estudo qualitativo, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas aplicadas aos familiares de usuários de crack cadastrados no CAPS AD. Os dados foram coletados no local do serviço e no domicílio dos entrevistados, e os resultados foram submetidos ao método de análise do discurso.

Os fatos constatados durante a seleção da amostra e as declarações dos entrevistados no preenchimento da parte estruturada do questionário geraram resultados relevantes para o estudo das cidades gêmeas, que mereciam uma atenção especial, cujas reflexões derivaram na produção deste capítulo.

O crack na América do Sul, no Brasil e no Paraguai

A cocaína e o crack eram consumidos por 0,3% da população mundial (aproximadamente 13,2 milhões de pessoas), em 2010. Nas Américas, por volta de 7,38 milhões de pessoas consumiam tais drogas, e a prevalência de uso na América do Sul era de 0,7%. A demanda por cocaína tem aumentado em alguns países da América do Sul, dentre eles, o Brasil (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2012), que veio a se tornar, atualmente, o maior mercado mundial no consumo de crack (LARANJEIRA et al., 2014).

O consumo do crack no Brasil se intensificou desde os primeiros registros, ocorridos na década de 1990. Segundo Dunn et al. (1996), consumiam crack, em 1990, 17% dos pacientes atendidos em clínicas para dependentes químicos de São Paulo; em três anos, esse percentual aumentou para 64%. Inquérito realizado nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, em 2012, revelou a existência de 370 mil usuários de crack. Nas capitais da região Centro-Oeste, foi evidenciado um número de consumidores de crack correspondente a 47% dos indivíduos que fazem uso de drogas ilícitas — o equivalente a 51 mil pessoas. O crack figura entre as dez drogas mais consumidas no país. (FIOCRUZ, 2014).

Situação não muito diferente é registrada no Paraguai, país vizinho, cujo levantamento da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) apontou que, em 2012, 45% dos atendimentos a usuários de drogas ilícitas realizados nos centros de tratamento de dito país eram de consumidores de crack. De 2013 a 2015, houve aumento de 95,4% nesses atendimentos relacionados ao crack. O Centro Nacional de Control de Adicciones aponta

consumo de crack em 80% das pessoas em situação de rua (PARAGUAY; OPAS, 2015).

O estudo realizado em 2014, pelo Observatório Paraguaio de Drogas, da Secretaria Nacional Antidrogas (PARAGUAY, 2015), com estudantes da rede pública e particular, de 12 a 17 anos, em cidades com mais de 30 mil habitantes, abrangendo oito estados, revelou a cocaína como a segunda droga mais consumida no país (excluindo álcool e tabaco), e o crack entre as dez drogas mais consumidas. A pesquisa apontou 1,0% dessa população com consumo alguma vez na vida e 0,3% com uso de crack no mês, sendo a maior porcentagem constatada entre os estudantes de escolas públicas. Dado o aumento registrado desde 2005, conforme os estudos da Universidad Metropolitana de Asunción (2006) e do Paraguay (2015), quando o consumo de crack apontado alguma vez na vida era de 0,3%, o crack vem sendo considerado a droga do momento.

Pesquisa sobre crack nas cidades gêmeas: Ponta Porá – Pedro Juan Caballero

Para esta pesquisa, foram selecionados todos os prontuários de pacientes em tratamento por uso de crack, descartados aqueles que estavam em privação de liberdade, em situação de internação em clínica de reabilitação, os que haviam se mudado de cidade ou foram a óbito. Esse universo de 100% resultou em sessenta prontuários, dos quais quarenta foram desprezados pela impossibilidade de entrar em contato com os pacientes devido a inconsistências no cadastro, em que figuravam números de telefones equivocados, números de celulares de operadoras paraguaias, endereços inexistentes ou falsos.

Assim, a amostra final foi composta por vinte pessoas. Esse dado, que a princípio parece irrelevante, revela muito sobre a realidade regional vivenciada no sistema de saúde da fronteira. Por essa razão, o que era parte do método (seleção amostral) no estudo, é abordado, aqui, como um resultado.

O CAPS AD de Ponta Porá atende o usuário e sua família, independente de nacionalidade ou de cadastro no Sistema Único de Saúde — nesse caso com custeio do município brasileiro, sem repasse federal de recursos. Pela peculiaridade da fronteira, as famílias são de nacionalidades mistas, e o atendimento público em saúde mental nesse município possui um termo de colaboração informal — um “acordo de cavalheiros” — e de ajuda mútua com a cidade-gêmea, que permite o tratamento e acompanhamento dos pacientes paraguaios e o acesso da equipe profissional brasileira ao país vizinho para realizar atendimento, quando necessário. Essa mesma equipe desenvolve o trabalho com Consultório de Rua na linha divisória das cidades, atendendo ao usuário que procurar o serviço, independentemente de sua nacionalidade.

A contrapartida do lado paraguaio é disponibilizar leito psiquiátrico à cidade brasileira, quando necessário, para suprir a demanda. Embora o atendimento em saúde mental funcione em interdependência nos dois países, essa não é uma prática generalizada do sistema de saúde de Ponta Porá.

Considerando a maneira como se dá a integração na fronteira, Oliveira (2005) faz uma diferenciação entre funcional e formal, conforme as interações sociais e materiais que ocorrem nesse território. Estabelece, então, uma tipologia segundo as possibilidades de combinações, que resulta na classificação de fronteira morta, território perigoso, fronteira viva e fronteira burocrática. De modo sucinto, a cooperação formal estabelecida entre municípios fronteiriços segue as leis e sua existência pode constar em documentos, enquanto a cooperação funcional, não necessariamente ilegal, não está prevista em artigo algum. Da combinação disso podem resultar, nos extremos, uma fronteira morta (na qual são igualmente baixas a integração formal e a funcional) e uma fronteira viva (com alta integração formal e funcional). E, entre elas, a fronteira burocrática (com grande integração formal e pouca funcional), e a fronteira perigosa (caracterizada pela excessiva informalidade, com presença mínima do Estado).

Esta última parece ser característica das cidades gêmeas de Ponta Porá e Pedro Juan Caballero, em relação aos serviços de saúde e garantia de direitos, nas quais está presente uma cooperação funcional — não

exatamente ilegal, porém informal — que depende de acordos pontuais e dos profissionais que atuam nesse momento na rede. Um exemplo do que Euzébio (2014) denomina “integração por baixo”.

Os acordos vigentes nos municípios lindantes costumam ser restritos a um determinado tema e inscritos em um dado momento do tempo. O acesso do estrangeiro ao SUS, na grande maioria das vezes, depende da decisão do gestor de saúde do município (BRANCO, 2009), ou do prefeito e sua política de atuação referente a essa questão, sendo, portanto, lábil e em constante mudança. Daí não ser raro que a população desconheça qual momento de cooperação está vivendo.

Por essa razão, o usuário raramente revela sua nacionalidade paraguaia ou seu domicílio no Paraguai ao realizar seu cadastro, preferindo omitir dados, falseá-los ou fornecer endereço de algum parente no município brasileiro. Assim, quando se procura o endereço fornecido no Brasil, constata-se que este não existe. Pela mesma razão, números de telefone são fictícios.

A questão dos telefones na fronteira é ainda mais complexa, pois a grande maioria da população fronteiriça possui celular com número de operadora paraguaia, pelo valor infinitamente menor cobrado em relação à telefonia brasileira. No entanto, embora pareça uma mesma cidade, ligações telefônicas a celulares entre as cidades gêmeas são consideradas internacionais, com uso de código internacional, e taxadas como tal. Assim, as instituições públicas de ambos os lados na fronteira não têm autorização para realizar esse tipo de chamada.

Questão parecida ocorre com o domicílio, uma vez que há muitos brasileiros domiciliados no Paraguai por motivo econômico, dado que o custo de aluguéis e contas de água e luz é inferior no país vizinho. O brasileiro residente no Paraguai não fornece seu endereço correto. Ainda que assim o fizesse, não seria possível realizar a busca ativa, pois o carro oficial do serviço não está autorizado a atravessar a fronteira.

Essa deficiência constatada no registro dos prontuários foi também apontada por Cazola et al. (2011) em seu estudo sobre atendimentos pelo SUS na fronteira.

De acordo com Peiter e colaboradores (2013), a busca por atenção à saúde é uma das grandes responsáveis pela circulação transfronteiriça. A população se move em busca do local que oferece o serviço de que ela necessita e que tenha a melhor qualidade, apostando na solidariedade dos profissionais e equipes de saúde que atuam na rede.

Características sociodemográficas e regionais

São características dos usuários de crack do CAPS AD que atende essas cidades gêmeas: baixa escolaridade (70% em ensino fundamental), todos residentes em área urbana (90% na periferia), situação socioeconômica desfavorecida (85% com renda familiar per capita inferior a um salário mínimo), poliusuários com sobreposição de álcool (90%), maiores de idade (95%).

Esses dados vão ao encontro do que foi descrito no último levantamento nacional que revela o perfil dos usuários de crack brasileiros como sendo adultos jovens, predominantemente do sexo masculino, maioria de cor preta ou parda, de baixa escolaridade (ensino fundamental), maioria solteira, em situação de rua, poliusuários, com sobreposição de álcool e tabaco (FIOCRUZ, 2014).

Não houve pacientes de área rural, o que talvez se deva à distância da instituição de saúde, que está localizada próxima à região central na cidade, e também pode ser explicado pela dificuldade de acesso na realização da busca ativa. A equipe do serviço relata, no entanto, grande número de consumidores de crack nos assentamentos ao redor da cidade.

A quase totalidade dos pacientes compreendidos por este estudo é maior de idade, fato confirmado pela equipe que relata não haver crianças em tratamento no serviço. No entanto, o inquérito nacional realizado nas capitais do país aponta um número expressivo de crianças e adolescentes entre os consumidores de crack: estes somam 14% ou 50 mil indivíduos. Na região Centro-Oeste, 11,4% das pessoas que consomem crack nas capitais são crianças e adolescentes — por volta de seis mil indivíduos (FIOCRUZ, 2014).

Ao locomover pelo limite internacional, observam-se muitas crianças consumindo crack nessas cidades gêmeas. Questionando essa realidade percebida e a ausência delas no serviço de tratamento, o que parece ambíguo, a equipe de saúde relata que as crianças não se dirigem ao CAPS AD, e atribui isso ao fato de que, por ter, geralmente, vínculos familiares rompidos, grande parte delas não tem quem as leve à instituição. Nessa fronteira, elas são abordadas e acompanhadas nas ruas durante as ações do Consultório de Rua.

Com relação à nacionalidade, a grande maioria declara ser brasileira (90%), e sobre a língua falada citam português (90%), guarani (40%) e espanhol (25%).

Embora o estudo visasse contemplar brasileiros e paraguaios, e a equipe do CAPS AD relate que existe um grande número de pacientes paraguaios, ou com ambas as nacionalidades, atendidos na instituição, isso não se reflete neste estudo devido à dificuldade em localizá-los para convidá-los a participar do estudo. Esses indivíduos só conseguem ser abordados quando comparecem ao CAPS AD para algum atendimento médico, por busca espontânea ou retorno agendado anteriormente, e nem sempre aceitam participar do estudo.

Ainda que os resultados apontem que a língua mais falada seja o português e que poucos falam espanhol, esse dado não condiz com a realidade observada na instituição, na qual as línguas que mais se ouvem são o espanhol e o guarani. Esses dados, uma vez mais, parecem ser o reflexo do temor do estrangeiro de não ser atendido, que é o que poderia acontecer em qualquer outra unidade de saúde ou assistência social local, ou, quiçá, em outro momento, nesse mesmo serviço.

O atendimento no serviço público de saúde no Brasil requer o cadastramento no SUS, que é realizado mediante a apresentação de documento comprovando a cidadania brasileira, após o qual se obtém o Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), que exige domicílio em território nacional (BRASIL, 2002). Esse Cartão, criado com a função de vincular os procedimentos realizados no SUS, acabou se tornando um instrumento normativo (BRANCO, 2009). E, na fronteira, altamente excludente, uma vez que não

permite o atendimento do estrangeiro e tampouco do brasileiro que reside no país vizinho.

Peiter (2007) debruça-se sobre os entraves jurídicos, políticos, técnicos e operacionais para o controle de epidemias e o acesso a tratamento e serviços de saúde, que propiciam a vulnerabilidade na saúde em regiões de fronteira. Ele aponta como fragilidades a desarticulação entre as instituições responsáveis, a falta de treinamento e a rotatividade da equipe, a ausência de complementaridade entre os sistemas de vigilância e a necessidade de cooperação entre as equipes de ambos os países, dentre outros aspectos citados (PEITER et al., 2013).

Inserção na rede pública de proteção

Com relação à utilização da rede pública, 100% citam utilizar o SUS e 60% são assistidos pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), com um ou mais programas de transferência de renda (Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada ou Vale Renda).

A entrada do usuário de crack ao CAPS AD se deu em 60% dos casos por busca espontânea, ou seja, o próprio paciente procurou o serviço de atendimento. Somando esse montante aos 25% dos casos nos quais o encaminhamento foi realizado por família ou amigos, chega-se a uma realidade em que 85% dos pacientes fizeram a procura por eles mesmos ou por indicação informal. Apenas 15% dos pacientes em tratamento foram encaminhados pela rede pública. Dentre eles, um chegou por meio da Assistência Social, um pelo Conselho Tutelar e um enviado pelo Juizado do país vizinho. Não houve encaminhamentos do sistema de saúde.

Considerando que 100% dos participantes fazem uso do SUS e 60% do SUAS, pode-se deduzir que há uma fragilidade na rede, visto que quem necessita do serviço está chegando por vontade própria, à revelia dos órgãos que teriam por dever encaminhá-lo. Essas famílias estão passando “invisíveis” pela rede pública de proteção.

Dentre as funções das unidades públicas descentralizadas do SUAS, constam prestar atendimento socioassistencial e realizar encaminhamento

às redes de proteção social em cada localidade. Os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) focam sua atuação no fortalecimento da função protetiva das famílias, na prevenção da ruptura de vínculos, na promoção do acesso a direitos e na contribuição para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias (BRASIL, 2009). O cidadão atendido pelo CRAS passa por entrevista e, se detectada a necessidade de atuação em rede para qualquer membro da sua família, este deve ser encaminhado a procurar o serviço adequado.

Costa e colaboradores (2015) corroboram os resultados deste estudo em sua revisão, na qual encontraram grande desarticulação dos CAPS AD com a própria rede assistencial sobre drogas e com a rede de assistência social. Em relação a esta última, revelam que em 55% dos casos a articulação é inexistente. Além disso, destacam a escassez de estudos específicos sobre a rede assistencial de drogas.

Observando esses dados, é inevitável refletir sobre a ausência de crianças no CAPS AD relatada anteriormente. Tal ausência ocorre não porque não existam menores de idade consumindo crack nas cidades gêmeas, mas talvez porque isso se deva, em parte, à desarticulação da rede, uma vez que não seria de se esperar que crianças procurassem o serviço por conta própria.

Em relação às condições de saúde, 40% relatam não ter problemas de saúde recorrentes, fazem uso de álcool (90%), sofreram violência física ou psicológica (70%). Há relatos de problemas crônicos recorrentes de saúde em 60% dos pacientes, notadamente aqueles que podem estar relacionados às situações de estresse.

Abordando a lógica oposta, merece destaque o número de entrevistados que relatam não haver problemas de saúde recorrentes na família (40%), uma vez que são todas famílias de usuários de crack, 90% delas têm problemas com álcool e 70% vivenciam violência em seus lares. Isso conduz à reflexão de que o conceito de saúde para essas famílias não é o mesmo daquele concebido pelo sistema público, e à dedução de que a dependência química ainda não é vista, nem pelas próprias pessoas envolvidas na questão, como um problema de saúde.

A realização de estudos multicêntricos, englobando cidades gêmeas e municípios brasileiros não lindantes em sua relação com esses aspectos da saúde, podem ser interessantes para revelar se álcool, violência e drogas não são reconhecidos como problemas de saúde pelos consumidores de crack, independente da localização geográfica dos municípios, ou se isso pode se dever a características culturais da fronteira, que se torna indiferente aos problemas cotidianamente vivenciados, não os vendo mais como tal.

Este estudo apresentou como principal limitação o tamanho da amostra. Embora tenha sido selecionado o universo total dos pacientes com consumo de crack da instituição, o número de participantes final ficou reduzido, o que possibilita reflexões importantes, porém não permite generalização sobre as características do usuário de crack das cidades gêmeas. Futuros estudos abrangendo os usuários de crack em situação de rua, atendidos pelo Consultório de Rua ou não, podem oferecer um panorama mais amplo sobre a situação do crack na fronteira.

Considerações finais

As fronteiras requerem a criação de um conjunto de políticas públicas para essa região em particular, que contemple sua singularidade, que abrace e dê legalidade às cooperações já existentes e/ou proponha outras em que se possam somar as potencialidades dos municípios vizinhos. Isso possibilitaria diminuir as vulnerabilidades de ambos os lados, tanto em relação a recursos financeiros, como humanos e técnicos.

A angústia vivida pela população de fronteira deve-se ao fato de que esses movimentos de cooperação internacional ainda estão muito distantes de sua realidade e seu dia a dia, comparados a uma agitação que acontece no meio do mar, cujas ondas demoram em chegar à praia.

Mais do que conhecer as características do usuário de crack em tratamento nas cidades gêmeas, o estudo aqui descrito possibilitou conhecer as características das cidades-gêmeas no atendimento ao usuário de crack.

Diante do panorama em que o paraguaio atendido no Brasil não pode se revelar, as pesquisas terminam por esbarrar em dados que não se

confirmam na observação. Essa invisibilidade se vê confirmada na subnotificação ao SUS e conseqüente carência dos recursos necessários para o atendimento que a instituição de saúde se propõe a fazer, impactando na qualidade da oferta do serviço.

Ainda que o serviço esclareça ao cidadão que, independentemente de sua nacionalidade ou domicílio, não será negado atendimento a ele, este custará a confiar na informação. Para enfrentar os problemas de cadastros inconsistentes, é aconselhável tornar públicos os acordos que estão em vigor, ainda que informais e com prazo de duração, para esclarecer a população sobre a veracidade desses acordos.

Antes disso, ainda, é preciso que a equipe de saúde conheça tais acordos de fonte segura, ou seja, atualizações e capacitações sobre o tema do atendimento ao estrangeiro seriam de grande ajuda.

A desarticulação da rede de proteção nacional, que não realiza os encaminhamentos necessários, aliada à falta de integração com os serviços da cidade vizinha, prejudica o acesso a tratamento do consumidor de crack fronteiriço, aumentando a vulnerabilidade social.

É recomendável investir esforços para melhorar a articulação interna da rede de saúde pública do município brasileiro e desta com outros setores da rede de garantia de direitos.

É desejável o fortalecimento das interações com o país vizinho na oferta e troca de serviços, e uma articulação mais coesa com a rede pública de proteção da cidade gêmea.

Faz-se necessária a busca pela formalização de acordos de cooperação em saúde nas cidades-gêmeas, seja por meio de complementaridade de serviços e profissionais, seja pela melhor utilização do equipamento de saúde que cada município dispõe.

Enquanto isso não acontece, é importante a clareza dos termos de cooperação funcional entre ambas as cidades, pois quanto mais claros, descritos e disponíveis ao conhecimento da população estiverem esses termos, melhor será o acesso à saúde na região.

Referências

BRANCO, M. L. **O SUS na fronteira e o Direito**: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. 2009. Monografia (Especialização em Direito Sanitário) – Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil e Paraguai reafirmam cooperação em diversas áreas da Saúde**. Brasília: Agência Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28747-brasil-e-paraguai-reafirmam-cooperacao-em-diversas-areas-da-saude>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

_____. Ministério da Integração Nacional. Portaria n. 212, de 19 de julho de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jul. 2016. Seção 1, p. 12. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=12&data=20/07/2016>>. Acesso em: 14 set. 2016.

_____. Ministério da Integração Nacional. Portaria n. 622, de 23 de abril de 2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 abr. 2014. Seção 1, p. 67. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=67&data=24/04/2014>>. Acesso em: 16 jan. 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Proteção básica do Sistema Único de Assistência Social**: orientações técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009. Disponível em: <<http://prattein.com.br/home/images/stories/PDFs/orientacoes-tecnicas-CRAS.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2016.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Cooperação Técnica Brasileira em Saúde**. Brasília: Agência Brasileira de Cooperação, 2007. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/intranet/Sistemas_ABC/siteabc/documentos/viaABC-baixa.pdf>. Acesso em: 13 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Decreto n. 1120, de 6 de julho de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jul. 2005. Seção 1, p. 47. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=47&data=07/07/2005>>. Acesso em: 14 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/GM n. 1560, de 29 de agosto de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 ago. 2002. Seção 1, p. 84. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=84&data=30/08/2002>>. Acesso em: 16 set. 2016.

BUSS, P. M. **Agenda global do desenvolvimento e cooperação em saúde**. Políticas Públicas de Cooperação Internacional em saúde em perspectiva bioética. Rio de Janeiro: NETHIS, 2013.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2699-2711, 2011.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R.; HOIRISCH, C. A saúde pública no Brasil e a cooperação internacional. **Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade**, v. 2, n. 2, p. 213-219, jul./dez. 2011.

CAZOLA, L. H. O. et al. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 29, n. 3, p. 185-190, 2011.

COSTA, P. H. A. et al. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma narrativa da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 395-406, 2015.

DRAIBE, S. M. Coesão social e integração regional: a agenda social do MERCOSUL e os grandes desafios das políticas sociais integradas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, Suplemento 2, p. 174-83, 2007.

DUNN, J. et al. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. **Substance Use Misuse**, Abingdon, n. 31, p. 519-527, 1996.

EUZÉBIO, E. F. A porosidade territorial na fronteira da Amazônia: as cidades gêmeas Tabatinga (Brasil) e Letícia (Colômbia). **Cadernos de Geografia: Revista Colombiana de Geografia**, Bogotá, v. 23, n. 1, p. 109-124, 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. **Pesquisa nacional sobre uso de crack e outras drogas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

JEANNERET, P. **Les effets économiques régionaux des frontières internationales: l'exemple de la frontière franco-suisse de Genève à Bâle**. 1984. Tese (Doutorado em Economia) – Faculté de Droit et des Sciences Économiques, Université de Neuchâtel, Neuchâtel, 1984.

JAEGER, A. J. MERCOSUL e o desafio da livre circulação de trabalhadores: dificuldades e perspectivas. In: DAL RI JUNIOR, A. J.; OLIVEIRA, O. M. (Org.). **Cidadania e nacionalidade: efeitos e perspectivas: nacionais, regionais e globais**. Ijuí: Editora Unijuí, 2003. p. 349-75.

LACAN, J. M. E. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LARANJEIRA, R. et al. II LEVANTAMENTO NACIONAL DE ÁLCOOL E DROGAS, 2., 2012, São Paulo. **Anais...** São Paulo: INPAD; UNIFESP, 2014.

OLIVEIRA, T. C. M. Tipologia das relações fronteiriças: elementos para o debate teórico-práticos. In: OLIVEIRA, T. C. M. (Org.). **Território sem limites**. Campo Grande: Editora da UFMS, 2005. p. 377-408.

PARAGUAY. Secretaria Nacional Antidrogas. **Prevalencia de Consumo de drogas: factores de riesgo y prevención en jovenes escolarizados de 12 años y más – año de 2014**. Asunción, 2015. Disponível em: <<http://pt.calameo.com/read/00435023147a9db2be6b5?bkcode=00435023147a9db2be6b5&view=book>>. Acesso em: 14 set. 2015.

PARAGUAY; OPAS. Secretaria Nacional Antidrogas. **Anuário 2016**. Asunción, 2016. Disponível em: <<http://pt.calameo.com/read/004350231f8bf0fdf5b37?trackersource=library>>. Acesso em: 16 set. 2016.

_____. Relatoria y ponencias. CONGRESO DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES EN PARAGUAY, 1., 2015, Asunción. **Anais...** Asunción, 2015. Disponível em: <http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=ambiente-y-desarrollo&alias=529-memoria-del-congreso-de-tratamiento-de-adicciones-1&Itemid=253>. Acesso em: 14 set. 2015.

PAUWELS, L.; BERGIER, J. **O despertar dos mágicos**: introdução ao realismo fantástico. 12. ed. Rio de Janeiro: Difel, 1976.

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**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. 5237-5250, 2007.

PEITER, P. C. et al. Situação da malária na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2497-2512, 2013.

PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A.; SANTANA, J. P. A internalização da saúde: elementos contextuais e marcos institucionais da cooperação brasileira. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 32, n. 6, p. 444-450, 2012.

RAFFESTIN, C. A ordem e a desordem ou os paradoxos da fronteira. In: OLIVEIRA, T. C. M. (Org.). **Território sem limites**: estudos sobre fronteiras. Campo Grande: Ed. UFMS, 2005. p. 9-15.

SILVA NETO, A. L. **Caracterização geográfica, epidemiológica e da organização nos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru**. 2010. Tese (Doutorado em Geografia) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2012**. [S.l.], 2012. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2012.

UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE ASUNCIÓN. **Estudio Departamental sobre prevalencia de consumo de drogas, factores de riesgo y prevención en jóvenes escolarizados de 12 años y más**. Asunción, 2006. Disponível em: <<http://pt.calameo.com/read/0043502314308b3f21508?trackersource=libraryica>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

VULNERABILIDADE EM CONTEXTOS RURAIS E OS CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE MENTAL

Maurício Cirilo Neto
Magda Dimenstein

Os assentamentos rurais de Reforma Agrária são um marco importante na formação social do meio rural brasileiro, permitindo a retomada do vínculo com a terra e a reconstrução dos modos de vida dos trabalhadores do campo. Segundo Bergamasco e Norder (1996, p. 7), assentamentos rurais são “unidades de produção agrícola, criados por meio de políticas governamentais, visando o reordenamento do uso da terra, em benefício de trabalhadores rurais sem terra ou com pouca terra”. Resultam de um processo histórico de luta pela democratização da terra, sendo fator importante na promoção de qualidade de vida e na garantia da reprodução social de segmentos da população rural.

Considera-se que os assentamentos rurais reconfiguraram a paisagem rural brasileira, pois produziram avanços inegáveis nos indicadores sociais, como a queda dos índices de desigualdade, pobreza e extrema pobreza, crescimento de renda *per capita*, além de outros como moradia, educação e saúde (SILVA et al., 2016). Entretanto, tal processo vem sofrendo com o financiamento insuficiente e com a ineficácia de políticas públicas voltadas ao planejamento territorial, o qual ainda exclui boa parte da população que deveria ser beneficiada pela reforma agrária (OLIVEIRA et al., 2015). Ademais, as populações do campo vivenciam graves situações de vulnerabilidade psicossocial e ambiental associadas às situações de pobreza, de privação múltipla de bens e serviços existentes nos territórios. Tal cenário dificulta a vida e a manutenção do trabalho no campo, o que estimula a criação da “ruralidade de espaços vazios” conforme Wanderley (2001, p. 36), ou seja, uma terra morta, valorizada apenas como campo de investimento, especulação ou reserva de valor. Além disso, produz impactos na saúde das populações, contribuindo para o surgimento de inúmeras enfermidades. Contudo, suas necessidades vêm sendo historicamente

negligenciadas, seja pelas políticas de saúde, seja da assistência social (ROSA; BELFORT, 2016).

Diante disso, este trabalho¹⁷ pretende apresentar um panorama das condições de vida dos assentados que geram certas vulnerabilidades e impactam na saúde mental. Intenta discutir o cuidado em saúde mental em contextos rurais, levando em consideração esse cenário de vulnerabilidade, os modos de vida e trabalho no campo, os aspectos culturais, os saberes e as práticas de cuidado que fazem parte do cotidiano dessas populações. Destaca, por fim, a atenção primária como nível privilegiado de cuidado em saúde mental no meio rural.

Aspectos metodológicos

O Rio Grande do Norte (RN) possui 292 assentamentos rurais de reforma agrária. A investigação foi realizada em nove deles, localizados nas diversas mesorregiões do estado. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: a) assentamentos federais cadastrados no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA); b) assentamentos com mais de cinco anos de criação pelo INCRA; e c) assentamentos com o maior número de famílias cadastradas no INCRA.

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais da atenção primária que compõem as equipes de saúde de referência para essas populações, a saber, Equipes de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diante da dificuldade de acesso aos profissionais, de deslocamento até essas regiões, de contato com as secretarias municipais e de agendamento das entrevistas, foi construída uma amostragem intencional. Priorizaram-se os trabalhadores que conheciam o território, que alegaram desenvolver intervenções no campo da saúde mental e que aceitaram participar da pesquisa. Somaram 26 profissionais de diferentes categorias,

¹⁷ Este trabalho é fruto de uma pesquisa maior de mestrado intitulada “Cuidado Psicossocial em Saúde Mental: estudo em assentamentos rurais do Rio Grande do Norte”, desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, e teve como objetivo geral caracterizar e analisar o cuidado em saúde mental ofertado a moradores de assentamentos rurais do estado.

sendo 5 enfermeiros, 4 agentes comunitários de saúde, 3 psicólogos, 2 assistentes sociais, 2 educadores físicos, 2 médicos, 2 médicos do Programa Mais Médicos, 2 fisioterapeutas, 2 fonoaudiólogos, 1 nutricionista e 1 odontólogo. Foram tomados todos os cuidados éticos, como autorização das secretarias responsáveis para a realização da investigação, apresentação aos participantes dos objetivos da pesquisa e procedimento a ser utilizado, leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), riscos e benefícios envolvidos, além da autorização para a gravação do áudio das entrevistas.

Utilizou-se um roteiro semiestruturado, aplicado de forma individual ou em grupo, obedecendo ao critério dos participantes. A categorização e análise das entrevistas foram orientadas pela perspectiva da análise crítica do discurso (BOSI; MACEDO, 2014), com base em três categorias previamente delimitadas: necessidades em saúde mental identificadas, cuidados em saúde mental ofertados e desafios para as práticas de saúde em contextos rurais. Construiu-se, então, uma matriz teórico-explicativa (Figura 1) sobre o ordenamento da rede e a oferta de cuidado em saúde mental no meio rural (TORQUATO et al., 2016), que será posteriormente apresentada.

Assentamentos rurais: configurações e condições de vida

No ano de 2010, a população beneficiária da reforma agrária ultrapassou a marca de 3,6 milhões de pessoas (INCRA, 2010). Em relação aos assentamentos rurais, há 9.128 projetos ocupados por 1.157.396 famílias assentadas numa área de 88 milhões de hectares (INCRA, 2014). Medeiros e Leite (1999) consideram que os assentamentos apresentam diferentes configurações, evidenciando três instâncias em que se manifesta a diversidade encontrada nos assentamentos: a) a heterogeneidade das situações que dão origem aos assentamentos (conflitos, ocupações por trabalhadores assalariados que perdem suas ocupações etc.); b) a diversidade dos beneficiários diretos (antigos posseiros, parceiros, assalariados agrícolas e boias-frias, antigos ocupantes de áreas extrativistas, seringueiros, pequenos

produtores pauperizados, trabalhadores urbanos vivendo à margem do mercado de trabalho formal); e c) os outros atores sociais que passam a atuar nesse contexto, incluindo os movimentos sociais, governo federal, estadual, INCRA, poder judiciário, órgãos de assistência técnica, igreja, sindicatos, associações e cooperativas e universidades.

O II Plano de Reforma Agrária (II PNRA), aprovado em 2003 com apoio dos movimentos sociais do campo, é considerado um marco para a efetivação da reforma agrária no país. Em suas diretrizes, a reforma agrária é vista como um “espaço de produção de qualidade de vida aliada ao desenvolvimento territorial” (BRASIL, 2004, p. 15) e não apenas como um projeto de redistribuição de terra para os mais pobres. Objetiva a implantação de políticas públicas que garantam a universalização do acesso a direitos fundamentais, tendo em vista a inclusão de uma significativa parcela da população na economia agrária, garantindo o crescimento da produção, do emprego, da renda e da qualidade de vida dessas populações. Nesse sentido, é uma política ambiciosa, haja vista que responsabiliza uma diversidade de setores das políticas sociais na garantia de direitos desses segmentos sociais. Para a saúde, em específico, implica na efetivação da universalidade, equidade e integralidade, atendendo todas as populações, de acordo com suas necessidades.

A despeito de todo aparato institucional de estruturação dos assentamentos rurais e de fortalecimento da agricultura familiar, as políticas agrárias não conseguiram alterar profundamente a estrutura fundiária excludente. Dados do último Censo Agropecuário de 2006 apontam que, apesar de os estabelecimentos de agricultura familiar atingirem 84,4% do número total de estabelecimentos rurais, eles ocupam apenas 24,3% da área dos estabelecimentos agropecuários brasileiros. Por outro lado, os estabelecimentos do agronegócio representavam 15,6% do número total dos estabelecimentos e ocupavam 75,7% de toda área (IBGE, 2006), sinalizando que, apesar da tentativa das políticas sociais focalizadas em garantir a fixação das populações em suas terras, a política econômica brasileira já fez suas escolhas na direção da agricultura patronal.

A resignificação do rural como espaço de vida, a partir do processo de assentamento, foi identificada por Medeiros e Leite (2004) em assentamentos de seis estados brasileiros, onde os autores apontam que, mesmo com uma gama de problemas vivenciados pelas famílias, houve melhora significativa nas condições de vida dos assentados em relação à moradia, alimentação, educação, poder de compra e saúde. Outro estudo (SCOPINHO, 2010) sobre a qualidade de vida em assentamento rural na cidade de Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, indica que, apesar de as condições de alimentação, segurança e saúde ainda não serem consideradas ideais pela população, houve melhora considerável da qualidade de vida dos trabalhadores rurais após a posse de terra. Carneiro et al. (2008) também encontraram resultados semelhantes ao realizarem um estudo comparativo em três populações no interior de Minas Gerais, boias-frias, famílias acampadas e assentadas do MST, onde observaram condições gerais de saúde melhores nos assentados do que nos grupos dos boias-frias e acampados.

Em estudo que utilizou a aplicação de questionários em 1.568 famílias residentes de 92 projetos de assentamentos espalhados pelo sul da Bahia, no entorno do Distrito Federal, no sertão do Ceará, no sudeste do Pará, no Oeste Catarinense e na Zona Canavieira Nordestina, foi verificado que 66% das famílias entrevistadas apontavam melhora na alimentação e 62% consideravam que seu poder de compra aumentou em relação à época em que não eram assentadas, enquanto 93% das famílias nunca haviam obtido crédito para produção até se estabelecerem no assentamento (LEITE et al., 2004).

A pesquisa do INCRA (2010) sobre qualidade de vida, produção e renda das famílias assentadas corrobora com as pesquisas apresentadas até aqui, quando identificou a percepção de melhoria¹⁸ da qualidade de vida da população em comparação com a situação anterior. Apesar da melhora das condições de vida, principalmente no que concerne à moradia, alimentação, educação e renda, vale destacar que a saúde recebeu a pior avaliação, haja vista que apenas 47,28% avaliaram como “muito melhor”

¹⁸ O INCRA somou as respostas (a) muito melhor e (b) melhor e as categorizou como “positivas”; as outras respostas não foram descritas no estudo divulgado.

ou “melhor”, o que denuncia as dificuldades enfrentadas pelas políticas públicas e em especial pela saúde em constituir serviços, programas e ações que acolham as necessidades de saúde e interfiram nas iniquidades que impactam de modo especial as populações rurais (INCRA, 2010).

Dentre as dificuldades enfrentadas pelas populações rurais, a localização dos assentamentos rurais é uma das mais importantes (INCRA, 2010), uma vez que as terras desapropriadas para instalação dos assentamentos encontram-se distantes dos centros urbanos e apresentam problemas quanto à fertilidade do solo. Essa condição cria problemas no que diz respeito ao escoamento da produção, à inserção no comércio regional e compromete a viabilização econômica e social dos assentados (ALBUQUERQUE; COELHO; VASCONCELOS, 2004). De acordo com o estudo de Lima e Lopes (2012), em assentamentos potiguares, há uma correlação positiva entre a renda dos assentados e a acessibilidade aos centros urbanos, o que corrobora com Silva e colaboradores (2016), quando observaram que os assentamentos potiguares mais próximos e com maior facilidade de acesso à malha urbana apresentam melhores resultados no que se refere ao nível educacional e renda familiar.

Nesse sentido, os principais problemas encontrados em relação à infraestrutura dos assentamentos locais são os mesmos relativos à maior parte da área rural do país, com destaque para a região Nordeste, que ainda sofre com condições mais precárias de vida, como transporte público insuficiente e de má qualidade, ausência de saneamento básico e tratamento do lixo, falta de escolas dentro ou perto dos assentamentos, conformando um cenário que reflete as condições de pobreza que grande parte da população rural enfrenta (CARNEIRO et al., 2008; INCRA, 2010; SOARES, 2006).

Vulnerabilidades psicossocial e ambiental e a saúde mental em contextos rurais

A reprodução da pobreza rural está diretamente relacionada ao modelo socioeconômico que garante os privilégios das grandes empresas voltadas ao agronegócio, as quais organizam o espaço em torno de sua atividade produtiva, reproduzindo o latifúndio e a exploração do trabalhador rural como pilares fundamentais da vida econômica e social do campo. Nesse sentido, a pobreza impacta sobremaneira as populações rurais, constituindo um cenário no qual cerca de 25% da população rural vive em condições de extrema pobreza (MELLO, 2015), conforme estudos que reiteram a predominância da pobreza em zonas rurais (ROCHA, 2006; KAGEYAMA; HOFFMANN, 2006).

Apesar da persistência da pobreza no meio rural, nas duas últimas décadas ocorreu um crescimento relativamente forte da renda, bem como queda acentuada da desigualdade nos contextos rurais, como indicado anteriormente. No entanto, a incipiente melhora das condições de vida das populações do campo, resultado das políticas agrárias, serviu mais para atenuar as situações de conflito social do que para modificar as situações de pobreza e desigualdade social. Assim, os assentados carregam uma trajetória de vida marcada pela precária condição de reprodução social, grande dificuldade de acesso às políticas e programas de saúde, educação, segurança, transporte, habitação e organização da produção (DIMENSTEIN et al., 2014).

Nesse sentido, compreende-se que as populações rurais vivem situações de vulnerabilidade socioambientais. Essa concepção trata da coexistência ou sobreposição espacial entre coletivos, em situação de pobreza e com alta privação, que convivem em áreas de risco ou degradação ambiental (CARTIER et al., 2009). A categoria “vulnerabilidade social” é amplamente utilizada na estruturação de políticas públicas. Esse termo assume diversos sentidos teórico-metodológicos, desde concepções mais restritivas, atreladas às práticas que focalizam os mais pobres, não esmiuçando os seus diversos determinantes, até perspectivas multidimensionais

que consideram uma série de fatores que ajudam a entender a situação de vulnerabilidade em que se encontram os grupos sociais. Enquanto zona em que as famílias podem atravessar ou nela permanecer durante maior tempo (ou não), a concepção de vulnerabilidade que empregamos opõe-se ao entendimento do fenômeno como uma condição dada. É, na verdade, um fenômeno complexo e multifacetado, e sua análise e resposta exigem articulação intersetorial por meio das políticas públicas (DANTAS, 2014).

Ao levar em consideração as particularidades socioterritoriais do campo no Brasil, é preciso destacar uma série de fatores de risco ambientais, como o desflorestamento, a extinção de parte da biodiversidade, erosão de terras, assim como fatores sociais, a precarização das relações de trabalho no campo, fluxos migratórios para as cidades, dentre outros. Esse cenário impacta de modo mais incisivo a vida e a saúde das populações com escassez de bens e de recursos sociais e materiais para o enfrentamento desses fatores de risco (PINHEIRO et al., 2009).

Dentre os impactos relacionados às condições de vulnerabilidade psicossocial e ambiental, está o aparecimento de Transtornos Mentais Comuns (TMC). Nesse estudo, destaca-se a categoria TMC por compreendê-la como modos de sofrimento contextuais, que dizem respeito às condições de vida e trabalho, o que permite apreender os processos de determinação social da saúde mental. A categoria Transtorno Mental Comum (GOLBERG; HUXLEY, 1992) se refere aos sintomas não psicóticos, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, apresentando uma prevalência média estimada de 25% na população mundial (WHO, 2001). No Brasil, Santos e Siqueira (2010) indicam a prevalência entre 20% e 56% da população, e Moreira e colaboradores (2011) apontam a prevalência entre 17% e 35%. O impacto dos TMC é ainda subestimado, pois assumem valores baixos de mortalidade, apesar de causarem grande incapacidade funcional nos sujeitos em sofrimento, reduzindo a qualidade de vida dos indivíduos (MARAGNO et al., 2006; SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Parte dos problemas que chegam aos serviços de saúde corresponde a tipos de sofrimento que atravessam diversas dimensões da vida do

sujeito, geralmente relacionado à situação socioeconômica, às condições de vida e trabalho, bem como a aspectos relacionais como conflitos familiares, elementos que aparecem geralmente como disparadores de um conjunto variado e instável de sintomas físicos e queixas somáticas inespecíficas e subjetivas, como ansiedade, medo, depressão, mal estar indefinido, agressividade, dentre outros (ALMEIDA, 2015). Duarte (2010) indica que são sofrimentos reconhecidos como “doença dos nervos” ou nervoso, uma categoria encontrada entre moradores de zonas rurais, tornando-se um elemento importante para o cuidado em saúde mental, dado que é apoiado em queixas reais e cotidianas de um sofrimento contextual e permeado de significados socioculturais (CIRILO NETO, 2016).

Durante a pesquisa de campo, quando questionados sobre as necessidades de saúde identificadas, o conjunto de respostas foi diversificado, a depender das equipes dos diferentes municípios. De modo geral, a despeito do pouco conhecimento dos problemas vivenciados pelos assentados, os participantes apontaram para dificuldades que conformam um cenário bastante complexo e multifacetado, marcado por dificuldades laborais e financeiras, conflitos familiares e violência de gênero, uso indiscriminado de psicotrópicos, uso de drogas ilícitas, dentre outros, compondo um cenário de vulnerabilidades relacionadas aos sofrimentos vivenciados pela população.

É preciso destacar que as necessidades referidas foram significadas de diferentes modos pelos profissionais de saúde. Um primeiro grupo compreende que essas necessidades não guardam relações com os problemas de saúde mental identificados. Essa perspectiva produz a naturalização das condições de vida, retirando a historicidade dos problemas de saúde, o que obscurece os fatores socioambientais que interferem nessas condições, conseqüentemente desembocando em ações restritas aos agravos à saúde, recortando e limitando o trabalho ao conjunto de sintomas dos indivíduos (XIMENES; CAMURÇA, 2016). O segundo grupo compreende que as condições de vida compõem uma relação intrincada com os sofrimentos vivenciados pelos moradores, o que pode contribuir para a complexificação

das respostas dadas, bem como para a responsabilização ética e política perante as condições de vida da população.

Estudos sobre saúde mental em populações rurais são escassos em nível internacional (ESPANHA, 2011). No entanto, há evidências que associam os espaços rurais a piores resultados em saúde mental, nomeadamente em estudos de suicídio (LOUREIRO; COSTA; SANTANA, 2016), corroborado por Dutra e Roehe (2013) quando observaram um número significativo de suicídio entre agricultores no estado do Rio Grande do Norte. No Brasil, dentre os poucos estudos nesse âmbito, o relatório da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG, 2013) detectou, como principais agravos, os problemas de coluna (41%), hipertensão (38%), dores de cabeça constantes (32%), disfunções gastrointestinais (28%), alergia/problema de pele (27%) e insônia (27%), ou seja, queixas que apontam para a possibilidade de sofrimento de base psicossocial que estão associadas às condições de vida e trabalho no campo.

Costa, Dimenstein e Leite (2014) consideram que há um conjunto de problemas, estressores e características específicas no meio rural, associados aos problemas de saúde mental, o que significa que a resolução dos agravos depende da articulação de uma variedade de fatores existentes nos territórios que produzem experiências de sofrimento diferenciadas. Considerar a configuração atual dos assentamentos, suas dinâmicas socioterritoriais, as condições de vida e de trabalho é importante para compreender a determinação social da saúde mental das populações rurais. Diante disso, torna-se urgente pensar na atenção e no cuidado em saúde mental com base nas singularidades socioespaciais, de modo que o cuidado em saúde consiga responder à variedade de problemas detectados nesses contextos.

Atenção e cuidado à saúde das populações rurais

Em seu estudo com populações rurais em situação de vulnerabilidade, Almeida e colaboradores (2010) apontam que os sujeitos passam a não compreender as suas dificuldades, em seu caráter objetivo e multiterminado, e passam a traduzir esses contextos por meio de uma postura

niilista, de descrença com relação a sua possibilidade de ação. É em torno da ideia da vida difícil e de sua impossibilidade de transformá-la que os sujeitos começam a construir seus marcos referenciais de identidade, relacionando-os com seus processos de saúde e doença e dando respostas ou não aos problemas que surgem.

A construção do direito à saúde passa pelo enfrentamento dessas discriminações históricas e pela alteração radical de situações de vulnerabilidades e de condições de existência iníquas. Nesse sentido, o cenário de vulnerabilidades encontrado nesses contextos representa um importante desafio para atenção à saúde, pois em que medida os cuidados ofertados estão implicados no enfrentamento das vulnerabilidades, efetivando o projeto da saúde como produção de cidadania e garantia da justiça social? Ou, do contrário, em que medida esses cuidados caminham na naturalização das iniquidades em saúde?

Reafirmar outros modos de compreender, interpretar e se posicionar perante os processos de determinação social da saúde implica alterar os modelos de atenção e as tecnologias de cuidado à saúde. No contexto dessa pesquisa, diante dos problemas de saúde dos moradores, as tecnologias de cuidado utilizadas pelos profissionais invariavelmente assumem o caráter curativista, individualista e focalizadas na doença. Trata-se de ações organizadas e planejadas de tal modo que desconsideram as particularidades de sua clientela, os saberes e iniciativas locais, com pouca participação dos usuários nos processos decisórios do serviço e no seu próprio plano continuado de cuidados. Constituem, pois, formas sutis de controle das populações e reproduzindo a lógica assistencialista que marca a atenção às populações rurais.

Mehry (2013) alega que todo procedimento em saúde é um processo de negociação entre os trabalhadores, com seus saberes técnicos e científicos, e os usuários, com seus saberes práticos, oriundos de seu cotidiano de vida. Quando os saberes-poderes dos trabalhadores operam de modo verticalizado, silenciando as necessidades dos usuários, não se estabelece uma relação de cuidado, mas a aplicação de procedimentos, técnicas, recursos e insumos. O cuidado de populações em situações de

vulnerabilidade demanda atitudes e posturas que afirmem a diferença do outro, abrindo possibilidades de apreender e atender suas necessidades singulares de saúde.

No âmbito dos saberes práticos, as populações rurais mantêm lógicas e práticas de cuidado informais que servem de referência para o modo como os sujeitos compreendem e agem sobre a realidade, e são amplamente utilizados perante as dificuldades de acesso aos serviços de saúde (BUDÓ; SAUPE, 2005; ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS, 2014; LARA; BRITO; REZENDE, 2012; SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2013). Os aspectos culturais assumem, desse modo, destaque na reflexão sobre o cuidado em saúde mental em contextos rurais. Prezando por esse recurso, dentre as principais diretrizes destacadas na Política Nacional de Saúde Integral dos Povos do Campo, das Florestas e das Águas (PNSIPCFA)¹⁹, está a valorização das “práticas e conhecimentos tradicionais, com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social dessas práticas e a produção e reprodução de saberes das populações tradicionais” (BRASIL, 2011, p. 6).

Mesmo sendo alvo de processos de marginalização social, as populações rurais ainda preservam saberes e práticas que lhe são produtores de pertencimento social. O aspecto cultural — sejam crenças populares, comportamentos, religiosidade, alimentação e sociabilidades — estrutura modos próprios de responder aos processos de adoecimento, servindo para amenizar as dores e sofrimentos (BUDÓ; SAUPE, 2005). Nessa perspectiva, Costa, Dimenstein e Leite (2015) afirmam que é fundamental que os profissionais detentores de saberes e práticas científicos compreendam esses códigos para que não sejam criadas novas barreiras entre serviços e usuários.

Ao elaborar práticas de saúde para populações em condições de vulnerabilidade, é primordial considerar os próprios conceitos de saúde e doença e os aspectos intersetoriais de seus determinantes nas perspectivas

¹⁹ A partir de 2014, por meio da Portaria n. 2311, o Ministro da Saúde atualizou a política em questão, passando a vigorar como Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas (PNSIPCFA).

interdisciplinar, transdisciplinar e multidisciplinar (BARROS; CAMPOS; FERNANDES, 2014). Por intermédio das concepções de saúde baseadas nos códigos biomédicos, os participantes pautam suas ações numa perspectiva normatizadora, com intenções de controle das populações, tendo em vista modos instituídos e idealizados de saúde. Nos assentamentos investigados, a elaboração do cuidado ocorre por meio da aplicação de programas verticalizados e descontextualizados, bem como pela transposição de uma lógica de cuidado etnocêntrica, construída e pensada para ambientes urbanos, que, quando reproduzida em contextos rurais específicos, não consegue responder aos problemas detectados, constituindo serviços com baixa resolutividade.

Compreender os processos que conduzem as populações aos quadros de vulnerabilidade fornece critérios para o julgamento de problemas e condições de saúde, identificação daqueles que sejam prioritários, além de indicar a necessidade de políticas e de práticas adequadas a essas condições, consideradas vulneráveis (BARROS; CAMPOS; FERNANDES, 2014). Algumas experiências que vêm sendo desenvolvidas na Espanha, na atenção às populações rurais, salientam que a produção de cuidados nesses contextos deve tomar por princípio o atendimento das necessidades de cada território, ou seja, o modo como as populações vivem e usam o território, o que produz necessariamente serviços, programas e estratégias de cuidado locais e singulares (ESPAÑA, 2011).

No Brasil, ainda que pese a tradição biomédica, a saúde pública historicamente lançou mão dos saberes epidemiológicos na organização dos serviços e programas de saúde, o que possibilitou avanços significativos no enfrentamento de diversos agravos à saúde. Todavia, os programas foram estruturados de modo homogêneo, impossibilitando o enfrentamento de condições de vulnerabilidade que necessitam de outros modos de compreensão, com base na existência concreta das populações.

Nesse sentido, Paiva (2013) concebe que os modelos teóricos que caracterizam historicamente a saúde pública brasileira, ao mediar a prática em saúde, estão pautados nas associações entre fatores obtidos em grandes amostras, baseados em dados agregados e populacionais que

podem contribuir para mostrar tendências e probabilidades macrossociais, no que concerne à relação entre indicadores de morbimortalidade e condições de vida das populações. Todavia, quando não abarcam outros saberes, colonizam indevidamente as práticas de cuidado e de prevenção, como se essas tendências populacionais fossem encontradas de modo homogêneo na variedade de territórios, com essa mesma dinâmica, na vida cotidiana das pessoas. Ao fazer isso, não conseguem oferecer recursos técnicos para reinventar novas práticas. Como saber mediador único, a análise de risco coloniza indevidamente outros campos de saber, como o do cuidado das pessoas, com receitas de “estilos de vida adequados” para indivíduos “genéricos”, biopsíquicos/comportamentais, pessoas-tipo que existem apenas em protocolos.

Há, dessa forma, um padrão de utilização de serviços de saúde mental no âmbito rural: comumente a população recebe menos cuidados especializados e atendimento domiciliar, tem menos possibilidade de utilizar os serviços de reabilitação psicossocial e laboral, e acessa mais serviços de urgência e emergência, fenômeno conhecido no interior nordestino como “ambulancioterapia”, devido aos itinerários longos e rotineiros percorridos nas ambulâncias dos municípios (XIMENES; CAMURÇA, 2016). Ademais, os sujeitos utilizam serviços locais, como paróquias, igrejas, curandeiras e serviços gerais de saúde, como as equipes de atenção primária em saúde, o que coloca a atenção primária na primeira fila de atenção aos problemas de saúde mental das populações rurais.

A Organização Mundial de Saúde elencou sete motivos para incentivar o investimento da saúde mental na atenção primária, o que desperta o desafio de indicar sete motivos para promover o cuidado à saúde mental das populações rurais nesse nível de atenção (WHO, 2008), destacados a seguir: *1. A carga de perturbações mentais é grande, elas criam uma carga pessoal substancial para os indivíduos afetados e suas famílias.* As populações rurais invariavelmente apresentam dificuldades de inserção laboral e ineficiência da renda. A presença de sofrimentos psicossociais interfere nas capacidades dos sujeitos e famílias de viverem e trabalharem no campo, levando ou agravando as dificuldades socioeconômicas. *2. Os problemas*

de saúde mentais e físicos estão interligados. Muitas pessoas sofrem tanto de problemas de saúde físicos como mentais. As variadas formas de sofrimento, principalmente os TMC e o uso problemático do álcool, apresentam uma sintomatologia complexa que exige cuidados em saúde de diversas ordens, utilizando inclusive os recursos próprios dos territórios onde as vidas transcorrem. Além disso, as populações rurais possuem modos de compreensão do processo saúde-doença que não se restringem aos códigos biomédicos, mas apresentam relações com suas histórias de vida, culturas locais, religiosidades e crenças, enfim, com seus modos de existência. 3. *O déficit de tratamento em relação às perturbações mentais é enorme. Há uma diferença entre, de um lado, a prevalência de perturbações, e, de outro, o número de pessoas a receberem tratamento.* Esse cenário agrava-se quando se trata de populações rurais, uma vez que sofrem com os vazios assistenciais existentes nesses contextos. Equipar as equipes de atenção primária em termos teórico-metodológicos para lidar com esses problemas é uma saída viável para a diminuição dessa diferença. 4. *Cuidados primários para a saúde mental otimizam o acesso.* A distância geográfica é uma barreira de acesso para as populações rurais, e as equipes de atenção primária são os únicos serviços que, amiúde, os sujeitos conseguem acessar. O atendimento no território ganha relevância, tendo em vista que a terra é um elemento simbólico produtor de bem-estar para as populações do campo, além de permitir a manutenção de suas atividades cotidianas, junto da família e da comunidade. Ademais, facilita atividades de prevenção e promoção de saúde, bem como monitoramento e avaliação constantes dos indivíduos e comunidades. 5. *Cuidados primários para a saúde mental promovem o respeito pelos direitos humanos.* Além de minimizarem o estigma e a discriminação, os cuidados no âmbito primário evitam a violação de direitos que as populações rurais vivenciam em seus itinerários intermináveis em busca de atenção à saúde, principalmente em serviços de hospitalização, como os hospitais psiquiátricos. 6. *Cuidados primários para a saúde mental são acessíveis em termos de custo e apresentam uma boa relação custo-benefício.* Os serviços de atenção primária são menos caros que os serviços especializados e de hospitalização para os municípios, aliviando os pequenos e médios

municípios, os quais enfrentam dificuldades financeiras na organização e manutenção de sua rede de serviços. Além disso, evita custos indiretos associados à procura de atendimento para as famílias e comunidades rurais.

7. Cuidados primários para saúde mental geram bons resultados em termos de saúde. As evidências científicas demonstram que a maioria das pessoas com sofrimentos mentais, tratadas com cuidados primários, apresentam bons resultados. Um cuidado territorial permite articular a comunidade e os recursos locais, criando uma rede de proteção e aumentando a eficácia dos tratamentos.

A atenção primária torna-se, portanto, a referência mais importante no atendimento em saúde mental para grande parte das populações rurais, quando a maior parte dos municípios do país não preenche os critérios populacionais (não possui 15 mil habitantes) que sustentem a implementação de dispositivos como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Articulando-se com a PNSIPCF, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pretende custear equipes de saúde da família ribeirinha em unidades básicas de saúde fluviais; disponibilizar recurso complementar para municípios com maiores dificuldades de atração e fixação de profissionais; qualificar a atenção a populações sazonais, rurais, quilombolas, assentadas, isoladas; e implementar equipes de atenção básica para populações específicas (BRASIL, 2012).

Apesar de as iniciativas elencadas representarem movimentos importantes em direção ao acesso de qualidade às populações rurais, conforme apontado pelo relatório do Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (SOARES, 2014), a cobertura das equipes de ESF ainda se encontra comprometida em áreas rurais, principalmente as que possuem baixa densidade populacional, o que demonstra que ainda é um desafio a ser enfrentado na garantia da atenção e do cuidado efetivo às populações rurais.

Nessa investigação, não há equipes de saúde específicas para as populações rurais, apesar de representarem um quantitativo significativo

nessas cidades²⁰. Desse modo, o cenário que se desenha é preocupante, tendo em vista que as equipes de saúde da família estão enfrentando problemas no que concerne ao acolhimento e à produção de cuidados voltados às demandas de saúde mental. Os trabalhadores das equipes de ESF comumente reclamam da pouca habilidade e competência para abordar os usuários com queixas de saúde mental, e o discurso dos trabalhadores sobre a loucura ainda é fortemente atrelado à periculosidade, o que tem levado uma equipe a negar acolhimento aos usuários portadores de transtorno mental. Assim, a principal resposta dada aos casos de saúde mental é o encaminhamento para o nível especializado. Observa-se ainda que, a despeito do maior acesso ao nível primário, os moradores se encontram desassistidos durante certos períodos do ano, devido ao rodízio frequente das equipes pelas diferentes comunidades, criando vazios assistenciais.

Em relação ao apoio matricial realizado pelas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para fortalecer as ações de saúde mental na atenção primária, observamos que esse apoio não vem impactando na ampliação das habilidades e competências dos profissionais. O matriciamento vem se limitando ao caráter assistencial, com atendimentos pontuais e de natureza ambulatorial, discussões dos casos mais problemáticos, visita domiciliar quando extremamente necessária. Os atendimentos e as intervenções conjuntas, entre os trabalhadores do NASF e ESF junto ao usuário, família e comunidade, não fazem parte do cotidiano dos serviços. Os problemas detectados estão relacionados à saturação das demandas, dificuldades para organizar e mudar o estilo de trabalho, bem como a problemas de gestão nos serviços, gerência da própria agenda de trabalho pelas equipes, priorização da assistência e

²⁰ Os assentamentos estão situados em municípios caracterizados por elevadas taxas de população rural, o que traz implicações para o ordenamento da rede de cuidado nesses contextos. Pureza (64,43% da população), Nova Cruz (61,30%), Barcelona (55,54%) e Espírito Santo (52,09%) são cidades onde a maior parte dos habitantes vive em áreas consideradas rurais. Os demais municípios também possuem taxas relativamente altas nesse quesito, como Ceará-Mirim (47,91%), João Câmara (29,70%) e Açú (26,05%), com exceção de Mossoró (8,69%), que, apesar de apresentar menor taxa em comparação com a média potiguar (22,19%) contempla um contingente populacional rural de 22.574 pessoas. Dados extraídos do seguinte portal: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rn#>>>.

pressão por produção, além do privilégio de práticas individualistas em detrimento de atenção comunitária.

Em seu estudo na atenção primária em contextos rurais, Oliveira et al. (2015) perceberam equipes de atenção primária pautando suas ações em perspectivas interdisciplinares e intersetoriais, com maior participação dos usuários na organização da atenção e nos planos de ação comunitários. Destacaram ainda que, ao compreenderem a relação direta entre saúde e terra, enquanto condição material e simbólica de vida dessas populações, as equipes vêm construindo ações de fortalecimento de equipamentos e serviços coletivos de apoio às famílias — como moradia, sistemas de telefonia, mobilidade —, que podem interferir de modo decisivo nas condições de vida e saúde, bem como na permanência das famílias no campo.

No âmbito dessa discussão, a noção de coordenação do cuidado é um aspecto que ganha destaque nos cuidados primários em saúde. Percebe-se, na realidade investigada, que a coordenação não vem sendo implementada pela atenção primária, haja vista que, ao encaminhar para outros serviços, ela não consegue acompanhar o itinerário percorrido pelo usuário ao longo da rede. O sistema de referência e contra referência apresenta problemas no tocante à comunicação entre os serviços, pois, apesar de os profissionais ressaltarem que a comunicação é facilitada pela proximidade e pelas redes de amizade, quando realizam encaminhamento é comum não receberem notícias sobre as intervenções realizadas em seguida.

Cecílio (2009) adverte para o que concebe como segunda dimensão da integralidade da atenção, que está intimamente relacionada à responsabilização pelo usuário e continuidade do cuidado pelas redes de atenção. Explicando melhor, a integralidade só pode ser atingida quando ocorre articulação entre os serviços acionados no atendimento das necessidades dos usuários, ou seja, essa dimensão da integralidade se efetiva pelo enlace dos usuários numa rede de serviços. A coordenação do cuidado pela atenção primária é uma ferramenta importante, pois essas equipes de saúde possuem vínculos mais sólidos com os usuários. Assim, na condição de equipes de referência para determinada população, elas podem acompanhar o usuário na utilização de várias tecnologias de cuidado que estão

distribuídas em uma gama de serviços, garantindo que respostas sejam dadas aos problemas de saúde.

As ruralidades brasileiras compartilham a urgência de repensar a organização dos serviços e o funcionamento dos pontos de atenção, o que desafia o processo de regionalização em saúde. Esta já vem sendo implementada desde a origem do SUS, por intermédio da hierarquização e descentralização do sistema, conferindo maior autonomia aos estados e municípios. No entanto, é notório que o resultado tenha sido a dependência de municípios e estados em condições financeiras precárias aos interesses e direcionamentos da União que, invariavelmente, não conseguem atender às necessidades locais. Além disso, a configuração regional se viu altamente afetada pelos interesses políticos locais e sem capacidade técnica para responder aos problemas vivenciados pela população.

Nos assentamentos investigados, os participantes indicaram entraves para o processo de trabalho que dizem respeito ao processo de regionalização, como: dificuldade de acesso às regiões distantes, grande quantidade de demandas recebidas, problemas na pactuação de serviços regionais, além da carência de retaguarda especializada. Para Mendes (2010), o modo como esse processo vem se dando no país conforma sistemas fragmentados de atenção à saúde, estruturados sob um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e sem comunicação que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. De modo geral, não há reconhecimento do território, mas a delimitação de regiões do ponto de vista político-administrativo, o que impossibilita a gestão baseada nas necessidades de saúde da população.

A necessidade de repensar a regionalização, tendo em vista os territórios rurais, diz respeito à dificuldade de implementar os serviços em localidades com baixa densidade demográfica e reduzido número populacional. Experiências na Espanha tentam contornar os obstáculos socio-territoriais e podem servir de inspiração para o ordenamento da rede de cuidados em contextos rurais. Nesse país, as soluções delineadas foram: o desenvolvimento de programas flexíveis, organizados em equipes pequenas e próximas do cotidiano de vida das pessoas, indo além dos tradicionais

equipamentos de saúde mental marcados pela rigidez do processo de trabalho, no que concerne à circulação de profissionais, aos horários de funcionamento do serviço, protocolos de encaminhamento tradicionais, e profissionais alocados no serviço (ESPANHA, 2011).

Pode-se concluir então que a atenção em saúde às populações rurais envolve uma diversidade de fatores em constante processo de negociação, o que abre possibilidades para novos arranjos e configurações. O ordenamento das redes de cuidado nesses contextos deve partir da realidade concreta dos territórios, das necessidades de saúde, considerando os processos de determinação social da saúde. Para sintetizar as conclusões desse estudo, apresenta-se a matriz explicativa acerca do ordenamento da rede e da oferta de cuidado em saúde mental no meio rural.

Considerações finais

As iniciativas institucionais recentes que tentam reorientar a atenção às populações rurais, por exemplo, a PNSIPCFA, ainda não produziram impactos consistentes na ponta dos serviços. É fato que existem ações como a constituição de equipes de saúde da família e NASF mais próximas dessas populações, mas ainda de modo pontual e fragmentado, não conseguindo interferir nas iniquidades de saúde que marcam a vida desses indivíduos. Além disso, é contraditório que, apesar de ser uma política que tenta reafirmar necessidades específicas locais, de determinados territórios, ainda esteja pautada numa lógica hierarquizada, homogênea, englobando uma variedade de populações tradicionais, mas desconsiderando suas singularidades socioterritoriais.

Nessa investigação, foi possível observar que os trabalhadores, diante das necessidades de saúde mental, ainda recorrem à segurança de suas práticas etnocêntricas, medicalizantes, cristalizadas e com pouca capacidade inventiva. É necessário que a atenção psicossocial efetive seus princípios de desconstrução dos saberes e práticas tradicionais, e que a PNSIPCFA seja realmente uma política com capacidade de orientar programas, serviços e equipes na atenção à saúde integral dos povos do campo, e não

apenas mais uma política que tenta acatar tensionamentos feitos por movimentos sociais do campo.

Neste sentido, alguns desafios estão dados no cotidiano de trabalho nesses contextos. É preciso rever o processo em andamento de construção de regiões de saúde — o ordenamento das redes e a coordenação do cuidado pela atenção primária — que, tendo em vista sua maior proximidade com a vida das populações, pode interferir diretamente nos processos de determinação social da saúde das comunidades, contribuindo efetivamente para a almejada mudança do modelo tecnoassistencial.

Referências

ALBUQUERQUE, F. J. B.; COELHO, J. A. P. M.; VASCONCELOS, T. C. As políticas públicas e os projetos de assentamento. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 81-88, 2004.

ALMEIDA, C. H. et al. A pesquisa científica na saúde: uma análise sobre a participação de populações vulneráveis. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 104-111, 2010.

ALMEIDA, K. S. **Urbanização e modos de vida**: debate sobre determinação social da saúde. 2015. 188 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

BARROS, S.; CAMPOS, P. F. S.; FERNANDES, J. J. S. (Orgs.). **Atenção à saúde das populações vulneráveis**. Barueri: Editora Manole, 2014.

BERGAMASCO, S. M. P.; NORDER, L. A. **O que são assentamentos rurais**. São Paulo: Brasiliense, 1996.

BOSI, M. L. M.; MACEDO, M. A. Anotações sobre a análise crítica de discurso em pesquisas qualitativas no campo da saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 14, n. 4, p. 423-432, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, 2013. n. 34.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 dez. 2011. Seção 1, p. 93.

_____. Ministério do Desenvolvimento Agrário. **II Plano Nacional de Reforma Agrária: paz, produção e qualidade de vida no meio rural**. Brasília, 2004.

BUDÓ, M. D. L. D.; SAUPE, R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 177-85, 2005.

CARNEIRO, F. F. et al. Saúde de famílias do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra e de bóias-frias, Brasil, 2005. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 757-63, 2008.

CARTIER, R. et al. Vulnerabilidade social e risco ambiental: uma abordagem metodológica para avaliação de injustiça ambiental. **Cadernos Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2695-2704, 2009.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. p. 117-130.

CIRILO NETO, M. **Cuidado psicossocial em saúde mental: estudo em assentamentos rurais do Rio Grande do Norte**. 2016. 173 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES DA AGRICULTURA – CONTAG. **Relatório da escuta itinerante: acesso dos povos do campo e da floresta ao SUS**. Brasília: Departamento de Ouvidoria Geral do SUS; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Ministério da Saúde, 2013.

COSTA, M, G. S. G.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F. Estratégias de cuidado e suporte em Saúde Mental entre mulheres assentadas. **Revista Colombiana de Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 13-29, 2015.

COSTA, M. G. S. G.; DIMENSTEIN, M. D. B.; LEITE, J. F. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. **Estudos de Psicologia**, v. 19, n. 2, p. 145-154, 2014.

DANTAS, C. M. B. **A ação do psicólogo no cotidiano da assistência social**: “interiorização da profissão” e combate à pobreza. 2013. 320 f. Tese (Doutorado em Psicologia, Sociedade e Qualidade de Vida) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

DIMENSTEIN, M. et al. Condições de vida e saúde mental em assentamentos de reforma agrária no Nordeste brasileiro. In: SANTANA, P.; NOSSA, P. (Coords.). **A Geografia da Saúde no cruzamento de saberes**. Coimbra: Grupo de Investigação em Geografia da Saúde; CEGOT, 2014.

DUARTE, L. F. O nervosismo como categoria nosográfica no início do século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 17, n. 2, p. 313-326, 2010.

DUTRA, E.; ROEHE, V. M. Suicídio de agricultores no Rio Grande do Norte: compreensão fenomenológica preliminar dos aspectos existenciais. **Psicologia em Revista**, v. 19, n. 1, p. 108-118, 2013.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS. **Cuidados em Saúde Mental**: diálogos entre o MST e o SUS. Belo Horizonte: ESP, 2014.

ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Política Social. **Rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental grave**. Pautas de intervención en el domicilio y programas para contextos rurales. Castilla-La Mancha: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2011.

GOLBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders**: a bio-social model. London; New York: Tavistock; Routledge, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Agropecuário**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/agropecuaria/censoagro/>>. Acesso em: 3 mar. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA – INCRA. **Painel dos assentamentos**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://painel.incra.gov.br/sistemas/index.php>>. Acesso em: 4 abr. 2015.

_____. **Reforma Agrária:** pesquisa sobre a qualidade de vida, produção e renda dos assentamentos da reforma agrária. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2010. Relatório de pesquisa.

KAGEYAMA, A.; HOFFMANN, R. Pobreza no Brasil: uma perspectiva multidimensional. **Economia e Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 79-112, 2006.

LARA, M. O.; BRITO, M. J. M.; REZENDE, L. C. Aspectos culturais das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em áreas rurais. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 46, n. 3, p. 673-680, 2012.

LEITE, S. et al. **Impacto dos assentamentos:** um estudo sobre o meio rural brasileiro. São Paulo: Ed. Unesp, 2004.

LIMA, K. K. S.; LOPES, P. F. M. A qualidade socioambiental em assentamentos rurais do Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciência Rural**, v. 42, n. 12, p. 2295-2300, 2012.

LOUREIRO, A.; COSTA, C.; SANTANA, P. Determinantes contextuais da saúde mental. In: DIMENSTEIN, M. et al. (Orgs.). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais.** São Paulo: Intermeios, 2016. p. 73-93.

MARAGNO, T. M. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, 2006.

MEDEIROS, L. S.; LEITE, S. (Orgs.). **Assentamentos rurais:** mudança social e dinâmica regional. Rio de Janeiro: Mauad Ed. 2004.

_____. **A formação dos assentamentos rurais no Brasil:** processos sociais e políticas públicas. Porto Alegre; Rio de Janeiro: Ed. UFRGS; CPDA, 1999.

MEHRY, E. L. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T. B.; MEHRY, E. M. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividades em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2013. p. 19-67.

MELLO, J. **A inclusão produtiva rural no Brasil sem miséria:** o desafio da superação da pobreza no campo. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2015. Caderno de Estudos de Desenvolvimento Social em Debate.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: a pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1994.

MOREIRA, J. K. P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 60, n. 3, p. 221-226, 2011.

OLIVEIRA, E. M. et al. Determinantes sócio históricos do cuidado na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva de usuários da área rural. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 901-913, 2015.

OLIVEIRA, L. Z. et al. Ações da política de desenvolvimento territorial para superar a pobreza rural: estudo de caso no território Meio Oeste Contestado (SC). **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Territorial**, v. 11, n. 1, p. 323-348, 2015.

PAIVA, V. S. F. Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial? Inovações do campo no contexto da resposta brasileira à AIDS. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 531-549, 2013.

PINHEIRO, T. M. et al. Saúde no campo. In: MIRANDA, A. (Coord.). **Cadernos de textos**. Brasília: ABRASCO, 2009. p. 25-29. Publicação resultante da Conferência Nacional de Saúde Ambiental.

ROCHA, S. Pobreza e indigência no Brasil: algumas evidências empíricas com base na PNAD 2004. **Nova Economia**, v. 16, n. 5, p. 265-299, 2006.

ROSA, L. C. S.; BELFORT, C. C. Respostas do SUS e do SUAS às demandas das populações rurais na perspectiva do cuidado psicossocial. In: DIMENSTEIN, M. et al. (Orgs.). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016. p. 353-368.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SCOPINHO, R. A. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, Suplemento 1, p. 1575-1584, 2010.

SILVA, M. et al. Condições de vida no meio rural: iniquidades sociais e saúde mental. In: DIMENSTEIN, M. et al. (Orgs.). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016. p. 195-220.

SILVA, V. H. F.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. **Mental**, v. 10, n. 19, p. 267-285, 2013.

SOARES, D. O sonho de Rose: políticas de saúde pública em assentamentos rurais. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, p. 57-73, 2006.

SOARES, R. A. S. **Caracterização da população do campo, floresta e águas**: quem são, como vivem e de quê adoecem. Brasília: UnB, 2014.

TORQUATO, J. et al. Aspectos metodológicos da pesquisa em contextos rurais. In: DIMENSTEIN, M. et al. (Orgs.). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016. p. 141-171.

XIMENES, V. M.; CAMURÇA, C. E. S. Novos cenários da pobreza e da seca na zona rural nordestina: suas implicações na saúde mental. In: DIMENSTEIN, M. et al. (Orgs.). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016. p. 175-193.

WANDERLEY, M. N. B. A ruralidade no Brasil moderno: por um pacto social pelo desenvolvimento rural. In: GIACARRA, N. (Org.). **Una nueva ruralidade en America Latina?** Buenos Aires: CLACSO, 2001. p. 31-44.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The world health report 2001**. Mental health: new understanding, new Hope. Geneva: WHO Press, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários**: uma perspectiva global. Geneva: WHO Press, 2008.

TRAVESTIS, MULHERES E HOMENS TRANSEXUAIS NAS UNIDADES DE SAÚDE EM CURITIBA, PARANÁ: UMA LEITURA CRÍTICA A PARTIR DA INTERDIÇÃO ESPACIAL

Ramon de Oliveira Bieco Braga
Marcio José Ornat

Ao analisar a vivência do ser humano no espaço geográfico, Di Méo e Buléon (2005) compreendem que existe uma tríade relação entre sujeito-espaço-sociedade, e essas condicionantes se autoinfluenciam. É o espaço que intermedeia a interação entre sujeito e sociedade. Da mesma forma, Braga (2007) afirma que as interações sociais existem com base no espaço geográfico.

Assim, de acordo com Di Méo e Buléon (2005), cada pessoa toma consciência de si como pessoa livre na sua relação com o espaço geográfico, sobretudo com determinados locais, que posteriormente irão se consolidar no espaço vivido. As pessoas se apropriam de discrepantes espaços que exigem representações singulares, em espaços abertos ou fechados, públicos ou privados etc.

Portanto, as travestis, os homens e as mulheres transexuais se apropriam do mesmo espaço que a população heterossexual, pois frequentam os mesmos supermercados, restaurantes, ambientes de trabalho e, sobretudo, os espaços formais de saúde.

Diante do exposto, por se tratar de pessoas que não correspondem à orientação heteronormativa da sociedade, são seres abjetos (BUTLER, 1993), hostilizados verbalmente e fisicamente nos espaços públicos e privados, considerados como “corpos que não importam”.

As hostilizações são ações de outros sujeitos que discriminam a população travesti e transexual, por meio de acusações preconceituosas, piadas vexaminosas, bem como com violência verbal ou física. Essa população é vulnerável “[...] quanto ao atendimento de seus direitos humanos, incluindo o acesso aos serviços públicos de saúde” (CARDOSO; FERRO,

2012, p. 553). Isto é, os espaços formais que ofertam os serviços de saúde, pois são discriminadas por outros usuários e, em alguns casos, sofrem com a discriminação oriunda dos e das profissionais que trabalham nos espaços formais.

Paradoxalmente, essas mesmas pessoas estão presentes nas políticas públicas de saúde, por serem consideradas um grupo social vulnerável, cuja vulnerabilidade é evidenciada pelo relatório anual dos assassinatos LGBT no Brasil, elaborado pelo Grupo Gay da Bahia (GGB, 2017), o qual evidenciou que 42% dos assassinatos de pessoas LGBT são de travestis e transexuais.

Diante da problemática exposta, a presente reflexão objetiva compreender quais são os fatores que interferem no acesso de travestis e transexuais nos espaços formais de saúde, em Curitiba, Paraná, considerando a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) (BRASIL, 2010).

O referencial empírico dessa discussão tem como fonte primária os resultados da realização de entrevistas com um travesti, duas mulheres transexuais e três homens transexuais, entre os meses de setembro e outubro de 2016, mediante a aplicação de um questionário semiestruturado *on-line*, pela plataforma Google Formulário, que foi divulgado via e-mail, conforme a técnica de amostragem *Snowball*.

A técnica de amostragem *Snowball* (bola de neve) considera a rede de contatos sociais de um indivíduo, pois, segundo Albuquerque (2009, p. 12), “[...] cada participante da amostra recebe um número limitado (previamente definido pelos pesquisadores) de convites e é estimulado a trazer os próximos participantes que farão parte da amostra, através da entrega desses convites”.

De acordo com Goodman (1961), a técnica *snowball* se inicia quando o pesquisador lança as “sementes” — os primeiros entrevistados — que indicam para o pesquisador outros sujeitos conhecidos, denominados por “frutos”.

O pesquisador pode identificar um — ou mais de um — sujeito semente, e, conforme Albuquerque (2009), essa técnica é viável quando

o grupo social é de difícil acesso, estimando desse modo que um sujeito apresenta grande potencial em conhecer outro sujeito do mesmo grupo.

Desse modo, foi identificado um homem transexual que frequenta a ONG Transgrupo Marcela Prado, em Curitiba, Paraná, convidado a participar da pesquisa, respondendo ao questionário *online*. Foi solicitado também que ele enviasse o *link* para outros(as) conhecidos(as), para que também respondessem a pesquisa. Dessa forma, obteve-se a amostra de seis entrevistas, cujas identidades permanecem em sigilo, a fim de não expor as(os) entrevistadas(os).

Considerações sobre gênero e vivência espacial

Conforme Butler (2005), a identidade de gênero deve ser compreendida de acordo com as categorias que tangenciam o espaço e o tempo, pois ser homem e mulher no Ocidente é diferente de ser homem e mulher no Oriente — a mesma comparação é válida entre os anos, décadas ou séculos. Portanto, como pode ser observado no Ocidente, cuja organização social está orientada pela heteronormatividade, as práticas sociais normatizam quais são as atividades mais adequadas para homens e mulheres, e os indivíduos dissidentes são considerados como abjetos sociais, pois seus corpos não correspondem à ordem binária.

Muitos fatores construídos socialmente normatizam a espacialidade do gênero e suas interações, como, por exemplo, a religião, a política, a economia e a organização do Estado. Assim, observa-se que a geografia de gênero tem uma interface na inter-relação da geografia humana com as dimensões política, cultural e econômica (RODRÍGUEZ; GUIMARÃES, 2013).

O contexto político torna-se presente a partir do momento em que existe a presença de um Estado que legitima a existência dos corpos, mediante a documentação legal. Nos casos dos sujeitos que não correspondem ao binarismo, o Estado possibilita o processo de transexualização, permitindo o uso do nome social ou a mudança do nome nos documentos oficiais (RODRÍGUEZ; GUIMARÃES, 2013).

Os mesmos autores ainda afirmam que a cultura é também um importante fator na compreensão do gênero, pois, como visto nesta reflexão, tanto no Chile como no Brasil, os sujeitos dissidentes do sexo binário não são bem recebidos nos espaços públicos. Portanto, as travestis e as pessoas transexuais são vulneráveis socialmente e não toleradas pelas pessoas que não aceitam essas vivências sociais.

No que concerne à Geografia Econômica, segundo Rodríguez e Guimarães (2013), o gênero é uma categoria imperativa para a reprodução da mão-de-obra, pois os casais heterossexuais possuem filhos para renovar a capacidade trabalhadora no sistema capitalista.

Foucault (1998) compreende esse fenômeno — ratificar a heterossexualidade — como uma estratégia da sociedade, tornando-a algo naturalmente aceita e exortando a sociedade a repudiar os comportamentos que não são binários. Como evidenciado nas palavras de Rodríguez e Guimarães (2013, p. 362-363, tradução nossa):

Nesse sentido, o discurso hegemônico é predominante nas sociedades nas quais é fundamental reproduzir o capitalismo, e a ideia de família com um pai provedor, uma mulher submissa, dona de casa, e dois filhos configura a imagem fiel do capitalismo e da heterossexualidade social.

Assim sendo, segundo Silva, Ornat e Chimin Junior (2013), os espaços são culturalmente elaborados sob uma norma hegemônica relacionada à heteronormatividade, que legitima o discurso, os corpos e, desse modo, a identidade de gênero. Da mesma forma, conforme Ornat (2013), o ser humano possui uma identidade de gênero que é vivenciada constantemente de diferentes formas, em discrepantes escalas e espaços, pois todo corpo consome espaço e cada indivíduo se relaciona de forma subjetiva por meio do espaço, que pode ser material ou imaterial. O relacionamento e a interação intersubjetiva entre diferentes indivíduos constroem e modificam o espaço. Como analisado nas palavras de Silva, Ornat e Chimin Junior (2013, p. 87-88):

Os corpos são materiais, possuem forma e tamanho e, inegavelmente, “ocupam” um espaço físico. Por meio de ações, os corpos produzem mercadorias. Sendo assim, estados corpóreos, como saúde, doença, força física, capacidade reprodutiva e habilidades manuais, são elementos de intensa associação entre o corpo e a sociedade e, portanto, o espaço.

Nesse contexto, Buttimer (1986) afirma que o espaço é construído socialmente pelos seus frequentadores, os quais, por sua vez, transitam por discrepantes espaços. Por outra direção, Scott (1995) argumenta que o gênero constitui uma dimensão decisiva da organização da igualdade e da desigualdade. A oposição binária e o processo social das relações de gênero tornam-se, ambos, partes do sentido próprio de poder.

Segundo Butler (2007), as travestis não são corpos abjetos (corpos que não importam) dentro de uma convenção de lésbicas, gays, bissexuais e trans, mas são corpos abjetos dentro de uma igreja, de uma escola ou de uma unidade de saúde. A autora não adjetiva um grupo como abjeto. Pelo contrário, preocupa-se em tornar inteligível o processo da abjeção dos corpos, pois o gênero é uma categoria elaborada por culturas que definem o que é ser homem ou mulher, excluindo os corpos abjetos que não se encaixam entre esses gêneros binários.

Se o sexo for considerado sob a ótica binária, os homens representam aquilo que é masculino e as mulheres o que é feminino, com suas características correspondentes. Todavia, como afirma Butler (2016), não há razão para supor que os gêneros devam permanecer em número de dois, bem como não existe razão para supor que a orientação sexual heterossexual seja homogênea na sociedade — sobretudo, que todo homem masculino deve possuir todas as características atribuídas socialmente e ser heterossexual.

Diante do exposto, a vulnerabilidade social e espacial das travestis e pessoas transexuais é evidenciada pela não representação social e espacial de nenhum gênero binário (mulher ou homem), bem como pela não correspondência às regras heteronormativas da sociedade.

Vulnerabilidade social e a interdição espacial nas unidades de saúde em Curitiba, Paraná

A pesquisa realizada por Silva (2013) afirma que existe uma interdição espacial na vivência das travestis, pois essas pessoas não são bem recebidas nos espaços formais de saúde, sobretudo nas unidades básicas e complexas como hospitais. Segundo a mesma autora, elas são mal atendidas pelos profissionais de saúde e discriminadas pelos outros pacientes.

Desse modo, muitas travestis e transexuais evitam os espaços formais de saúde e, em alguns casos, estes são considerados como o último espaço de socorro. Cabral et al. (2012) evidenciam que, nos casos de ferimento físico, essas pessoas realizam o autocuidado nas suas residências e algumas tratam as lesões com o auxílio de alguma amiga. Tudo para evitar constrangimento social nos espaços formais de saúde.

O constrangimento social ocorre quando elas escutam ofensas proferidas por outras pessoas, sobretudo homens, que as ameaçam e as agredem com os verbetes “traveco tem que apanhar, lá vai o viadinho/travecão” (ORNAT, 2013). Essas ofensas ocorrem nos espaços privados e públicos e ratificam a interdição espacial nos pontos de ônibus, nas ruas e praças, bem como danceterias, supermercados, farmácias e delegacias (SILVA, 2013; CABRAL et al., 2012).

Os espaços interditos não possuem avisos sobre a proibição da entrada e, para Silva (2013), tais espaços provam sua existência apenas pela presença dos sujeitos que ratificam, nas expressões de olhares e pela oratória, quais são as pessoas bem-vindas nos espaços e quais não são, bem como apontam no discurso os motivos que justificam o porquê de determinados sujeitos não serem bem-vindos ali.

Assim sendo, as travestis e transexuais apresentam-se vulneráveis no acesso aos serviços sociais, sobretudo à saúde, pois são discriminadas pelas pessoas que frequentam e trabalham nesses espaços.

Salienta-se que o espaço vivenciado pelas travestis e transexuais possui um discurso que não é inteligível pela sociedade heteronormativa e que, para Foucault (1996), é o discurso heteronormativo que normatiza o que é apropriado e inapropriado. Nessa direção, como tratado por Silva (2013, p. 158):

As travestis são impedidas de estar em determinados lugares. Isso pode ocorrer de maneira sutil, por meio de constrangimentos, como olhares acusatórios, sorrisos de deboche e humilhação ou atos de rejeição ou exclusão explícita que culminam na sua expulsão de determinados locais. Todas estas ações fazem parte do discurso instituído pela sociedade heteronormativa que expressa a sua ordem espacial, e todos aqueles que não fazem parte da trama discursiva devem sofrer as sanções sociais.

Diante do exposto, é imperativo reconhecer algumas características sociais das pessoas entrevistadas, como, por exemplo, identidade de gênero, município de residência, faixa etária e relacionamento amoroso, pois essas características dialogam com a vivência espacial dessas pessoas. Com base na imaginação geográfica proporcionada pelas argumentações de Souza (2008), compreendemos que há uma vinculação entre lógica locacional/organização espacial e relações sociais.

Observa-se que a maioria das pessoas entrevistadas que aceitaram participar da pesquisa reside em Curitiba, capital do estado do Paraná, e, no que concerne ao relacionamento amoroso, duas pessoas são casadas, duas pessoas são solteiras e duas namoram, conforme apresenta a Tabela 1, a seguir:

Tabela 1 – Identidade de gênero, município de residência, faixa etária e relacionamento amoroso das pessoas entrevistadas.

Identificação	Identidade de gênero	Município de residência	Faixa etária (idade)	Relacionamento amoroso
Mulher Trans 1	Mulher Trans	Curitiba	41 – 45	Solteira
Mulher Trans 2	Mulher Trans	Lapa	31 – 35	Casada
Homem Trans 1	Homem Trans	Curitiba	< 20	Namorando
Homem Trans 2	Homem Trans	Curitiba	20 – 25	Casado
Homem Trans 3	Homem Trans	Curitiba	20 – 25	Namorando
Travesti	Travesti	Curitiba	20 – 25	Solteira

Fonte: Os autores.

É imperativo ainda considerar outras condicionantes sociais, como a religião, a escolaridade e a área de atuação profissional das pessoas, pois o

espaço social é constituído com base nas relações sociais, e os espaços que as travestis e transexuais frequentam exortam comportamentos interpessoais que influenciam no estado de saúde/doença delas.

De acordo com a Tabela 2, três pessoas são cristãs, embora não tenham o hábito de praticar a religião mais de uma hora por semana. Contudo, duas pessoas responderam que praticam a religião candomblé (4h/semana) e a umbanda (2h/semana).

Tabela 2 – Religião das pessoas entrevistadas e a quantidade de horas por semana que praticam.

Identificação	Religião	H/Semana que pratica
Mulher Trans 1	Cristianismo	1
Mulher Trans 2	Candomblé	4
Homem Trans 1	Cristianismo	1
Homem Trans 2	Umbanda	2
Homem Trans 3	Outra	0
Travesti	Cristianismo	0

Fonte: Os autores.

Em relação ao cristianismo, na capital paranaense existem quatro igrejas²¹ voltadas à população LGBT, e a maioria localiza-se no Centro. Assim sendo, nesses espaços, as/os frequentadoras/es podem praticar a religião sem o receio de serem expulsas da igreja, bem como de serem mal tratadas/os devido à identidade de gênero.

Compreendendo que o espaço produz condições favoráveis para o estado de saúde/doença, torna-se relevante destacar, conforme demonstra a Tabela 3, que a maioria das entrevistadas não possui ensino superior. Portanto, as opções nas áreas profissionais são reduzidas.

²¹ As igrejas inclusivas são Comunidade Cristã Abrace-me, no bairro Portão, Cidade de Refúgio, Comunhão Cristã Plena Graça e a Arena Apostólica Church, localizadas no bairro Centro. Existem também as igrejas não inclusivas, mas que acolhem e recebem bem as pessoas LGBT. São elas: Caminho da Graça, localizada no bairro Boqueirão, Igreja do Armazém, localizada no bairro Centro, e Igreja Episcopal Anglicana, no bairro Centro.

Tabela 3 – Escolaridade (maior nível) das pessoas entrevistadas, tipo de instituição e tempo de conclusão ou interrupção.

Identificação	Escolaridade (maior nível)	Regime jurídico institucional	Tempo de conclusão ou interrupção
Mulher Trans 1	Graduação incompleta	Particular	6 - 10 Anos
Mulher Trans 2	Especialização	Particular	6 - 10 Anos
Homem Trans 1	E. técnico	Pública	1 - 5 Anos
Homem Trans 2	E. fundamental incompleto	Não respondeu	6 - 10 Anos
Homem Trans 3	E. médio incompleto	Pública	Não respondeu
Travesti	E. médio incompleto	Pública	6 - 10 Anos

Fonte: Os autores.

A situação de doença dessa população é ratificada por um estudo desenvolvido por Arán, Zaidhaft e Murta (2008), que indica que, quando as travestis não conseguem arrumar um emprego e sofrem discriminação nas instituições de ensino, elas se sentem deprimidas, apresentam transtornos alimentares e algumas tentam suicídio.

Portanto, para muitas meninas, a única possibilidade de sobrevivência é a prostituição, conforme relatado por Lee (2013, p. 28), “[...] depois de ser expulsa de casa, eu não iria matar, eu não iria roubar, eu não iria vender drogas. Minha escolha foi vender meu corpo [...]”. Sampaio (2008) afirma que muitas travestis migram para as metrópoles em busca de técnicas que moldam os corpos, além de buscarem melhores rendimentos no mercado do sexo, podendo chegar a R\$ 200,00/hora²², devido à alta procura nos grandes centros urbanos. A mesma autora (SAMPAIO, 2008) ainda argumenta que a prostituição é, para muitas meninas, a única fonte de renda, e que a baixa escolaridade também dificulta o acesso ao mercado formal de trabalho.

Nesse contexto, de acordo com a Tabela 4, além da prostituição, as áreas de atuação para a maioria das pessoas com baixa escolaridade é o

²² Disponível em: <<http://todasua.com.br/travestis-curitiba>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

trabalho de auxiliar nas áreas de administração, telemarketing, vendas e cobranças.

Tabela 4 – Área e tempo de profissão das pessoas entrevistadas.

Identificação	Área profissional	Tempo de profissão
Mulher Trans 1	Aux. Administração	16 – 20 Anos
Mulher Trans 2	Educação	6 – 10 Anos
Homem Trans 1	Aux. Cobrança	1 – 5 Anos
Homem Trans 2	Aux. Vendas	1 – 5 Anos
Homem Trans 3	Aux. Vendas	< 1 Ano
Travesti	Prostituição	1 – 5 Anos

Fonte: Os autores.

Existem poucas meninas que ascendem socialmente mediante a conquista de um diploma ou certificado de conclusão de curso técnico, bem como obtenham a aprovação em um concurso público, ou possuam plano de saúde particular etc. (CABRAL et al., 2012). Muitas delas (a maioria) são socialmente mais vulneráveis, pois são tidas como seres abjetos, excluídas socialmente dos serviços básicos de educação, saúde e segurança. São violentadas e assassinadas pela sociedade heteronormativa que não lhes dá voz, excluindo-as das estatísticas oficiais, como ocorre, por exemplo, no Sistema Único de Saúde (SUS).

As travestis e transexuais nos espaços de saúde

Cardoso e Ferro (2012) compreendem que, nos espaços formais de saúde, a transexualidade não é bem vista pelos profissionais, pois existe um postulado médico que, segundo Arán (2006, p. 49), a reconhece como um “[...] transtorno de identidade devido a não conformidade entre a relação binária sexo e gênero e também pode ser vista como uma psicose, já que a transexual apresenta uma suposta recusa da diferença sexual”. Portanto, as transexuais apresentam vulnerabilidade ao acessar os espaços formais de saúde, onde já são tratadas como doentes.

Todavia, embora exista o contexto exposto anteriormente, Cardoso e Ferro (2012) argumentam que muitas transexuais buscam os espaços formais de saúde para realizar a cirurgia de transgenitalização, bem como cirurgias plásticas para a colocação de silicone em seus corpos e, em alguns casos, para diminuir a largura do nariz, conforme constatado nas entrevistas realizadas para esta pesquisa.

Nesse caso, todas as pessoas entrevistadas relataram que planejam realizar alguma cirurgia plástica no futuro; três já realizaram o implante de silicone nos seios.

De acordo com Riquelme (2013), muitas travestis não são atendidas nos espaços formais de saúde simplesmente por serem travestis. A autora argumenta que já teve uma amiga que faleceu devido a complicações resultantes de um acidente de carro, pois nenhum hospital em Ponta Grossa, no Paraná, aceitou atendê-la.

Diante do exposto, todas as entrevistas realizadas apontaram para a situação de receio das travestis e transexuais em buscarem atendimento nos espaços formais de saúde, pois são discriminadas, mal atendidas e violentadas verbalmente por outros usuários. O mesmo acontece com o processo de transformação corporal, pois muitas travestis não conseguem realizar consultas médicas ou ter acompanhamento médico para tomarem hormônios, a fim de modelar o corpo para o ideal de feminilidade desejado.

Segundo Riquelme (2013), quando a cafetina²³ gosta da travesti, ela a leva à “bombadeira”, compra hormônios clandestinos e ajuda a travesti a se “montar” com roupas e maquiagem. Isso gera uma dívida da travesti com a cafetina e a travesti só pode sair da casa dela, após quitar a

²³ O termo jurídico relacionado à cafetinagem refere-se ao “lenocínio”, ou seja, a prática da exploração sexual, de qualquer forma, havendo relação direta ou indireta com o retorno econômico da prostituição (Código Penal, Capítulo VI – Do Lenocínio e do Tráfico de Pessoa para fim de Prostituição ou outra Forma de Exploração Sexual). No conjunto de artigos que compõem tal legislação, a atividade das pessoas que se autodenominam como “proprietárias de pensões” envolve a prática de todos ou, pelo menos, de considerável conjunto dessas contravenções. Entretanto, tais práticas se estabelecem a partir de redes de pessoalidade, colocando-se como uma estratégia de sobrevivência das travestis, tendo em vista todos os processos de exclusão e interdição social e espacial aqui apontados. São essas relações de ilegalidade que possibilitam a sobrevivência das travestis e mulheres trans.

dívida. Essa situação está relacionada à dificuldade de acesso de travestis e mulheres trans aos espaços de saúde, como também afirmam Cardoso e Ferro (2012, p. 561):

Diante da dificuldade ao acesso a um tratamento de readequação corporal seguro, as travestis ficam à mercê do uso indiscriminado de hormônios e das *bombadeiras*, termo utilizado para a rede ilegal de pessoas que oferecem a essa população o serviço de modificações corporais através da aplicação de silicone industrial. (Grifo do autor).

Com base nas entrevistas realizadas, foi possível compreender que as travestis e transexuais evitam ir aos espaços formais de saúde devido aos fatores social, econômico e cultural, que são considerados como determinantes da saúde pela Política Integral de Saúde da população LGBT (BRASIL, 2010).

O fator social torna-se inteligível na discriminação que as travestis e pessoas trans vivenciam, pois muitas evitam sair na rua durante o dia. De acordo com Ornat (2011), as travestis se sentem receosas de serem afrontadas por sujeitos heterossexuais que as ofenderão com olhares “de canto”, piadas de mal gosto e poderão até violentá-las fisicamente.

O fator econômico se torna presente na realidade financeira das travestis e pessoas trans, pois muitas não possuem uma renda regular, por não serem contratadas pelos comerciantes devido à discriminação e por muitas não possuírem um curso profissionalizante. Como a prostituição é para muitas o único caminho para conseguir dinheiro, a renda obtida nos programas fica comprometida para pagamento de dívidas da diária da pensão ou do aluguel da moradia, além de contabilizar a alimentação, a vestimenta e a mobilidade pelas e entre as cidades.

O terceiro fator que interfere na busca pelos espaços formais de saúde é o cultural, pois no Brasil existe a transfobia, por parte de uma expressiva parcela da população, que considera os corpos das travestis e transexuais como abjetos. A intolerância é visualizada nos fatores sociais e econômicos. É cultural no país a invisibilidade das travestis e transexuais

nas universidades, no setor terciário econômico, bem como nos dados estatísticos do Sistema Único de Saúde, sobretudo o DataSUS, que quantifica os casos de doenças e óbitos, considerando os gêneros binários homens e mulheres.

Segundo uma transexual entrevistada, dificilmente uma pessoa trans será contratada para o cargo de vendedora, gerente de loja ou assistente de operação, pois o empregador possui o pré-conceito de que a imagem de seu negócio poderá ser afetada por ter uma transexual ou travesti como funcionária.

Todavia, é no setor público que as transexuais possuem mais chances de efetivarem uma vaga de emprego, pois a aprovação ocorre por meio de processo seletivo de concurso público e, de acordo com duas entrevistadas, embora sejam poucas travestis e transexuais que consigam obter a aprovação, elas ainda sofrem no exercício de suas profissões com as piadas vexaminosas de colegas e a discriminação por parte da população.

Considerações finais

A inteligibilidade da vulnerabilidade social e espacial das travestis e transexuais denota três pilares: a) a aversão social, uma vez que muitas meninas possuem receio de interagir socialmente porque não tiveram experiências afetivas, sendo comum o relato de discriminação; b) o medo da violência nos espaços públicos/abertos/fechados. Por saberem que dificilmente serão defendidas em caso de violência nos espaços públicos, elas fingem que não escutam piadinhas vexaminosas e correm quando percebem o risco de serem agredidas (principalmente nas ruas e praças públicas durante a noite); e c) a interdição espacial ou a não existência de placas com os dizeres “proibida a entrada de travestis/transexuais”. Contudo, existem os maus tratos, a discriminação, os olhares “de canto” e os cochichos que tornam o ambiente desagradável às meninas.

Conclui-se, portanto, que os fatores sociais, culturais e econômicos interferem no acesso das travestis e transexuais aos espaços formais de saúde, pois a maioria delas são excluídas do seio familiar e do espaço

escolar, simplesmente por possuírem uma identidade de gênero dissidente da heteronormatividade.

Essas exclusões levam as travestis e transexuais a viverem em condições precárias, pois não possuem uma alimentação balanceada, têm dificuldade em conseguir um emprego e, conseqüentemente, de manter uma renda fixa suficiente para pagar por moradia, alimentação, vestimenta e algum curso profissionalizante.

Embora o Estado oferte a educação básica gratuita, as travestis e transexuais não são bem recebidas nesses espaços, pois são tidas como corpos abjetos. São maltratadas, violentadas e humilhadas por colegas de classe e, geralmente, conforme evidenciado na presente pesquisa, não possuem apoio familiar.

O mesmo ocorre nos espaços formais de saúde. São maltratadas e humilhadas por outros usuários, bem como por profissionais deste setor. Assim sendo, as travestis e trans buscam por serviços de saúde nos espaços informais, colocando sua própria saúde em risco.

O acesso aos espaços informais ocorre mediante a indicação de pessoas que conhecem uma “bombadeira”. A pesquisa constatou que existe uma lacuna quanto ao conhecimento dos espaços informais. É um assunto sobre o qual nenhuma travesti e transexual quer falar, pois temem punições do poder público e hostilizações de outras travestis e transexuais.

Diante do exposto, a saúde não deve ser entendida somente pela ótica da ausência de doença, mas deve considerar todo o contexto cultural, social e econômico das pessoas. As travestis e transexuais são os grupos mais vulneráveis entre as LGBT, conforme indica a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2010).

Os espaços não são vivenciados da mesma forma por travestis e transexuais, pois a pesquisa sugere que os espaços as adoecem, devido aos fatores apontados. Desse modo, existe um horizonte para que futuras pesquisas possam se debruçar para tornar inteligível essa proposta.

Referências

ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de doenças transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

ARÁN, M. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. **Ágora**, Rio de Janeiro, n. 9, v. 1, p. 49-63, 2006.

ARÁN, M.; ZAIDHAFT, S.; MURTA, D. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, n. 20, v. 1, p. 70-79, 2008.

BARBOSA, F. A.; PEREIRA, M. C. **Minidicionário Luft**. São Paulo: Ática, 2000.

BRAGA, R. M. O espaço geográfico: um esforço de definição. **GEOUSP: Espaço e Tempo**, São Paulo, n. 22, p. 64-72, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 570-573, 2008. Informe Técnico Institucional.

BOULEVARD, G. Vida de travesti é luta! Luta contra a morte, luta contra o preconceito, luta pela sobrevivência e luta por espaço. In: SILVA, J. M.; ORNAT, M. J.; CHIMIN JUNIOR, A. B. (Orgs.). **Geografias malditas: corpos, sexualidades e espaços**. Ponta Grossa: Toda Palavra, 2013. p. 69-81.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2016.

_____. **El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad**. Barcelona: Paidós, 2007.

_____. **Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del ‘sexo’**. Buenos Aires: Paidós, 2005.

_____. **Bodies that matter**: on the discursive limits of “sex”. London: Routledge, 1993.

BUTTIMER, A. O espaço social numa perspectiva interdisciplinar. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. (Orgs.). **O espaço interdisciplinar**. São Paulo: Nobel, 1986. p. 65-81.

CABRAL, V. et al. Espaço, abjeção e morte na experiência travesti. In: SEMANA DE GEOGRAFIA, 2012, Ponta Grossa. **Anais...** Ponta Grossa: UEPG, 2012. Disponível em: <http://www.pitangui.uepg.br/eventos/semanadegeografia/_PDFs/Trabalho%2022.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2016.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia: ciência e profissão**, n. 32, v. 3, p. 552-563, 2012.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 26, p. 725-737, 2010.

DI MÉO, G.; BULÉON, P. **L'espace social**: Lecture géographique des sociétés. Paris: Armand Colin, 2005.

DONABEDIAN, A. **Los espacios de la salud**: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Biblioteca de la Salud, 1988.

DUNCAN, J. **The city as text**: the politics of landscape interpretation in the Kandy Kingdom. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

FOUCAULT, M. **Historia de la sexualidad I**: la voluntad de saber. Argentina: Editora Siglo XXI, 1998.

_____. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 02/12/1970. São Paulo: Loyola, 1996.

GOODMAN, L. Snowball sampling. **Annals of Mathematical Statistics**, New York, n. 1, v. 32, p. 148-170, 1961.

GRUPO GAY DA BAHIA – GGB. **Relatório anual dos assassinatos de LGBT no Brasil**. Salvador, 2017. Disponível em: <<https://homofobiamata.files.wordpress.com/2017/01/relatc3b3rio-2016-ps.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

LEE, D. A geografia de uma travesti é uma barra, é matar um leão a cada dia. In: SILVA, J. M.; ORNAT, M. J.; CHIMIN JUNIOR, A. B. (Orgs.). **Geografias malditas**: corpos, sexualidades e espaços. Ponta Grossa: Toda Palavra, 2013. p. 27-38.

LOURO, G. L. **Um corpo estranho**: ensaios sobre sexualidade e a teoria Queer. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

MARQUES, M. A. P. Saúde e bem-estar social. In: ANDRADE, A.; PINTO, S. C.; OLIVEIRA, R. S. (Orgs.). **Animais de laboratório**: criação e experimentação. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 369-373.

NIKARATY, L. O que mais me marcou na vida é ser barrada e não poder entrar nos lugares: esta é a geografia de uma travesti. In: SILVA, J. M.; ORNAT, M. J.; CHIMIN JUNIOR, A. B. (Orgs.). **Geografias malditas**: corpos, sexualidades e espaços. Ponta Grossa: Toda Palavra, 2013. p. 39-54.

ORNAT, M. J. A instituição do território paradoxal na atividade da prostituição travesti. In: SILVA, J. M.; ORNAT, M. J.; CHIMIN JUNIOR, A. B. (Orgs.). **Geografias malditas**: corpos, sexualidades e espaços. Ponta Grossa: Toda Palavra, 2013. p. 183-206.

ORNAT, M. J. **Território descontínuo e multiterritorialidade na prostituição travesti através do Sul do Brasil**. 278 f. 2011. Tese (Doutorado em Geografia) – Departamento de Geografia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

RIQUELME, F. A vida de travesti é glamour, mas também é violência em todo lugar. In: SILVA, J. M.; ORNAT, M. J.; CHIMIN JUNIOR, A. B. (Orgs.). **Geografias malditas**: corpos, sexualidades e espaços. Ponta Grossa: Toda Palavra, 2013. p. 55-68.

RODRÍGUEZ, M. I. T.; GUIMARÃES, R. B. Prácticas subversivas en espacios interditos, en las experiencias múltiples y cotidianas de Santiago de Chile. In: SILVA, J. M.; ORNAT, M. J.; CHIMIN JUNIOR, A. B. (Orgs.). **Geografias malditas**: corpos, sexualidades e espaços. Ponta Grossa: Toda Palavra, 2013. p. 357-394.

SAMPAIO, J. O. Redes sociais engendradas: notas sobre o caráter associativo entre travestis em São Luís, Maranhão. **Fazendo Gênero**: corpo, violência e poder, Florianópolis, n. 8, p. 1-7, 2008.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, jul./dez., p. 71-99, 1995.

SILVA, J. M. Espaço interdito e a experiência urbana travesti. In: SILVA, J. M.; ORNAT, M. J.; CHIMIN JUNIOR, A. B. (Orgs.). **Geografias malditas**: corpos, sexualidades e espaços. Ponta Grossa: Toda Palavra, 2013. p. 143-206.

SILVA, J. M.; ORNAT, M. J.; CHIMIN JUNIOR, A. B. O corpo como elemento das geografias feministas e queer: um desafio para a análise no Brasil. In: SILVA, J. M.; ORNAT, M. J.; CHIMIN JUNIOR, A. B. (Orgs.). **Geografias malditas**: corpos, sexualidades e espaços. Ponta Grossa: Toda Palavra, 2013. p. 85-142.

SOUZA, M. L. Ativismos sociais e espaço urbano: um panorama conciso da produção intelectual brasileira. In: CORRÊA, A. M.; OLIVEIRA, M. P.; COELHO, M. C. N. (Orgs.). **O Brasil, a América Latina e o mundo**: espacialidades contemporâneas II. Rio de Janeiro: Lamparina; FAPERJ; ANPEGE, 2008. p. 367-384.

SOBRE OS AUTORES

Adeir Archanjo da Mota

Professor adjunto na Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Licenciado e mestre em Geografia pela Universidade Estadual de Maringá e doutor em Geografia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), campus de Presidente Prudente. Líder e pesquisador no Grupo de Pesquisa Saúde, Espaço e Fronteira(s). Coordenador do projeto de extensão Grupo de Apoio Diálogos sobre Suicídio. Experiências relacionadas à Geografia, com ênfase em Geografia da Saúde, Geocartografia, Suicidologia, Geografia Urbano-Regional e Análise Socioambiental, principalmente, nos seguintes temas: desigualdades sociais, acessibilidades e regionalização dos serviços de saúde, atenção primária e rede de atenção psicossocial, saúde mental e meio ambiente, inteligência geográfica, geotecnologias aplicadas à saúde e prevenção de suicídio.

Alcindo José de Sá

Professor associado do Departamento de Ciências Geográficas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Possui graduação em Economia e mestrado em Geografia pela UFPE, doutorado em Geografia Humana, pela USP, e pós-doutorado em Filosofia do Direito, pela Universidade de Sevilla, Espanha. Vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da UFPE, professor colaborador da Universidade Nacional da Costa Rica, campus de Heredia, e membro do comitê Nonkilling Geography of the Center for Global Nonkilling. Tem experiência na área de Geografia, com ênfase em Geografia Econômica, Geografia Política e Epistemologia da Geografia, atuando, principalmente, nos seguintes temas: epistemologia da geografia, globalização, transformações territoriais, espaço e modernidade, geografias da violência e do medo.

Cássia Barbosa Reis

Professora adjunta da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade

Estadual de Maringá (UEM), mestrado em Saúde Coletiva, doutorado e pós-doutorado em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde da UEMS. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem de Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: pesquisa qualitativa, saúde coletiva e sistematização da assistência de enfermagem (mulheres, administração em saúde pública, doenças infecciosas e parasitárias, substâncias psicoativas, gênero e violências).

Lucas Tavares Honorato

Doutorando no Programa de Pós-graduação em Geografia da Universidade Federal Fluminense (UFF). Bacharel e licenciado em Geografia e mestre em Planejamento Urbano e Territorial pela UFF. Possui experiência na área de Geografia, com ênfase em saúde, educação, pensamento geográfico, políticas públicas, planejamento, urbanismo e cartografia.

Marcio José Ornat

Professor adjunto no Departamento de Geociências da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Licenciado e bacharel em Geografia e mestre em Gestão do Território pela UEPG, doutor em Geografia pela UFRJ, com pós-doutorado em Geografia e Sexualidades pela Universitat Autònoma de Barcelona, Espanha. Vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da UEPG, Co-coordenador do Grupo de Estudos Territoriais e pesquisador do Grupo de Pesquisa Instrumentações Geotecnológicas da UNICENTRO. Membro da equipe de coordenação da Rede de Estudos de Geografia, Gênero e Sexualidades Ibero Latino-americana. Desenvolve pesquisas que analisam as relações entre espacialidades, gênero e sexualidades.

Magda Dimenstein

Professora titular da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Graduada em Psicologia pela UFPE, mestre em Psicologia

Clínica pela PUC no Rio de Janeiro, e doutora em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Realizou estágio pós-doutoral na Universidad Alcalá de Henares, na Espanha, e em Saúde Coletiva na UFC. Vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN; atua na área de saúde coletiva com ênfase em saúde mental, atenção primária e atenção psicossocial em contextos rurais. Bolsista PQ 1A do CNPq.

Maria das Graças Rojas Soto

Tecnologista em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – Escritório Técnico do Mato Grosso do Sul. Graduada em Psicologia pela USP, mestre em Saúde e Desenvolvimento pela UFMS. Atua em projetos de pesquisa psicossociais, educação em saúde, divulgação e popularização da Ciência, cooperação internacional em saúde e saúde nas fronteiras.

Maurício Cirilo Neto

Professor do curso de Psicologia da Universidade Potiguar (UNP). Doutorando no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Graduado e mestre em Psicologia pela UFRN. Atua na área Saúde Coletiva e Saúde Pública, com ênfase em Saúde Mental e Atenção Primária.

Ramon de Oliveira Bioco Braga

Doutorando em Geografia pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Licenciado em Geografia pela UNIANDRADE; especialista no Ensino e Pesquisa na Ciência Geográfica pela UNICENTRO; especialista em Análise Ambiental, bacharel e mestre em Geografia pela UFPR. Professor de Geografia na Secretaria de Estado de Educação do Paraná e na UNIANDRADE. Possui experiência na área de Geografia, com ênfase em Geografia da Saúde e Geografias das Sexualidades, pesquisando, sobretudo, os temas: ensino em saúde, gênero e políticas públicas de saúde LGBT.

Raul Borges Guimarães

Professor titular do Departamento de Geografia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, campus de Presidente Prudente. Licenciado e bacharel em Geografia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, mestre e doutor em Geografia Humana pela USP, pós-doutorado e livre docência pela Faculdade de Saúde Pública da USP e pós-doutorado na Universidade do Oeste da Inglaterra (UWE). Coordenador do Laboratório de Biogeografia e Geografia da Saúde no Centro de Estudos do Trabalho, Ambiente e Saúde (CETAS). Tem experiência na área de Geografia, com ênfase em Geografia da Saúde, atuando também nos seguintes temas: geografia regional e urbana, política pública e cartografia temática. Bolsista PQ 1D do CNPq.

Rivaldo Venâncio da Cunha

Professor titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e especialista da Fundação Oswaldo Cruz – Escritório Regional de Mato Grosso do Sul. Graduado em Medicina pela Universidade de Caxias do Sul, mestre, doutor e pós-doutorado em Medicina Tropical pela Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro. Vinculado aos programas de pós-graduação da UFMS: Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste; Doenças Infecciosas e Parasitárias; Saúde da Família. Membro dos Grupos Assesores Técnicos para Dengue e para Chikungunya da Organização Pan-Americana da Saúde. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Doenças Infecciosas e Parasitárias, atuando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia, doenças transmitidas por vetores e doenças sexualmente transmissíveis.

Verônica Fabíola Rozisca

Mestre em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Doenças Infecciosas e Parasitárias, atuando nos temas: epidemiologia, relacionamento afetivo-sexual, ciclos de vida, HIV e doenças sexualmente transmissíveis.

